



Initiatieven wachttijdreductie

November 2019



Yulius



Voorwoord

Beste lezer,

de afgelopen jaren is Coöperatie VGZ met GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Oost Brabant, Vincent van Gogh en Yulius een kwaliteitsalliantie aangegaan om op een nieuwe manier samen te werken aan zinnige zorg. Zinnige zorg is betere zorg, waarbij de cliënt centraal staat, tegen lagere kosten. Aan de basis van deze nieuwe manier van werken staat de omslag van 'sturen op productie' naar 'sturen op kwaliteit'. We geloven dat, wanneer we de (zorg)behoefte van de cliënt centraal stellen en de cliënt een actieve rol krijgt in de behandeling, dat dit de gezondheid en het herstel van de cliënt bevordert. Hierdoor zijn ook andere en minder interventies nodig. We geloven dat de maatschappelijke zorgkosten hierdoor dalen.

Netwerk Zinnige Zorg

Om deze zinnige zorg beweging te ondersteunen hebben we gezamenlijk een alliantienetwerk opgezet. 12 ziekenhuizen, 4 GGZ instellingen een ouderenzorginstelling en Coöperatie VGZ participeren hier actief in. Als Netwerk Zinnige Zorg werken we met elkaar samen op thema's waarbij we elkaar inspireren en van elkaar leren. Dit betekent dat we actief goede en inspirerende initiatieven met elkaar delen. We hebben elkaars vertrouwen, steun en ervaringen nodig om onze gezamenlijke ambitie 'Zinnige Zorg' te realiseren.

23 goede praktijkvoorbeelden

Een van de grote uitdagingen binnen de huidige GGZ in Nederland zijn de lange wachttijden. Wachttijden zijn een complex vraagstuk waarvoor geen eenduidige oplossing is, maar een aanpak nodig is vanuit verschillende perspectieven. De wachttijdproblematiek krijgt daarom focus en aandacht van ons allen. Maar er is meer nodig dan dat. We leerden dat ingezette interventies, ontwikkeld door zorgprofessionals, leiden tot zinnige zorg voor de cliënt. In veel gevallen resulterende deze ook in een daling van de gemiddelde wachttijd. We delen deze goede praktijkvoorbeelden en praktijkervaringen met elkaar. Deze voorbeelden willen we breder delen, zodat we de landelijke impact van onze ambitie om de zorg toegankelijk te houden kunnen vergroten.



Elkaar blijven inspireren én van elkaar leren

In dit boekje presenteren we de initiatieven die een positief effect hebben op het verkorten van de wachttijden in de GGZ. Een boekje dat bedoeld is om te inspireren en van elkaars goede voorbeelden te leren. Een boekje dat gebruikt kan worden om ideeën op te doen die voor jouw regio of instelling relevant en interessant zijn.

Mocht je daar vragen over hebben, schroom dan niet om met de betreffende GGZ instelling contact op te nemen. Wij gaan het gesprek graag aan en halen tegelijkertijd ook nieuwe en goede ideeën op die ons weer kunnen inspireren. Want de uitdaging rondom het oplossen van de wachttijden is er een voor ons allemaal.

Veel inspiratie en leesplezier gewenst!

Vincent van Gogh
GGZ Oost-Brabant
Yulius
GGZ Noord-Holland-Noord
Coöperatie VGZ



Yulius



Inhoudsopgave

Voorwoord		
Inhoudsopgave		
Intakeproces		
Telefonische wachtlijstbegeleiding		
Screening bij de voordeur samen met Basis GGZ		
Versnelde intake		
Herstel Ondersteunende Intake		
Positieve gezondheid		
BasisGGZ, tenzij		
Doorlooptijd behandeling		
Vroegsignalering slechte behandelresultaten		
BasisGGZ, tenzij		
Consultatie		
Consultatie		
Kortdurend intensief behandelen		
2 Samenwerking in het netwerk		25
4 Complexe medicatie van stabiele cliënten		26
5 Transferverpleegkundige		27
6 Zorgafstemmingsgesprek		28
8 Ambulantiseringsnetwerk alcoholgerelateerde en		
9 cognitieve stoornissen		29
10 Werk als Beste Zorg		30
12 Netwerksamenwerking: sturen op substitutie en		
15 warme overdracht		32
17 Digitale zorg		35
18 Digitale screening		36
20 Digitale behandeling in de Specialistische GGZ		38
21 Traumabehandeling met VR		40
22 DiSofa, online therapie in de Basis GGZ		42
24 Personeel		45
(Onboarding) app nieuwe medewerkers		46
Zelfregiecoaches		47



Intakeproces

Telefonische wachtlijstbegeleiding



Probleem

Tijdens een lange wachttijd kan de situatie van cliënten aanzienlijk veranderen (verslechteren of juist verbeteren). Cliënten ervaren deze periode vaak als loze tijd en raken gefrustreerd. Instellingen zijn niet op de hoogte van de laatste stand van zaken, verwijsbrieven raken verouderd. Het is voor beide partijen ongunstig dat er geen contact is.



Idee

Wachtlijstbegeleiding; cliënten die op de wachtlijst van de poli staan worden via telefonisch contact met een zorginhoudelijk professional in de gaten gehouden. “Hoe gaat het, kunnen we adviezen geven, is er een groepsbehandeling waarmee iemand alvast kan starten, nemen de klachten zo toe dat er hogere urgentie ontstaat?” Soms zien cliënten gedurende de wachttijd van behandeling af of kunnen zij – al dan niet op advies van ons – elders terecht. Urgente situaties die worden gesignaleerd tijdens de telefonische wachttijdbegeleiding worden opgepakt in een versneld traject van 6 weken, waarin cliënten worden behandeld voorafgaand aan de definitieve plaatsing. We bieden o.a. de groepen ‘dagelijks leven’ voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen en een preventieve, cognitieve groep voor mensen met recidiverende depressies. Er wordt eHealth aanbod ontwikkeld dat op de wachtlijstbegeleiding aansluit en ook de mogelijkheid tot beeldbellen wordt getest. Bijeffect van het bellen van cliënten tijdens de wachttijd, is de mogelijkheid om de wachtlijst continu op te schonen en dus actueel te houden.



Doelgroep

Ambulante cliënten die zijn aangemeld voor een intake bij de poli van Yulius.



Kritische succesfactoren

- Beschikbaarheid van zorgverleners die de begeleiding en indien nodig versnelde trajecten kunnen uitvoeren.
- Juiste deskundigheid van de zorgverleners t.a.v. de urgentie-inschatting tijdens de wachtlijstbegeleiding, maar ook het methodisch werken in de intakefase.
- Juiste afspraken over bekostiging van deze begeleiding.
- Beschikbaarheid van groepsaanbod en eHealth.



Opschaalbaarheid

Gemakkelijk.

De essentie van dit idee – contact tijdens de wachttijd – is door andere instellingen goed over te nemen. De exacte invulling is afhankelijk van de beschikbaarheid van zorgverleners en groepsaanbod/eHealth.

Screening bij de voordeur samen met Basis GGZ



Probleem

De huisarts stuurt regelmatig cliënten door naar de Specialistische GGZ, cliënten die eigenlijk een indicatie **Basis GGZ** hebben.



Idee

- Regiebehandelaar en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) screenen de nieuwe aanmeldingen op de wachtlijst op juiste indicatie.
- **Screenen van de verwijfsbrief van de huisarts.** Indien er sprake is van onduidelijkheden of onjuist verwijzen dan wordt dit gecheckt bij Centiv (Basis GGZ) dan wel besproken met de huisarts.
- Huisarts en cliënt worden vervolgens op de hoogte gesteld dat er geen intake kan plaatsvinden i.v.m. foutieve verwijzing. Tevens verwijzingsadvies naar elders of indien alleen medicatie-vraagstuk van belang is, verwijzing naar contact met een psychiater via 123-consultatie.
- Onjuiste verwijzing geeft een vervuiling van de wachtlijst. Die haal je hiermee weg en tevens is het een mogelijkheid om de huisarts via consultatie te helpen.



Doelgroep

- Poliklinische cliënten.



Kritische succesfactoren

- Goede samenwerking tussen Basis GGZ, Specialistische GGZ en huisartsen.
- Transparante procedure.
- Goede terugkoppeling naar de huisartsen waarom bepaalde cliënten niet bij de Specialistische GGZ thuis horen maar beter bij de Basis GGZ of elders behandeld kunnen worden.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld. Indien sprake is van een goede relatie met de Basis GGZ en de huisartsen dan is opschaalbaarheid goed mogelijk.

Versnelde intake



Probleem

De situatie van crisisgevoelige cliënten met complexe problematiek is erg instabiel, zeker gedurende een periode waarin zij wel zijn aangemeld maar op zorg moeten wachten. Dit kan leiden tot crisissituaties, verergering van de klachten, noodgedwongen opnames en een nog groter beroep op zorg.



Idee

Versnelde intake indien nodig; we filteren verwijzingen van cliënten die extra snel bij ons terecht moeten kunnen vanwege crisisgevoeligheid en complexe problematiek en bieden deze cliënten een **versnelde intake op speciaal daarvoor gereserveerde 'versnelde intake'-plekken**. Dit heeft een indirect effect op de wachttijd omdat deze cliënten meteen terecht kunnen en indirect effect doordat we op deze manier onnodig lange en intensieve trajecten voorkomen en zo de doorstroom bevorderen.



Doelgroep

Crisisgevoelige cliënten met complexe problematiek die zijn aangemeld bij de poli. Vaak zijn dit cliënten die in onze regio nergens anders terecht kunnen.



Kritische succesfactoren

Dit idee vraagt om een aanpassing van de zorglogistiek. Hiervoor is in ieder geval noodzakelijk:

- heldere selectiecriteria en een helder selectieproces;
- het inplannen van vaste blokken voor versnelde intakes;
- beschikbaarheid van zorgverleners voor deze blokken; én
- het direct intern kunnen doorpakken (geen behandelwachttijd).



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.

Met de juiste aanpassingen is dit idee ook uitvoerbaar bij andere, vergelijkbare instellingen.

Herstel Ondersteunende Intake (HOI)



Probleem

Reguliere intakes missen aansluiting bij de herstelvisie en richten zich onvoldoende op kansen en sterktes van cliënt en diens systeem en leefwereld.



Idee

De HOI is een nieuwe vorm van het intakegesprek. Naast een psychiater of klinisch psycholoog is ook een professionele ervaringsdeskundige betrokken. Het gesprek is niet zozeer gericht op het stellen van een klassieke diagnose – daarvoor wordt de vooraf ingevulde vragenlijst gebruikt – maar meer op de kracht en de mogelijkheden van de cliënt en wat deze nodig heeft om aan zijn herstel te werken. **De uitkomst van de HOI betekent voor een substantieel deel van de cliënten andere hulp dan een specialistische GGZ-behandeling.** Een andere bijzonderheid bij deze aanpak is dat de intake op een herstelwerkplaats plaatsvindt. Een huiselijke locatie waar cliënten terecht kunnen om zelf aan hun psychisch herstel te werken. Ze worden daar opgevangen door professionele ervaringsdeskundigen, die daar tal van op herstel gerichte activiteiten organiseren. Na de HOI kunnen cliënten via de herstelwerkplaatsen verder werken aan hun herstel. Daarnaast biedt GGZ Noord-Holland-Noord zelfhulp eHealth-modules aan.

Effect op wachtlijst. Door de HOI ervaart de cliënt meer regie en kiest hij vaker voor andere vormen van hulp. Door de HOI toe te passen blijkt dat 10% een behandeling in de Basis GGZ krijgt. 20% van de cliënten gaat naar een herstelwerkplaats (en wordt dus uitgeschreven) en nog eens 5% van de cliënten besluit niet verder te gaan in de GGZ. 75% van de aanmeldingen stroomt door naar een Specialistische GGZ behandeling. Dat is dus **25% minder toestroom naar de Specialistische GGZ.** Daarbij wordt ook direct online behandeling aangeboden waar ongeveer 20% van de cliënten gebruik van maakt. **De doorstroming naar het specialistische wijkteam voor FTF (of blended) behandeling is met ongeveer 40% afgenomen.** Hierdoor ontstaat ruimte om cliënten die specifieke specialistische geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, minder lang te laten wachten. Een neveneffect is dat daarmee crisissituaties verminderen of zelfs voorkomen worden. Minder crisissituaties zorgen ervoor dat er minder intensieve specialistische psychiatrische zorg nodig is. **De wachttijd voor intake is daarmee gemiddeld verkort van 10 naar 2 à 4 weken en voor behandeling van 6 naar 0-4 weken.** Dit effect vindt echter pas na enige tijd plaats en is afhankelijk van een goede uitvoering.



Doelgroep

Volwassenen met een verwijzing van de huisarts. Zonder verwijzing wel altijd toegang tot de herstelwerkplaats.



Kritische succesfactoren

- Neem een op herstel gerichte visie als uitgangspunt.
- Verzamel een aantal enthousiaste mensen die er mee aan de slag willen. Een ervaringsdeskundige en een hoofd/regiebehandelaar zijn daarbij essentieel.
- Investeer in de opleiding van ervaringsdeskundigen.
- Investeer in eHealth.
- Een intakegesprek via HOI kost tijd (al snel een uur); houd daar rekening mee.
- Laat de cliënt bepalen welke richting zijn herstel op moet; waar is iemand zelf toe gemotiveerd. Ook als je als professional denkt dat het niet aansluit bij de klacht, dan nog mag de cliënt dat bepalen. Hij mag het zelf ervaren en daarin fouten maken. Heb vertrouwen in de persoon achter het probleem.
- Zorg voor ondersteuning voor het maken van verslagen, brieven, Routine Outcome Monitoring (ROM). Gebruik innovatiegelden om extra mensen aan te nemen die de HOI in eerste instantie los van de teams kunnen opzetten. Creëer ruimte om ermee te experimenteren.
- Zorg voor een herstelwerkplaats, om mensen een plek te geven om aan hun herstel te werken. Anders laat je mensen zwemmen. Vooral een lotgenotengroep, WRAP-groep (een terugval-preventieplan) en korte modulaire interventies zijn belangrijk.
- HOI is geen wondermiddel. HOI heeft wel voor bijna iedereen toegevoegde waarde, maar is niet altijd geschikt bij elke cliënt.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.

Positieve gezondheid



Probleem

Als aanbieder van specialistische GGZ focussen we op behandeling van de stoornis en op herstel of stabilisatie. Een cliënt is echter meer dan alleen zijn ziekte. Het is daarom van toegevoegde waarde voor het behandelresultaat om holistisch te kijken naar de gehele persoon. Binnen de Specialistische GGZ kijken we wel breder, maar dat kunnen we structureler doen. De uitgangspunten van positieve gezondheid zijn daarvoor zeer geschikt. Dit heeft een positief effect op de wachttijd en op de instroom van nieuwe cliënten.



Idee

Door de breed gedragen vertaling van positieve gezondheid naar Vincent van Gogh én de structurele implementatie daarvan in de behandelcontext (bijv. intake richten op alle domeinen van positieve gezondheid) wordt gericht gewerkt aan herstel. Waar nodig worden ketenpartners betrokken om zo een zo optimaal mogelijk behandelresultaat te bereiken. Zo leveren we **zorg die past binnen de context van de cliënt waardoor de behandelduur wordt verkort en terugval vertraagt of minder ernstig is**. Dit reduceert de wachttijd. Binnen de afdelingen STERKR (Basis GGZ jeugd) en Vince Mentaal wordt dit momenteel al toegepast.



Doelgroep

- Cliënten die specialistische GGZ ontvangen, zowel ambulante als klinische. Prioriteit ligt bij cliënten van Vincent Thuis (EPA), poliklinische zorg, Vince Mentaal en STERKR (basis GGZ jeugd).
- Cliënten die basis GGZ ontvangen.
- Wachtenden na de intake.



Kritische succesfactoren

- Behandelaren trainen in de uitgangspunten van positieve gezondheid en hen dit structureel toe laten passen in de intake en de behandeling.
- Goede verbinding en samenwerking met ketenpartners.
- Geen hindernis van verschillende loketten of financieringsvormen.
- Aanpassing van / aanvulling op de bestaande protocollen.



Opschaalbaarheid

- Gemakkelijk uit te rollen over verschillende Resultaat Verantwoordelijke Eenheden, organisaties, etc. Het vraagt wel een verandering van mentaal model. Dat kost tijd, maar in dit tijdsgewricht is er veel draagvlak voor.
- Preventief.
- Nazorg.
- Wachtenden voor de intake.



Impact

- Snellere doorstroom, meer zelf doen als cliënt.
- Wachtijd: tijdens de wachttijd kan cliënt het spinnenweb al invullen en met de bevindingen aan de slag gaan via zelfhulpmodules en psycho-educatie. Dat zorgt voor een **betere start van de behandeling waardoor men sneller door het behandeltraject gaat en wachtenden sneller aan de beurt zijn**. Ook inzet in de nazorg vermindert terugval en ernst van de klachten, waardoor het beroep op Specialistische GGZ vermindert.

Positieve gezondheid



Probleem

Cliënten krijgen nu veranderingsgerichte behandeling terwijl dat in sommige gevallen niet de passende zorg is. Cliënten profiteren dan niet van de Specialistische GGZ zorg en zijn onnodig lang in zorg.



Idee

In circa vijf gesprekken samen met de cliënt op zoek naar de **échte hulpvraag van de cliënten en vaststellen waar de cliënt wel en niet mee geholpen is**. Deze gesprekken zijn met name gericht op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Indien de hulpvraag duidelijk is, wordt binnen de circa 5 gesprekken (vaak) samen met een ketenpartner **passende zorg op maat gerealiseerd en stroomt de cliënt binnen 3 maanden uit**.

Door **echt passende zorg** te leveren (soms buiten GGZ Oost Brabant) wordt voorkomen dat cliënt een langdurig, niet passend en dus niet effectief traject in gaat. Dit verkort de behandelduur.



Doelgroep

Cliënten in de ambulante poli teams; cliënten die niet profiteren van behandeling en van wie de (onduidelijke) hulpvraag mogelijk niet op het gebied van veranderen ligt.



Kritische succesfactoren

- Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die competent zijn om de hulpvraag achter de hulpvraag te achterhalen en de sociale kaart goed kennen om vervolgens met de juiste ketenpartner zorg op maat te creëren.
- Goede verbinding in het netwerk met ketenpartners.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.

BasisGGZ, tenzij



Probleem

Huisartsen kunnen vaak moeilijk inschatten of zij cliënten naar de Specialistische GGZ of de Basis GGZ moeten verwijzen. Bij twijfel wordt vaak gekozen voor de Specialistische GGZ, waardoor cliënten onnodig in een intensief traject terechtkomen.



Idee

Yulius hanteert het principe '**BasisGGZ, tenzij**'. Bij iedere aanmelding wordt de afweging gemaakt of we met Basis GGZ voldoende kunnen doen. Cliënten met een hoog risico worden naar de Specialistische GGZ doorgezet. Huisartsen ervaren het als prettig dat zij de inschatting niet hoeven te maken en **cliënten komen sneller op de beste plek terecht. Bovendien worden zij niet onnodig intensief en lang behandeld.** Dit heeft een positief effect op de wachttijden.



Doelgroep

Cliënten die worden aangemeld bij de poli van Yulius. We overwegen herindicatie niet als er sprake is van hoog risico op geweld en/of suicide. En als er veel problemen interfereren waardoor niet snel focus is aan te brengen voor behandeling.



Kritische succesfactoren

- Goede afstemming met huisartsen in de regio is een vereiste.
- Om de inschatting goed te kunnen maken is het noodzakelijk methodisch te werken bij de intake.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.
Dit idee is over te nemen door vergelijkbare instellingen die zowel Basis GGZ als Specialistische GGZ bieden.



Doorlooptijd behandeling

Vroegsignalering slechte behandelresultaten



Probleem

- Cliënten worden soms langdurig behandeld terwijl bekend is dat behandeling geen (of nauwelijks) resultaat heeft.
- Cliënten worden soms veel heen en weer verwezen tussen organisaties of afdelingen
- Cliënten verschijnen regelmatig niet op gemaakte afspraken.
- Cliënten zijn nog in zorg terwijl complexiteit niet meer aanwezig is, waardoor ketenpartners de zorg kunnen overnemen.



Idee

Eerder detecteren en bespreekbaar maken van **trajecten die niet meer effectief zijn** met als doel behandeltime te verkorten en heen en weer verwijzingen te voorkomen. Tijdens standaard evaluatiemomenten, iedere 3 maanden, neemt de behandelaar zowel individueel als in MultiDisciplinair Overleg (MDO) tijd en ruimte om vast te stellen of er nog sprake is van een effectieve en passende behandeling. Om te expliciteren en objectiveren worden de toolkit en de Routine Outcome Monitoring resultaten benut. De gehele caseload wordt 'doorgelicht' en bij twijfel over de functionaliteit van de behandeling, besproken met een collega (MDO), besproken met de cliënt en desgewenst overgedragen aan de passende ketenpartner. **Door kritisch met elkaar te kijken naar de effectiviteit van behandeling stromen cliënten eerder uit en wordt de behandeling korter.**



Doelgroep

Alle cliënten in zorg bij de Specialistische GGZ, met uitzondering van de acute zorg.



Kritische succesfactoren

- Vraagt bereidheid en veiligheid in het team om het open gesprek te voeren of Specialistische GGZ nog de passende behandeling is.
- Inhoudelijk leidinggevende die in het MDO aanwezig is en die het vraagstuk over passende zorg steeds onderwerp van gesprek maakt.
- Naast de borging door de inhoudelijk leidinggevende in het MDO, de eerste jaren tweemaal per jaar de caseload doorlichten.
- Belemmering zou de beschikbaarheid van ketenpartners in Basis GGZ en WMO kunnen zijn om de zorg over te nemen c.q. ondersteuning en/of begeleiding te bieden. Daar dienen goede afspraken gemaakt te worden.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.

BasisGGZ, tenzij



Probleem

Cliënten hebben eerder een GGZ behandeling gekregen maar de depressie en/of de angstproblematiek is teruggekeerd. Een regulier behandeltraject leidt niet tot passende zorg en de juiste aanknopingspunten voor (snel) herstel.



Idee

Kortdurend intensief behandelprogramma, waarin de cliënt regie neemt en focus ligt op de veranderingsgerichte hulpvraag van cliënt. De behandeling is ingericht met meerdere, vaste evaluatiemomenten met cliënt en naasten; sluit de therapie nog aan bij de klachten en hulpvraag? Doel van de 6-weekse Intensieve GroepsBehandeling (IGB) Activatie, 16-weekse IGB Depressie en 16-weekse IGB Angst is het verhogen van welbevinden en leren omgaan met kwetsbaarheid. Dit is een intensief traject van zorg, korter dan het traditionele traject, wat zorgt voor een **snellere doorstroom van cliënten, met een positief effect op de wachttijden.**



Doelgroep

Cliënten met een ernstige en/of recidiverende depressie of ernstige angstproblematiek die reeds behandeling hebben gevolgd binnen de eerste lijn (Basis GGZ of Specialistische GGZ)



Kritische succesfactoren

- Visie verandering van werknemers, onder andere niet alleen focus op klachten (positieve gezondheid).
- Kritisch evalueren.
- Cliënt en onszelf aanspreken.
- Na-traject elders.
- Samenwerking met verschillende ketenpartners t.a.v. diverse levensdomeinen (waaronder sport, Wmo, zelfhulpgroepen).
- Flexibiliteit en ruimte in agenda's behandelaren, zodat vanuit diverse expertise het behandel aanbod in de 16 weken gepland kan worden.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.



Consultatie

Consultatie



Probleem

- Vermijdbare instroom Specialistische GGZ-cliënten door:
- het vastlopen van (potentiële) cliënten bij ketenpartners;
- het onvoldoende aansluiten van behandelingen van ketenpartners bij de zorgvraag.



Idee

Inzetten van Specialistische GGZ expertise bij externe ketenpartners om de ketenpartner in staat te stellen de passende zorg aan de cliënt te leveren. De expertise kan op verschillende manieren worden ingezet:

- telefonisch/digitaal;
- aansluiten bij overleg ketenpartner;
- cliënt zien bij de ketenpartner;
- cliënt zien bij GGZ Oost Brabant.

Consultatie geeft de mogelijkheid om, naast het reguliere verwijzproces, bij de triage en intake laagdrempelig een vraag te stellen over een cliënt. Dit bevordert het zelfvertrouwen van de ketenpartner in het overnemen van cliënten én in het in zorg houden en niet te snel doorverwijzen van cliënten. **Het voorkomen van onnodige instroom verkort de wachttijd bij de voordeur.**



Doelgroep

Cliënten van ketenpartners, niet in zorg zijnde bij GGZ Oost Brabant.



Kritische succesfactoren

- Vraagt om bekendheid van de consultatiegever bij de ketenpartner. Dit verlaagt de drempel om consultatie te vragen.
- Brede bekendheid van het consultatie-aanbod.
- Goede afspraken over verantwoordelijkheden van consultatievrager en –gever.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.

Kortdurend intensief behandelen



Probleem

De huidige inrichting van sommige zorgpaden, waarin langdurig en gespreid behandeld wordt, is niet voor alle cliënten effectief. De behandeling heeft een lagere frequentie dan effectief is.



Idee

Behandelmethodiek zo intensief mogelijk aanbieden als passend bij de cliënt, tot meerdere malen per week. De behandel frequentie volgens de richtlijn bieden bv, bijv. CGT 1 keer per week, cliënten met trauma gerelateerde problematiek korter in stabilisatiefase en sneller starten met traumabehandeling. Modules inkorten en intensiveren, soms gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek, **om cliënten korter maar intensiever te behandelen**. Door de zorg te intensiveren (in plaats van 'uit te smeren') wordt de **doorlooptijd van de behandeling verkort**.



Doelgroep

Cliënten in individuele ambulante behandeltrajecten.



Kritische succesfactoren

- Inhoudelijk leidinggevende die het team inspireert om de huidige werkwijze los te laten.
- Verbinding met wetenschappelijk onderzoek helpt.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.



Samenwerking in het netwerk

Complexe medicatie van stabiele cliënten



Probleem

Een deel van de cliënten die complexe medicatie gebruikt, is stabiel en heeft naast controle op de medicatie geen zorgbehoefte. Deze cliënten hebben geen multidisciplinaire Specialistische GGZ zorg nodig.



Idee

Actief overdragen van langdurig stabiele cliënten met complexe medicatie naar de Basis GGZ. Daarbij is de voorwaarde dat de Basis GGZ partner een verpleegkundig specialist en psychiater beschikbaar heeft, zodat het medicatieprotocol adequaat opgevolgd kan worden.

Door de uitstroom van deze cliënten, die geen multidisciplinaire Specialistische GGZ zorg nodig hebben, komt de **capaciteit van schaarse disciplines (waaronder de psychiater) in de Specialistische GGZ vrij**. Dit zorgt ervoor dat andere cliënten deze zorg in de Specialistische GGZ kunnen ontvangen waardoor voor hen de wachttijd korter wordt.



Doelgroep

Cliënten met lithium en clozapine die al enkele jaren stabiel zijn.



Kritische succesfactoren

Een ketenpartner met beschikbaarheid van een verpleegkundig specialist en een psychiater
De psychiater in het betreffende team staat achter het idee.



Opschaalbaarheid

Complex.

Transferverpleegkundige



Probleem

Cliënten blijven opgenomen terwijl er een (op papier) passende plek is voor doorstroom/uitstroom. Er is weerstand gebaseerd op de inhoud bij ontvangende partij om de cliënt te ontvangen of weerstand bij de cliënt zelf of diens familie.



Idee

Inzetten van een **transferverpleegkundige die bijdraagt aan succesvolle uitstroom/doorstroom van opgenomen cliënten naar een andere opnameplek** buiten de instelling. Indien bij opname een risico bestaat op niet soepele doorstroom/uitstroom (of wanneer dit later in de opname blijkt) wordt de transferverpleegkundige ingezet richting uitstroompartner. Essentie van de taak is de overdracht van het bejegeningplan naar ontvangende partij.

Dit leidt tot meer succesvolle uitstroom vanuit de klinische setting, vermindering van heropname en snellere uitstroom. Door het niet bezetten van een bed door een cliënt die behandeltechnisch eigenlijk kan uitstromen, komt er ruimte voor cliënten die op de wachtlijst voor opname staan.



Doelgroep

Opgenomen cliënten die naar een andere opnameplek uitstromen.



Kritische succesfactoren

- De **transferverpleegkundige** is een medewerker uit het verpleegkundig team omdat deze over de vereiste inhoudelijke kennis over de doelgroep beschikt, die moet worden overgebracht naar de ketenpartner.
- De **transferverpleegkundige** heeft voldoende tijd beschikbaar om deze taak te vervullen.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.

Zorgafstemmingsgesprek



Probleem

De zorgafstemming met cliënten, naasten en ketenpartners en tussen afdelingen onderling verloopt niet altijd optimaal, waardoor de effectiviteit en doelmatigheid van behandeltrajecten ook niet altijd optimaal is.



Idee

Yulius-brede implementatie van het **Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)**; een ZAG wordt ingezet bij de overgang van klinische naar ambulante zorg en andersom. Er worden belangrijke aandachtspunten doorgenomen en afspraken gemaakt in het bijzijn van de cliënt en eventueel naasten of ketenpartners, zoals maatschappelijke opvang of sociaal team. Vooralsnog is deze methodiek geïmplementeerd binnen FACT en de Kliniek, maar ook vanuit andere afdelingen krijgen cliënten soms met een opname te maken. De resultaten vanuit FACT zijn positief. We zien de gemiddelde opnameduur teruglopen. De eerste, voorzichtige inschattingen laten hierbij een verkorting van de behandelduur van 3 dagen zien. **Het ZAG vergroot de effectiviteit van de opname en verkort de gemiddelde opnameduur.** Daarnaast is bij terugkeer naar ambulante zorg de overgang vloeiender en beter voorbereid, waardoor de kans op terugval naar de kliniek vermindert. Dit alles bevordert de doorstroom van (en wachttijd op opname in) de klinieken.



Doelgroep

Alle cliënten van Yulius die worden geconfronteerd met een opname tijdens een ambulante traject en bij de uitstroom van de kliniek.



Kritische succesfactoren

- De logistieke planning (alle partijen op hetzelfde moment bijeen) is een uitdaging. In sommige gevallen wordt gebruik gemaakt van beeldbellen.
- Het is belangrijk om met één duidelijk format te werken.
- Betrokkenheid van naasten en ketenpartners is noodzakelijk voor optimale afstemming.
- We werken conform de methodiek uit het boek "Zorg voor afstemming" van auteurs Pim Peeters en Koen Westen.



Opschaalbaarheid

De ZAG methodiek is opschaalbaar. Logistieke uitdagingen zullen per instelling verschillen. Opschaalbaarheid: gemiddeld.

Ambulantiseringsnetwerk alcoholgerelateerde en cognitieve stoornissen



Probleem

Alcoholgerelateerde stoornissen worden laat gesignaleerd waardoor behandeling start wanneer er grote en onomkeerbare schade is aangericht. Dan is opname in een klinische setting nodig. Opname kan worden voorkomen wanneer deze klachten in een vroegtijdig stadium worden gesignaleerd. Opnameduur is lang vanwege de problematiek. Daardoor er weinig doorstroom. En er is veel terugval bij deze doelgroep. Deze drie factoren dragen allemaal bij aan wachtlijstproblematiek.



Idee

Screeners om aankomende problematiek vroegtijdig te signaleren. Ambulante behandeling, die wordt gestart na een kortere opnameperiode. Wanneer cliënt de kliniek gaat verlaten is de gemeentelijke coördinator betrokken bij behandeling, huisvesting en nabehandeling. De outreachende behandelaar is nog 3 tot 4 maanden betrokken bij de outreachende behandeling, voorkomt terugval en heropname en daardoor extra druk op wachtlijsten. Dit levert een **snellere doorstroom op, omdat cliënten de kliniek eerder kunnen verlaten**. De eerste cijfers laten een afname van de ligduur van 17% zien.



Doelgroep

Mensen met beginnende en verder gevorderde alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen.



Kritische succesfactoren

- Relatie-building; vertrouwen en bekend zijn met elkaar, weten wat je van elkaar kan en mag verwachten. Vraagt om ketensamenwerking met huisarts, wijkteams van de gemeente en kliniek Specialistische GGZ
- Actieve rol en betrokkenheid van de gemeente is randvoorwaardelijk.
- Bekendheid van de screener bij verwijzers.
- Goede informatie uitwisseling tussen verwijzer, gemeente en zorgaanbieder.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld. De screener is bruikbaar in het hele land. Netwerksamenwerking is uitbreidbaar en kan elders ook worden gedaan.

Werk als Beste Zorg



Probleem

Tijdens de behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zien we nog vaak inactiviteit van cliënten, terwijl we weten, dat mensen die werken een aantoonbaar betere psychische gezondheid hebben. Werk draagt aantoonbaar bij aan geluk. Inactiviteit is een belangrijker trigger voor psychische problemen en staat herstel in de weg; psychisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel.



Idee

Werk als Beste Zorg is een samenwerking tussen Yulius en de Sociale Dienst Drechtsteden waarbij we met elkaar **cliënten met ernstig psychiatrische aandoeningen, veel eerder dan voorheen, actief begeleiden naar een betaalde baan**. We bieden volledig maatwerk door werk te vinden dat aansluit bij wensen, opleiding en competenties van de cliënt. Cliënten hervinden dagritme en het gevoel bij te dragen en dit bevordert het herstel aanzienlijk. We gaan niet uit van thuiszitten totdat men weer kan werken, maar we werken vanuit het besef dat betaalde arbeid een positief effect heeft op de psychische gezondheid. Het bieden van arbeid en begeleiden tijdens het arbeidsproces van cliënt en werkgever is een belangrijk, integraal onderdeel van het zorgprogramma van de cliënt. Dit programma draagt in positieve zin bij aan het verkorten van de wachttijden, omdat **de behandelintensiteit afneemt en deze cliënten veel minder een beroep doen op de Specialistische GGZ**, wat de doorstroom in de FACT-teams bevordert. Op basis van 60 trajecten in 2019 zien we inmiddels dat er 30 reguliere plaatsen zijn. 20 zijn er in bemiddeling 4 wachten nog op een intake en 6 zijn er uitgevallen. Wat betreft gemiddelde behandelkosten in de Zorgverzekeringswet is een daling van 45% zichtbaar, terwijl 86% van de patiënten volledig de uitkering uitstroomt. Een ander positief, domeinoverstijgend effect is, dat het overgrote deel van deze cliënten geen uitkering meer ontvangt.



Doelgroep

FACT en poli cliënten van Yulius.



Kritische succesfactoren

- Samenwerking met de sociale dienst. De sociale dienst in de Drechtsteden heeft veel kennis van en veel relaties met, werkgevers in de regio.
- Persoonlijk maatwerk bij bemiddeling tussen cliënt en werkgever is cruciaal. We sluiten aan bij de individuele drijfveren, capaciteiten en diploma's van de cliënt en zoeken daar op maat een passende werkgever bij.
- Vooral bij de start van een traject is intensieve begeleiding en job-coaching voor de cliënt noodzakelijk en soms ook begeleiding van de werkgever.



Opschaalbaarheid

Complex.
Dit initiatief is opschaalbaar, mits de randvoorwaarden op orde zijn.

Netwerksamenwerking: sturen op substitutie en warme overdracht



Probleem

Wachtlijsten in de GGZ. Bij mentale problemen van cliënten wordt in veel gevallen direct doorverwezen naar specialistisch zorg, terwijl – met hulp en vangnet – de huisartsen, POH GGZ, begeleiders en behandelaren in Basis GGZ ook passende zorg kunnen bieden.



Idee

Netwerkgorg goed organiseren zodat er snel en makkelijk op- en afschaling plaatsvindt tussen ketenpartners. Daarbij wordt ernaar gestreefd om ‘zo laag mogelijk in de keten’ zorg te leveren, waarbij specialistische kennis wel ingeschakeld kan worden en op consultatie bereikbaar of aanwezig is. Hiertoe is een pakket aan maatregelen samengesteld om samenwerking in het netwerk zo goed mogelijk te organiseren; ontmoetingen en kennisdeling, 123-consultatie, op- en afschaalafspraken fysieke consultatie van specialisten bij huisartsen, coördinatie van contact met huisartsen m.b.t. GGZ-thema's (Proviso).

Omdat de cliënt zolang mogelijk bij de huisarts en bij de Basis GGZ in behandeling blijft, hoeft hij niet door te stromen naar de Specialistische GGZ en zijn er kortere wachtlijsten.



Doelgroep

Directe doelgroep van deze innovatie; huisartsen, POH GGZ, specialisten in GGZ. Uiteindelijke doelgroep; cliënten met psychische klachten.



Kritische succesfactoren

- Relatie-building; vertrouwen en bekend zijn met elkaar; huisartsen en POH GGZ en specialisten kennen en vertrouwen elkaar.
- Er is – via technische mogelijkheden – een simpele manier om te consulteren (bijvoorbeeld via 123-consultatie) en consultatie en facturatie zorgt niet voor extra tijdsbeslag en administratieve lasten.
- Op- en afschaalafspraken worden nageleefd.
- Toegang tot, samenwerking met en coördinatie van contact en informatieuitwisseling met huisartsen is essentieel.



Opschaalbaarheid

Ervaringen, tools, structuren en ondersteunende technologie (123-consultatie) zijn opschaalbaar en kunnen door andere partijen worden gebruikt. Het contact in het netwerk verloopt via personen en dit zal in ieder gebied weer opnieuw gedaan moeten worden. Opschaling: complex (ieder netwerk en iedere partner in een netwerk is uniek en vraagt om het opbouwen en onderhouden van een unieke relatie).



Impact

Netwerksamenwerking leidt tot snellere doorstroom (ook omdat partners elkaar in het netwerk snel en goed weten te vinden) en beter passende zorg (zodat er geen wachttijden ontstaan met mensen die toch een andere vorm van zorg nodig hebben).



Digitale zorg

Digitale screening



Probleem

Mensen willen direct na verwijzing beginnen met behandeling. De overbrugging tot de screening is gevoelsmatig lang.



Idee

Er wordt standaard na aanmelding van een cliënt een afspraak gemaakt voor (video) screening. Vooraf wordt een algemene en inhoudelijke vragenlijst ingevuld door de cliënt waarmee alvast het verhaal, de kwaliteiten, de kwetsbaarheden en de hulpvraag geformuleerd kunnen worden. In de **videoscreening kan zodoende direct to the point gekomen worden**. De resultaten worden besproken in de videoscreening en er wordt een inschatting gemaakt van aard en ernst van de problematiek. Vervolgens wordt er samen voor de best passende behandeling gekozen. Effect op de wachtlijst; **deze werkwijze heeft de wachttijd tot screening verkort van 4 weken tot 1 week**. De verwijzingen naar HOI worden binnen 4 weken gerealiseerd. Er is minder wachttijd tot de screening en de screening kost minder tijd door efficiëntere én klantgerichtere inrichting van het proces. Er wordt direct een eHealth-module aangeboden waarmee de cliënt kan beginnen met de behandeling.



Doelgroep

Volwassenen met een verwijzing van de huisarts.



Kritische succesfactoren

- Proces van aanmeldingen tot screening standaardiseren.
- Vragenlijsten direct na aanmelding opsturen naar cliënt.
- Goede technische voorwaarden voor videoscreening.
- Goede instructie voor zowel cliënt als screener voor videoscreening.
- Alternatief direct beschikbaar – telefonische screening.
- Servicegerichte screeners.
- Goede afspraken over verwijzing van screening naar intake.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld, indien voldaan wordt aan de randvoorwaarden en kritische succesfactoren.

Digitale behandeling in de Specialistische GGZ



Probleem

- (Lange) wachtlijsten in de GGZ specifiek bij gedragsverslaving, persoonlijkheidsstoornissen en trauma.
- Stigma van hulp zoeken in de GGZ, waardoor de drempel voor aanmelding voor veel mensen als (te) hoog wordt ervaren.
- Behandeling vindt meestal plaats tijdens kantooruren, waardoor het voor werkende/ studerende mensen een drempel is om zich aan te melden (men moet vrij vragen/ ziek melden).
- Schaarse kennis en kunde van specialist-behandelaren is momenteel in een-op-een contact voorradig, terwijl een goede en efficiënte distributie van die kennis veel meer mensen tegelijk kan helpen.



Idee

Een compleet **digitaal behandel aanbod** voor gedragsverslaving, persoonlijkheidsstoornissen en trauma met hetzelfde effect en dezelfde kwaliteit als een 'reguliere' behandeling. Doordat de screening telefonisch en de intake digitaal plaatsvinden en de cliënt direct na screening al terecht kan in een online (Karify) omgeving en met modules kan starten, draagt dit bij aan een **grotere betrokkenheid van de cliënt, lagere drop-out/ no-show en geen wachttijden**. Het een-op-een contact tussen behandelaar en cliënt vindt zoveel mogelijk plaats via chat en beeldbellen. De betrokken behandelaar kan door kortere behandeling en beeldbelcontact meer cliënten behandelen in dezelfde tijd. Cliënten ervaren meer eigen regie, meer anonimiteit en minder stigma in en rond de behandeling. Doordat de behandeling daarnaast tijd- en plaatsafhankelijk plaatsvindt, is het voor cliënten gemakkelijker om deze te combineren met werk/school/studie en deze vanuit thuis te volgen. Door regelmatig chatcontact tussen behandelaar en cliënt blijft de cliënt betrokken en is hij actief bezig met zijn eigen proces. Zo wordt sneller toegewerkt naar zijn herstel. Een uitgebreidere intake zorgt ervoor dat de cliënt sneller op de juiste plek komt (juiste diagnose en behandelaar) en minimaliseert onnodige interne doorstroom.



Doelgroep

Personen met een gedragsverslaving (zoals gamen, gokken, internet verslaving) en met persoonlijkheidsstoornissen (behandelaanbod: GRIP) en angsten/ trauma's/ PTSS (behandelaanbod: EMDR met VR-bril, imaginaire exposure).



Kritische succesfactoren

- Digitale toegangsmogelijkheden (hardware/devices en digitale vaardigheid) bij cliënten en/of netwerk direct rondom cliënt.
- Bereidheid en geschiktheid van cliënt om online behandeling te volgen.
- Gebruiksgemak en betrouwbaarheid van technologische oplossingen (online omgeving, beeldbellen).
- Digitale vaardigheid en bereidheid van behandelaar om online te behandelen.
- Eindigheid van behandeling.
- Sluitende business case/ daadwerkelijke prijsreductie van online behandeling t.o.v. reguliere behandeling.



Opschaalbaarheid

- Gemakkelijk opschaalbaar mits geen face-to-face contacten nodig zijn.
- Geplande uitbreiding; Inzet van eHealth in de voorzorg-, pre-intake- en nazorg fase (psycho-educatie, zelfzorg modules, contact met ervaringsdeskundige en lotgenoten). Daarnaast uitbreiding op het gebied van breder behandelaanbod; farmacotherapie en transdiagnostisch (depressie, stemming, angst).



Impact

Behandeling wordt korter. Snellere doorstroom, cliënt is sneller aan de beurt. Meerdere cliënten tegelijk in behandeling. Meer zelf doen als cliënt.

Traumabehandeling met VR



Probleem

De huidige behandeling van trauma bij Vincent van Gogh kent lange wachttijden en is tijdsintensief voor de behandelaren.



Idee

Het inzetten van **EMDR-behandeling middels een VR-bril**. Cliënt krijgt een complete en interactieve EMDR-behandeling via de VR-bril, die meer 'immersieve' is dan een reguliere EMDR-behandeling en die waar nodig wordt aangevuld met reguliere consulten. De cliënt kan de EMDR-behandeling zowel op locatie van de poli doen (voordeel: meerdere cliënten kunnen gelijktijdig worden behandeld), als zelfstandig thuis volgen, in combinatie met beeldbel-contact met de behandelaar. In de toekomst wordt de huidige EMDR-behandeling aangevuld met verdere evidence-based trauma-behandeling, zoals imaginaire rescripting en imaginaire exposure en ook aanvullende modules zoals ontspanningsoefeningen en mindfulness.

- Doordat cliënt de EMDR-behandeling thuis ondergaat, kan hij vaker oefenen, waardoor sneller een behandeltraject doorlopen en afgesloten kan worden.
- Behandelaar kan meerdere cliënten tegelijk behandelen.
- **Het draagt bij aan een grotere doorloopsnelheid voor behandelaar, waardoor wachtenden sneller aan de beurt komen.**
- Cliënten kunnen tijdens wachttijd al digitale psycho-educatie modules doorlopen (middels Karify), waardoor zij beter voorbereid en meer gemotiveerd aan de behandeling beginnen.
- De eerste inschattingen laten een afname van de behandelduur zien met ongeveer 30%.



Doelgroep

- Huidige en toekomstige cliënten trauma binnen Vince Mentaal en Vincent van Gogh.
- Behandelaren Poli en Centrum voor Angst en Dwang.



Kritische succesfactoren

- Beschikbaarheid van voldoende VR-brillen.
- Financiering van de VR-bril en programma's (opschaling hiervan vraagt om een nieuwe financieringsvorm in de DBC's).
- Geschiktheid en bereidheid van cliënten om de VR-bril in te zetten bij de .
- Draagvlak onder behandelaren om met VR-behandeling op afstand te werken.



Opschaalbaarheid

Vervangen voor Gemakkelijk, mits het financieel kostendekkend is en er voldoende behandelaren beschikbaar zijn.



Impact

Behandeling wordt korter, meerdere cliënten tegelijkertijd in behandeling, meer zelf doen als cliënt.

DiSofa, online therapie in de Basis GGZ



Basis GGZ

Veel mensen hebben jaarlijks geestelijke gezondheidszorg nodig. Meer dan er binnen redelijke termijn geholpen kunnen worden. Ook is er sprake van personeelsschaarste in de GGZ op locaties.



Idee

De kwaliteit van de behandeling wordt verhoogd door de persoonlijke en servicegerichte benadering van de therapeuten. Door het wegnemen van fysieke en bureaucratische obstakels wordt de weg vrij gemaakt voor persoonlijk contact en een effectieve behandeling. Door het plaatsafhankelijke aanbod hebben cliënten én behandelaren geen reistijd of reiskosten. **Elke cliënt heeft één contactpersoon bij DiSofa**; diens behandelaar. Dat zorgt voor gemak, overzicht en rust. Wereldwijd en altijd dichtbij voor elke Nederlander. DiSofa is geen idee meer en is na een succesvolle start-up nu in de scale-up fase. Het effect op de wachttijd is evident en varieert in **afname van 10 weken naar 0** (sinds anderhalf jaar) voor mensen die kiezen voor deze vorm van behandeling.



Doelgroep

Nederlanders vanaf 16 jaar oud met een indicatie voor de Basis GGZ. DiSofa behandelt mensen waar ook ter wereld en heeft ook een Engelstalig aanbod.



Kritische succesfactoren

- Neem online zorg als uitgangspunt in je visie; fysieke contacten zijn onmogelijk en worden nooit geboden.
- Neem uitsluitend regiebehandelaren aan (GZ-psychologen) die bereid zijn om naast hun deskundigheid service te verlenen en flexibel te werken.
- Neem uitsluitend psychologen aan in vaste dienst, dit om de servicegerichte cultuur en binding te versterken.
- Zorg voor gezelligheid en teamgevoel. Dit vraagt extra aandacht vanwege de wereldwijde spreiding van de medewerkers.
- Zorg voor intervisie.
- Zorg voor goede technische ondersteuning en producten.
- Geen wachttijden is beleid, hier wordt nooit een concessie aan gedaan.
- Zorg voor continue groei en gekwalificeerd personeel.
- DiSofa moet opschaalbaar zijn vanwege de propositie. Er moet daarom continu aandacht zijn voor aannamebeleid (GZ-psychologen melden zichzelf).



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.



Personeel

(Onboarding) app nieuwe medewerkers



Probleem

De GGZ kampt met een personeelstekort en een hoge werkdruk. Daardoor is het werven en vervolgens behouden van personeel lastig. Dit leidt tot capaciteitsproblemen en verzuim. Slecht bezette afdelingen en hoog verloop van medewerkers draagt in negatieve zin bij aan de wachttijdenproblematiek. Landelijk leidt het vertrek van behandelaars tot problemen ten aanzien van de wachttijden; cliënten die niet in behandeling kunnen komen, of na een korte wachttijd opnieuw op de wachtlijst belanden.



Idee

De basis GGZ maakt sinds kort gebruik van een **(onboarding) app** voor nieuwe medewerkers. Deze app heet onze nieuwe collega's al voor de start van de eerste dag welkom. Ze leren onze organisatie kennen via filmpjes, quizjes, foto's enzovoorts en maken kennis met onze visie, missie, organisatiestructuur, systemen en de verschillende takken van sport binnen onze organisatie en locaties. De app biedt een inspirerend en handig digitaal inwerkprogramma en helpt de nieuwe collega's snel en eenvoudig op weg, op een speelse maar vooral ook luchtige en grappige manier. Hiermee zet Yulius in op behoud van medewerkers. **Het behoud van medewerkers leidt tot een vermindering van de capaciteitsproblemen**, stimuleert de verbondenheid binnen de teams, draagt bij aan continuïteit van zorg en op die manier ook aan de verkorting van de wachttijden.



Doelgroep

Nieuwe medewerkers bij de Basis GGZ. De app wordt nu ook ingericht voor de Specialistische GGZ.



Kritische succesfactoren

Beschikbaarheid van/ middelen voor de aanschaf van een app, juiste inrichting, beheer.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld.
Iedere instelling kan gebruik maken van zo'n app, mits daarvoor de middelen (tijd/geld) aanwezig zijn.

Zelfregiecoaches



Probleem

Cliënten op de gesloten afdelingen van de Specialistische GGZ hebben vaak te maken met terugval nadat ze de kliniek verlaten hebben.

Op deze manier zijn het regelmatig dezelfde cliënten die opgenomen moeten worden.



Idee

Zelfregiecoaches zijn ervaringsdeskundigen. Tijdens de opnameperiode maken ze al contact met de cliënten en bieden ze hen de haakjes die ze nodig hebben in de dagelijkse praktijk nadat ze de kliniek verlaten hebben. Deze haakjes maken dat deze ex-clieñten alternatieven hebben waar ze gebruik van kunnen maken om zelf te voorkomen dat ze terugvallen op termijn. Haakjes zijn bijv.:

- een plek om dagelijks naar toe te gaan voor sociale contacten;
- training herstel;
- mogelijkheden voor opleiding of cursussen voor persoonlijke ontwikkeling;
- iemand om te bellen wanneer ze zich niet goed voelen.

Zo worden crisissen en heropnames voorkomen.



Doelgroep

Alle cliënten van de gesloten afdelingen van de Specialistische GGZ.



Kritische succesfactoren

- Goed opgeleide ervaringsdeskundigen, die een thuisbasis hebben waar ze hun toegevoegde waarde scherp houden, middels bijvoorbeeld intervisie en opleiding.
- Teams van de gesloten afdelingen geven de zelfregiecoaches de ruimte om hun meerwaarde te leveren.
- Ervaringsdeskundigen hebben een buddy in het verplegend team, om op terug te vallen als éénling in het systeem van de Specialistische GGZ.



Opschaalbaarheid

Gemiddeld; principe kan op meerdere afdelingen, aantal zelfregiecoaches kan oplopen en het model is elders in het land toepasbaar.



Impact

Zo worden crisissen en heropnames voorkomen, waardoor er geen extra druk op de wachtlijst komt. Elke opname die voorkomen wordt levert een positieve bijdrage aan het verkorten van de wachtlijst (niet langer worden van de wachtlijst).

Ook verwachten we dat op termijn zichtbaar wordt dat cliënten de kliniek sneller kunnen verlaten, wanneer er een netwerk is waar de cliënt in kan landen bij het verlaten van de kliniek.



Yulius

