

Aanvangsmeting procesevaluatie innovatieproject

Resultaten van startmeting verwijstructuur jeugdhulp Nijmegen

Marsha Philipsen en Coleta van Dam, januari 2016

Achtergrond

In 2015 heeft de Coöperatie Vrijgevestigde Jeugd GGZ Nijmegen e.o. een innovatieproject opgezet, gericht op geïndiceerde preventie (het voorkomen van een stoornis bij groepen die een verhoogd risico lopen). Het doel van het innovatieproject is tweeledig. In dit project willen zij een zorgprogramma ontwikkelen dat is gericht op preventie van kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek bij kinderen die opgroeien onder zware gezinsomstandigheden. Tevens willen zij de samenwerkingsafspraken met collega-instellingen en verwijzers optimaliseren, opdat er snel een passende verwijzing plaats vindt en er eerder doorstroom plaats vindt naar de best passende zorg. Op 28 september 2015 heeft het startsymposium van de Coöperatie Vrijgevestigde Jeugd GGZ plaatsgevonden, waarbij geïnteresseerde verwijzers en hulpverleners uit de omgeving van Nijmegen aanwezig waren.

Ten behoeve van het tweede doel, betere samenwerkingsafspraken, is een oriënterende vragenlijst ontwikkeld om inzicht te krijgen in de huidige en gewenste verwijstructuur. In dit document wordt verslag gedaan van de resultaten van de eerste meting hiervan. Dit verslag dient als onderlegger van de op te stellen doelen voor verbetering van de verwijstructuur.

Innovatieproject Coöperatie Vrijgevestigde jeugd GGZ

ONTWIKKELING VERWIJSSTRUCTUURVRAGENLIJST

Om een goed beeld te krijgen van de verwijstructuur jeugdhulp Nijmegen is een oriënterende vragenlijst ontwikkeld. Deze is verstuurd aan alle verwijzers en hulpverleners in Nijmegen die ook waren uitgenodigd voor het start symposium op 28 september 2015. Het doel van de vragenlijst is om inzicht te krijgen in de huidige verwijstructuur in de regio Nijmegen, problemen die verwijzers en zorgverleners hierin ervaren en de gewenste verwijstructuur. Daarnaast is aan alle respondenten gevraagd een gewenste situatie van de verwijstructuur te schetsen, waarin zowel valkuilen en kansen worden omschreven.

De vragenlijst bestaat uit 16 items en wordt weergegeven in Bijlage 1. Er zijn aparte vragen voor de directe verwijzers (3 items) en voor de zorgverleners en doorverwijzers (6 items), betreffende het huidige verwijstructuur. Aan beide groepen respondenten zijn vragen gesteld over de gewenste verwijstructuur (4 items). Daarnaast zijn enkele demografische variabelen opgevraagd (5 items). De vragenlijsten zijn digitaal verstuurd naar de deelnemers middels BergOp¹.

De uitkomsten van de vragenlijst worden door de werkgroep van het innovatieproject meegenomen in het vormgeven van de samenwerkingsafspraken met verwijzers en zorgverleners in het kader van dit project. Aan het eind van het project wordt deze vragenlijst nogmaals afgenomen

¹ BergOp is een webbased programma voor routine outcome monitoring en praktijkgestuurd effectonderzoek in jeugdzorg en onderwijs ontwikkeld door Praktikon.

bij dezelfde respondenten, om na te gaan welke wijzigingen in de samenwerking hebben plaats hebben gevonden en welk effect dit heeft.

RESULTATEN

In de maanden november en december 2015 hebben alle genodigden en aanwezigen van het startsymposium via BergOp de vragenlijst per e-mail toegestuurd gekregen. Hieronder is een beschrijving van de respondentengroep weergegeven en de algemene respons.

Respons

In totaal zijn 236 respondenten benaderd, waarvan 42 vragenlijsten (18%) ingevuld zijn geretourneerd. Het betreft 21 respondenten die aanwezig waren bij het symposium en 21 genodigden die niet aanwezig waren bij het symposium.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 42 respondenten: 9 mannen (21%), 30 vrouwen (71%) en 2 respondenten geslacht onbekend (8%). De leeftijden variëren van 28 tot 69 jaar, met een gemiddelde van 47 jaar (SD = 9,57). Respondenten zijn gemiddeld 13 jaar (SD = 8,60) werkzaam binnen de huidige of een soortgelijke functie, variërend van minimaal 1 tot maximaal 30 jaar.

De respondenten zijn werkzaam als verwijzer (60%) en/of zorgverlener (74%), zie tabel 1. Tot de verwijzers behoren professionals die een directe verwijzing doen zoals huisartsen en schoolartsen. Tot de groep zorgverleners en doorverwijzers behoren de professionals die cliënten verwezen krijgen en/of die vanuit behandeling doorverwijzen.

Een verwijzer kan tevens zorgverlener zijn en andersom. Verwijzers die zich als ‘anders’ typeerden dan de genoemde categorieën hadden functies zoals: ondersteunende diensten, GGZ-medewerkers, (GZ)psychologen, maatschappelijk werk en andere gezondheidszorgdisciplines. Zorgverleners die zich als ‘anders’ typeerden werkten binnen andere instellingen, in andere regio's of in andere sectoren (bijv. gehandicaptenzorg). Eén persoon heeft aangegeven zich niet te typeren als verwijzer of zorgverlener.

Tabel 1 Functieomschrijving deelnemers

Functie	Aantal	Percentage
Verwijzers		
Jeugdgezondheidswerk	6	14%
Huisarts	3	7%
Sociaal wijkteam	2	5%
Schoolmaatschappelijk werk	2	5%
Specialist / kinderarts	1	2%
Anders, namelijk ...	11	26%
Totaal	25	60%
Zorgverleners		
Vrijgevestigde	19	45%
Entréa	3	7%
Karakter	2	5%
Iriszorg	2	5%
Anders, namelijk ...	5	14%
Totaal	31	74%
Anders		
Anders, namelijk ...	1	2%
Totaal	1	2%

De spreiding van de respondenten over de wijken in Nijmegen is zeer groot, zie tabel 2. Het merendeel van de respondenten (71%) geeft aan in één of meerdere wijken werkzaam te zijn. Bijna de helft van de respondenten is ook werkzaam in Nijmegen Noord (48%). Bijna een derde van de

respondenten is werkzaam in omringende dorpen en gemeenten van Nijmegen, weergegeven onder 'anders'.

Tabel 2 Wijken waarbinnen deelnemers werkzaam zijn

Wijken/locaties	Aantal	Percentage
Nijmegen Noord	20	48%
Nijmegen Centrum	10	24%
Dukenburg	9	21%
Nijmegen Midden	9	21%
Nijmegen Zuid	8	19%
Nijmegen Oud West	8	19%
Lindenholt	7	17%
Neerbosch Oost	7	17%
Nijmegen Nieuw West	6	14%
Anders, namelijk ...	12	29%

Resultaten vragenlijst verwijstructuur jeugd GGZ Nijmegen

HUIDIGE VERWIJSSTRUCTUUR

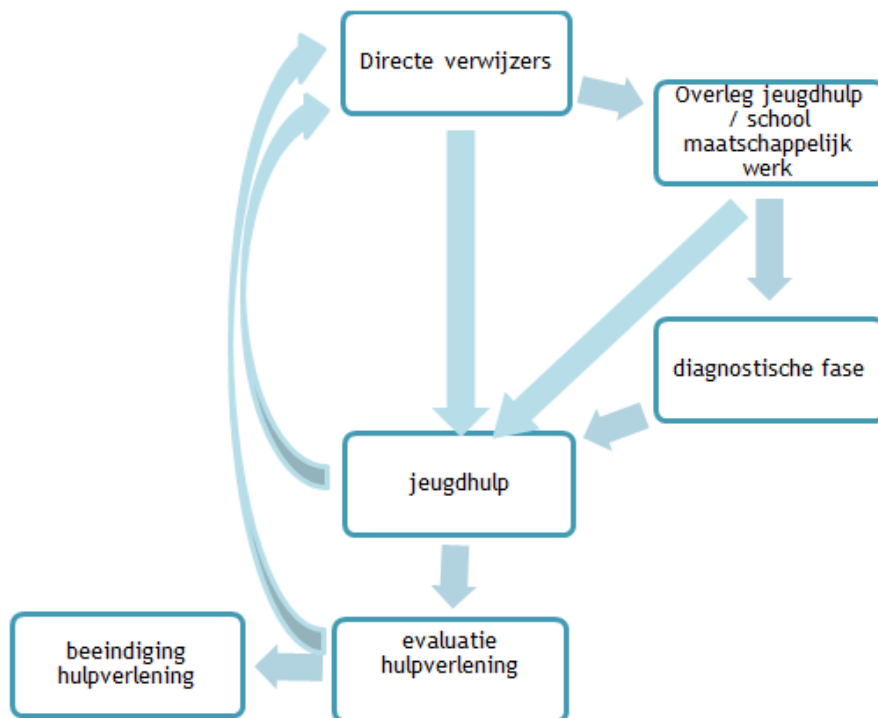
Om zicht te krijgen op de huidige verwijstructuur is aan de verwijzers (N=27) gevraagd het huidige verwijsp proces van aanmelding tot afronding te omschrijven. Verzameling van deze antwoorden heeft geleid tot het algemene verwijmodel zoals weergegeven in Figuur 1.

Door de respondenten werd aangegeven dat er doorgaans wordt gestart met een aanmelding bij de huisarts, schoolarts, POH GGZ² of het sociale wijkteam. Deze aanmelding kan door verschillende personen worden gedaan; de ouder(s), school of een jeugdbeschermer.

Vervolgens wordt of a) direct doorverwezen naar de jeugdhulp of b) vindt er overleg plaats met andere partijen zoals jeugdhulp of schoolmaatschappelijk werk. Afhankelijk van de vraag vindt er een diagnostische fase plaats of wordt er direct doorverwezen naar jeugdhulp. Bij een foutieve verwijzing of indien aanvullende hulpverlening nodig is, wordt er terugverwezen naar de directe verwijzer. Bij aanmelding en afmelding bij een hulpverlenende instantie wordt contact opgenomen met de huisarts om het dossier te monitoren.

Er wordt ook aangegeven dat hulpverleners soms zonder tussenkomst van de huisarts aanmeldingen krijgen. Dit kan direct via de ouder zijn of via een andere hulpverlenende instantie. Op dat moment is het mogelijk dat hulp alvast wordt opgestart en de verwijzing achteraf wordt gerealiseerd. Doorgaans valt op dat de sociale wijkteams relatief weinig worden genoemd als een directe verwijzer. Dit heeft, volgens de respondenten met name te maken met de vindbaarheid van de sociale wijkteams en de kennis over het bestaan hiervan.

² POH GGZ staat voor praktijkondersteuner huisartsen geestelijke gezondheidszorg. De POH GGZ zit vaak bij de huisarts in het gebouw en maakt het aanbieden van laagdrempelige hulpverlening mogelijk.



Figuur 1 Verwijsstructuur jeugd GGZ Nijmegen

Aan de zorgverleners/doorverwijzers (N=34) is gevraagd via welke verwijzers (of kanalen) de jongeren binnen hun instelling of organisatie binnen komen. Hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk, zie Tabel 4. Jongeren komen veelal binnen via de huisarts, school en/of het sociaal wijkteam. Bij de antwoordcategorie anders is aangegeven dat cliënten ook komen via de jeugdbeschermingsketen (rechtbank, kindbescherming, politie e.d.), op initiatief van de cliënt zelf, via een andere GGZ-instelling, of via professionals op school, in trainingen of via een vrijgevestigde praktijk.

Tabel 4 Verwijzers van jeugdigen volgens zorgverleners (N=34)

Verwijzers	aantal	Percentage
Huisarts	34	100%
Sociaal wijkteam	23	68%
School	20	59%
Jeugdgezondheidszorg	16	47%
Welzijnswerk	7	21%
Anders, namelijk ...	8	23%

Concluderend kan gesteld worden dat de verwijzers aangeven dat het verwijzingsproces vrijwel altijd via de directe verwijzer gaat zoals een huisarts, sociaal wijkteam, POH-GGz of sociaal wijkteam. De zorgverleners/doorverwijzers geven aan dat ze ook met enige regelmaat doorverwijzingen krijgen via andere kanalen zoals school of andere GGZ-instellingen.

KEUZE VOOR INSTELLING/ORGANISATIE

Daarnaast is aan beide groepen respondenten, de directe verwijzers (N=26) en de hulpverleners / doorverwijzers (N=31), gevraagd waar de keuze van een instelling/organisatie waarnaar wordt (door)verwezen, op is gebaseerd. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 5. Het merendeel van de directe verwijzers baseert hun keuze op goede ervaringen (58%), of op de specialisatie van de instelling of organisatie (54%). Wachtlijsten is bij een derde van de verwijzers een reden voor een keuze. In mindere mate wordt er gebruik gemaakt van

een extra consult om de keuze van de instelling of organisatie voor verwijzing op te baseren. Andere redenen voor een doorverwijzing zijn de samenwerkingsverbanden die reeds bestaan en de voorkeur van de cliënt.

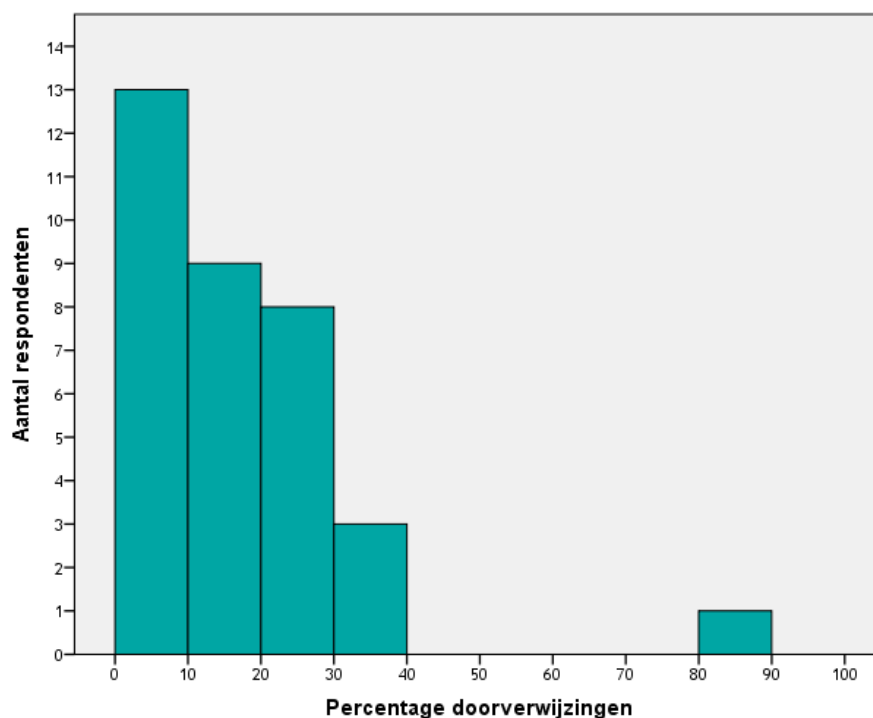
Zorgverleners en doorverwijzers baseren hun keuze allemaal op de goede ervaringen met de instelling (100%). Daarnaast speelt ook de specialisatie van de instelling of organisatie (84%) een belangrijke rol in de keuze. Wachtlijsten zijn ook een belangrijke overweging (42%). Andere redenen voor een specifieke doorverwijzing zijn consulten met psychiater of huisarts, mogelijkheden van de instelling (zoals crisismogelijkheden) en contra indicaties.

Tabel 5 Redenen voor keuze instelling/organisatie bij doorverwijzing

Redenen	Directe verwijzers (N=26)		Zorgverleners/doorverwijzers (N=31)	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Goede ervaringen	15	58%	31	100%
Specialisatie van instelling/organisatie (kortste) wachttijd	14	54%	26	84%
Extra consult/advies van psycholoog/praktijkondersteuner	9	35%	13	42%
Anders, namelijk ...	5	19%	8	19%
	2	8%	4	26%

DOORVERWIJZINGEN

Om na te gaan in hoeverre cliënten juist worden doorverwezen is aan de groep zorgverleners/doorverwijzers gevraagd een percentage weer te geven hoeveel cliënten zij weer doorverwijzen naar een andere hulpverleningsvorm omdat deze niet op de juiste plek zijn. Dit betreft dus geen doorverwijzing naar een aanvullende hulpverleningsvorm. Dit percentage cliënten wordt gemiddeld geschat op 15% (SD = 14,59). In Figuur 2 wordt weergegeven wat het percentage onjuist verwezen cliënten is volgens de respondenten. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat zij slechts een klein percentage cliënten weer doorverwezen naar een andere zorgverlener vanwege een onjuiste verwijzing. Eén respondent gaf aan dat hij het merendeel van zijn cliënten weer doorverwijst (80%) omdat dit niet de juiste plek is voor de cliënt.



Figuur 1 Percentage cliënten dat vanwege onjuiste verwijzing weer wordt doorverwezen

Indien er sprake is van een doorverwijzing, wordt er meestal binnen vier weken doorverwezen (cumulatief 63%), zie Tabel 6. Enkele respondenten geven bij ‘anders’ aan dat de doorverwijzingstijd heel wisselend is, deze is afhankelijk van de cliënt en het (vervolg)traject.

Tabel 6 Resultaten aantal weken doorverwijzing

Weken	Aantal	Percentage
Binnen 1 week	8	23%
Binnen 1-2 weken	6	17%
Binnen 2-4 weken	8	23%
Binnen 1-3 maanden	6	17%
Langer dan 3 maanden	3	9%
Anders, namelijk ...	4	11%

PROBLEMEN HUIDIGE VERWIJSSTRUCTUUR

Aan beide groepen respondenten is gevraagd waar zij tegen aanlopen bij de huidige verwijsstructuur. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 7. Zowel de directe verwijzers als de zorgverleners en doorverwijzers geven aan dat zij problemen ervaren met de communicatie en afstemming. Enerzijds betreft dit de communicatie en afstemming tussen verwijzers en zorgverleners. De directe verwijzers geven aan dat er gebrekkige casus regie is en dat er slechte onderlinge communicatie en terugkoppeling is tussen zorgverleners en verwijzers. De zorgverleners zouden de verwijsinformatie niet altijd goed doornemen. De zorgverleners/doorverwijzers geven daarnaast aan dat er tijdsinefficiënte besprekingen zijn tussen de verschillende partijen, er onduidelijkheid is over het verwijsproces en dat er veel schotten zijn. Ook moeten ouders vaak op veel plaatsen informatie invullen die niet (breed) wordt benut. De communicatie en afstemming tussen gemeenten en sociale wijkteams wordt ook als onvoldoende beschouwd. Op het gebied van keuzes van de verwijzer, geven zorgverleners/doorverwijzers aan dat zij merken dat er vaak wordt gekozen voor een instelling of organisatie die relatief ver weg is. Hierbij wordt aangegeven dat de keuzes die de directe verwijzers maken met betrekking tot de hulpverleningsvorm of instelling door de zorgverleners niet altijd als juist of efficiënt wordt ervaren. Soortgelijke hulp kan doorgaans ook bij een kleinere instelling in de buurt gevonden worden. Ook de wachtlijsten bij met name de gespecialiseerde GGZ en de psychiaters worden door beide partijen als storend ervaren. Beide respondentengroepen geven aan dat er veel onduidelijkheid is over de verwijsroutes naar de instellingen/verwijzer en de vindbaarheid, voornamelijk van de sociale wijkteams. In het kader van de verwijsroute lijkt het ook niet altijd duidelijk wie bij initiële verwijzing benaderd moet worden binnen de instelling. De directe verwijzers geven aan dat zij problemen ervaren met de bureaucratie, onduidelijkheid over het aanbod en aannamebeleid van instellingen. Een van de respondenten geeft in dit kader aan dat het binnen de huidige vergoedingsstructuur lastig is om samen te werken met andere disciplines, vanwege sterke afbakening. Daarnaast is het vaak onduidelijk of de instelling waarnaar verwezen wordt een contract heeft met de gemeente zodat de ouder een vergoeding kan krijgen voor de zorg. Tot slot is aangegeven dat het als storend wordt ervaren dat er dubbele intakes gedaan moeten worden in verband met de afsluiting van DBC's (Diagnose Behandel Combinatie), dat er een afname is aan expertise en tijd door bezuinigingen en er een gebrek aan expertise is in de wijk.

Tabel 7 Ervaren problemen huidige verwijstructuur

	Directe verwijzers (N=27)	Zorgverleners/doorverwijzers (N=14)
Categorieën	Percentage	Percentage
Communicatie en afstemming	7%	71%
Keuzes van verwijzer	0%	57%
Wachlijsten	63%	29%
Verwijsroute en vindbaarheid	18%	14%
Bureaucratie	15%	0%
Aanbod en aannamebeleid	11%	0%
Contract met gemeente	11%	0%
Anders	0%	4%

GEWENSTE SITUATIE

Om te komen tot concrete aanknopingspunten voor een verbeterde verwijstructuur is aan de respondenten gevraagd hoe de ideale verwijstructuur er volgens hen uit zou zien, waarbij een splitsing is gemaakt tussen a) de wijze waarop de verwijzer handelt en b) hoe door de ontvangende zorgverlener wordt gehandeld.

De verwijzer dient volgens de respondenten (N=34) de volgende handelingen uit te voeren:

- *Gedegen situatieschets en gerichte hulpvraag* (35%); er is een schets van de historie, medicatie en een onderbouwing van een eventuele hypothese.
- *Goede contacten tussen verwijzer, zorgverlener (en cliënt)* (26%); hierbij moet ook duidelijkheid zijn over het aanbod van de zorgverlening en het verloop van de behandeling.
- *Volledige en juiste verwijzing* (18%); de verwijzer dient aan de eisen te voldoen van de verwijzformulieren van de zorgverlener.
- *Huisarts blijft (door)verwijzer* (12%)
- *Mondelinge toelichting door verwijzer* (9%); indien extra informatie benodigd is.

Middels aanvullende opmerkingen is aangegeven dat de verwijzer voldoende kennis moet hebben voor een indicatie en over procedures omtrent vergoedingen. De verwijzer dient de cliënt voldoende op de hoogte te brengen van de verwijzing, handelt snel en adequaat. De verwijzer verwijst tijdig door en - indien mogelijk - naar zo min mogelijk verschillende instellingen. De POH-GGZ wordt geopperd om in te zetten ter overbrugging van eventuele wachttijd.

De zorgverlener dient volgens de respondenten als volgt te handelen (N=33):

- *Zorgverlener reageert snel op aanmelding* (52%); de zorgverlener zoekt op korte termijn contact en hanteert geen of wachtlijsten. Indien mogelijk wordt de behandeling snel gestart.
- *Zorgverlener neemt contact op met verwijzer bij aanvang, na diagnostiek en afsluiting van de behandeling* (30%).
- *Zorgverlener overlegt met betrokkenen over hulp* (12%); zowel met verwijzer als cliënt.

Middels aanvullende opmerkingen is aangegeven dat de zorgverlener voor de aanmelding contact dient te hebben met de verwijzer. De zorgverlener zou minder strenge selectiecriteria moeten hanteren. Ook zou de zorgverlener tijdens de intake moeten controleren of de intake juist is en een brede blik op de problematiek moeten blijven houden. Anderzijds wordt aangegeven dat er geen nieuwe intake gedaan moet worden als dat niet nodig is. Binnen de instelling moet de cliënt direct aan de juiste hulpverlener gekoppeld worden. Als volstaan kan worden met minder hulp (afschalen van zorg) dient de zorgverlener aan te geven naar wie de cliënt verwezen kan worden. Het zou wenselijk zijn als de verwijzer op de hoogte gehouden wordt van het behandel aanbod, de wachttijden en eventuele openliggende vragen van de verwijzer kan beantwoorden. Het is daarnaast wenselijk als de cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid over het hulpverleningsproces kan blijven behouden.

BENODIGDE VERANDERINGEN

De respondenten is vervolgens gevraagd welke veranderingen doorgevoerd zouden moeten worden. Zij hebben zeer uiteenlopende ideeën gegeven over de benodigde veranderingen voor een verbeterde verwijsstructuur (N=20). Deze zijn te categoriseren in gemeente, verwijzers, zorgverleners en de algemene communicatie:

Over de gemeente wordt aangegeven dat er minder 'bemoeienis' zou moeten zijn over de indicaties en financiën. Ook zou er geen budgetdruk moeten zijn vanuit gemeentes op zorgverleners. Er zou een afname moeten zijn van de bureaucratie. Ook wordt er geopperd dat digitale dossiers die overdraagbaar zijn naar verschillende verwijzers en zorgverleners kunnen bijdragen aan het ontlasten van de cliënt, bijvoorbeeld doordat gedragsvragenlijsten niet dubbel ingevuld hoeven te worden door ouders.

De verwijzer zou een betere bereikbaarheid en flexibiliteit moeten hebben. Daarnaast zouden er standaard doorverwijsbrieven moeten zijn, waarbij de eisen van de zorgverzekeraar meegenomen zijn in dit format. Verwijzers zouden geïnformeerd moeten worden over de benodigde aanmeldinformatie. De mogelijkheid om de DSM los te zien van de verwijsstructuur wordt hierbij ook geopperd. Daarnaast wordt geopperd dat er vanuit de verwijzer meer digitaal gewerkt kan worden, door middel van uploaden (in plaats van fax en brieven). De verwijzer zou de ernst van de situatie voldoende moeten kunnen inschatten. Er is aangegeven dat de verwijzing ook incompleet ingediend moet kunnen worden (zonder aanverwante noodzakelijke stukken).

Veranderingen voor de zorgverleners zijn: een betere bereikbaarheid en flexibiliteit, kortere wachtlijsten, aanbod voor hulpverlening in de periode van de wachtlijst, meer financiële ruimte om langere eerstelijns trajecten te doen, sneller hulp moeten kunnen overnemen en meer gezins- en wijkgericht werken.

Op het vlak van communicatie zou er volgens veel respondenten winst te boeken zijn. De onderlinge communicatie tussen zorgverleners en verwijzers zou sterk verbeterd kunnen worden door meer te vertrouwen op elkaars expertise. Daarnaast geven relatief veel respondenten aan dat er meer bekendheid moet komen over het aanbod van zorgverleners en het aannamebeleid van instellingen, zowel bij GGZ-jeugdhulpverlening als bij de sociale wijkteams. Een duidelijke sociale kaart wordt hiervoor geopperd. Daarnaast zouden er kortere lijnen moeten bestaan tussen de zorgverleners, waarbij zij elkaar zien als ketenpartners in plaats van concurrentie.

VERWACHTING VAN INNOVATIEPROJECT

Op de vraag wat respondenten hopen dat het innovatieproject gaat opleveren wordt gevarieerd geantwoord (N=30).

De helft van de respondenten geeft aan dat zij hopen dat er kortere lijnen en betere samenwerking ontstaat tussen de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ (50%). Door kortere lijnen wordt het eenvoudiger om zorg op- en af te schalen als dat nodig is. Verbetering van de communicatie tussen de verwijzers en de zorgverleners wordt door 20% van de respondenten als een kans van het innovatieproject beschouwd. Ook geeft 20% van de respondenten aan dat zij de hopen dat het project helpt om minder te snel komen tot (onterechte) DSM-classificaties en dat behandelingen niet in eerste instantie worden gericht op deze DSM-classificatie.

Aanvullend wordt door enkele respondenten aangegeven dat er meer systemisch gewerkt zou kunnen worden en dat er een betere netwerkzorg in de GGZ zou moeten zijn. Er zouden binnen de tweedelijnszorg vaak lange trajecten zijn, welke soms een te eenzijdige blik hebben op de kindfactoren. Het innovatieproject biedt volgens enkele respondenten de mogelijkheid om sneller een juiste aansluiting te vinden van hulp, waarbij er minder onterechte verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ plaats vinden. Een efficiëntieslag zou te behalen zijn bij het maken van een generalistisch verwijsdocument; dat voldoet aan de eisen van alle instellingen. Daarnaast zou er duidelijker zicht moeten op het aannamebeleid. Deze aanpassingen zouden moeten leiden tot een verbeterd en duidelijker verwijsbeleid.

Daarnaast waren er nog enkele losse opmerkingen die zich richten op een laagdrempelige behandelwijze, kortere behandeltrajecten, toename aanmeldingen vrijgevestigde praktijk, kwaliteitsverbetering, scholing, de 'bemoeienis' door gemeenten en het sneller en efficiënter

werken met de klant in het oog. Een van de respondenten gaf aan dat deze de hoop had laten varen op een verbeterde verwijfsstructuur.

OVERIGE OPMERKINGEN

Bij de opmerkingen zijn enkele opmerkingen gegeven over de sfeer van het symposium, hierover werd onder andere aangegeven 'goed initiatief', 'sfeer en betrokkenheid tijdens symposium leek mij veelbelovend'. Door een respondent werd aangegeven dat de scholen het verhaal nog niet goed konden terugkoppelen. Meer achtergrondinformatie over het project zou van meerwaarde zijn voor de kennisgeving over het project. Daarnaast wordt aangegeven dat er na het symposium geen informatie meer is geweest over het project.

Belangrijkste uitkomsten en hoe verder....

CONCLUSIES

In deze oriënterende vragenlijst over de verwijfsstructuur van de jeugd GGZ in Nijmegen hebben 42 respondenten hun visie weergegeven.

Directe verwijzers geven aan dat een hulpverleningstraject vrijwel altijd start vanuit de huisarts, schoolarts, POH-GGZ of het sociaal wijkteam - mogelijk via een consult - naar de jeugdzorginstelling. De verwijzers ondervinden voornamelijk problemen in het verwijfsproces met betrekking tot wachtlijsten, verwijfsroute en vindbaarheid, en bureaucratie. Het merendeel van de zorgverleners en doorverwijzers geeft ook aan dat jongeren veelal binnen komen via de huisarts, school en/of het sociaal wijkteam. Er is slechts een klein deel van de cliënten die bij aanmelding niet op de juiste plek is bij de zorgverlener en zodoende wordt doorverwezen. Indien er sprake is van een doorverwijzing, wordt er meestal voor gekozen om door te verwijzen binnen 4 weken. De problemen die door de zorgverleners en doorverwijzers worden ervaren hebben betrekking op communicatie en afstemming, keuzes van de verwijzer, wachtlijsten, en verwijfsroute en vindbaarheid. Beide groepen geven aan dat de keuze voor een (door)verwijzing vrijwel altijd wordt gebaseerd op de goede ervaringen en/of de specialisatie van de betreffende instelling of organisatie. Opvallend is dat beide groepen aangeven dat de sociale wijkteams niet altijd zichtbaar of vindbaar zijn, maar dat een groot deel van de zorgverleners en doorverwijzers wel aangeeft hun verwijfsingen via de sociale wijkteams te ontvangen. Tevens valt op dat beide groepen aangeven dat de communicatie en afstemming, de wachtlijsten en de vindbaarheid van de juiste contactpersoon binnen een instelling als een probleem binnen het huidige verwijfsproces worden ervaren.

De gewenste situatie omvat de volgende handelingen van de verwijzer, deze; a) voert een gedegen situatieschets uit en heeft een gerichte hulpvraag b) heeft goede contacten tussen verwijzer, zorgverlener (en cliënt) c) doet een volledige en juiste verwijfsing d) huisarts blijft (doorverwijzer) en e) indien gewenst doet de verwijzer een mondelinge toelichting. De zorgverlener zou als volgt moeten handelen; a) handelt snel op aanmeldingen b) neemt contact op met verwijzer bij aanvang, na diagnostiek en bij afsluiting en c) overlegt met betrokkenen welke hulp nodig is. Op de vraag welke veranderingen nodig zijn, zijn meerdere mogelijkheden voor verandering genoemd voor zowel de verwijzer, zorgverlener als gemeente, waarbij de focus ligt op de communicatie tussen deze partijen en de winst die hier valt te boeken.

Het merendeel van de respondenten hoopt dat het innovatieproject met name winst gaat opleveren in het kader van de samenwerking tussen de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, en de verwijzer en zorgverlener. Daarnaast is de verwachting dat er een duidelijkere verwijfsstructuur ontstaat, met meer zicht op elkaars aanbod en expertise.

GEBRUIK VAN DE UITKOMSTEN

Doel van Het startsymposium op 28 september 2015 was om het innovatieproject bij een breed publiek bekend te maken en om een eerste vorm van samenwerking te creëren. Doel van de vragenlijst verwijfsstructuur jeugd GGZ Nijmegen was om meer zicht te krijgen op de huidige verwijfsstructuur, problemen daarin en aanknopingspunten voor verbetering van de verwijfsstructuur.

Deze problemen en oplossingen lijken zich voornamelijk te richten op de communicatie en afstemming tussen de verschillende partijen.

De uitkomsten van de vragenlijst dienen als onderlegger voor de op te stellen doelen voor verbetering van de verwijsstructuur. In het project zullen de doelen door de leden van de coöperatie nader geconcretiseerd worden. Enkele weken voor het eindsymposium (anno januari 2017) zal de vragenlijst nog een keer worden afgenomen, zodat we kunnen nagaan in welke mate er veranderingen zijn opgetreden rondom de geconstateerde problemen en voorgestelde oplossingen.

VRAGENLIJST VERWIJSSTRUCTUUR JEUGDHULP NIJMEGEN

Op 28 september j.l. is het startsymposium van de Coöperatie Vrijgevestigde Jeugd GGZ geweest. Tijdens dit symposium zijn de [doelstellingen](#) van het project gepresenteerd. Een belangrijk doel van het innovatieproject is om goede samenwerkingsafspraken te maken met verwijzers (huisarts, wijkteam, etc.) en zorginstellingen, opdat er snel een passende verwijzing plaats vindt en er - indien nodig - eerder wordt doorverwezen.

Praktikon monitort dit proces doormiddel van een procesevaluatie.

Wij zijn benieuwd naar uw mening over en ervaringen met de huidige verwijsstructuur binnen jeugdhulp, en wat volgens u de gewenste situatie zou zijn. We vragen u daarom via onderstaande link een korte vragenlijst (circa 10 min) hierover in te vullen. De antwoorden op deze vragenlijst worden als input gebruikt binnen het innovatieproject.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Achtergrond

1. In welke Nijmeegse wijk(en) bent u werkzaam ?

- Dukenburg
- Lindenholt
- Neerbosch-Oost
- Nijmegen-Centrum
- Nijmegen-Midden
- Nijmegen-Nieuw-West
- Nijmegen-Noord
- Nijmegen-Oud-West
- Nijmegen-Zuid
- Anders, namelijk:

2. In welke functie bent u werkzaam in het kader van de verwijsstructuur voor jeugd?

- Verwijzer
 - Huisarts
 - Specialist / kinderarts
 - Sociaal wijkteam
 - Jeugdgezondheidszorg
 - Schoolmaatschappelijk werk
 - Anders, namelijk:
- Zorgverlener
 - Entréa
 - Karakter
 - Vrijgevestigde
 - Iriszorg
 - Pro Persona
 - Anders, namelijk:
- Anders, namelijk:

3. Hoe lang bent u werkzaam binnen deze of een soortgelijke functie?

_____ jaar

4. Wat is uw leeftijd?

_____ jaar

5. Ik ben een:

- Man
- Vrouw

Directe verwijzers

Onderstaande vragen gaan in op de huidige verwijstructuur, met het oog op directe verwijzers (bijv. huisarts, jeugdarts etc.). Bent u geen directe verwijzer, klik dan op verder.

1. Kunt u kort aangeven hoe volgens u het huidige verwijproces van aanmelding tot afronding van de verwijzing verloopt?

2. Waarop baseert u de keuze voor de instelling/organisatie waarnaar u verwijst?

Let op: meerdere opties zijn mogelijk.

- Op basis van specialisatie van de instelling/organisatie
- Op basis van goede ervaringen
- Op basis van een extra consult/advies van een psycholoog/praktijkondersteuner
- Op basis van de (kortste) wachtlijst
- Anders, namelijk:

3. Waar loopt u tegenaan bij het huidige verwijproces?

Zorgverleners/doorverwijzers

Onderstaande vragen gaan in op de huidige verwijstructuur, met het oog op de zorgverlener die een cliënt verwezen krijgt én de personen die vanuit behandeling doorverwijzen. Bent u geen zorgverlener/doorverwijzer, klik dan op verder.

1. Via welke verwijzers (of kanalen) komen jongeren binnen bij uw instelling / organisatie?

- Huisarts
- Sociale wijkteams
- Jeugdgezondheidszorg
- Welzijnswerk
- School
- Anders, namelijk.....

2. In hoeveel procent van de gevallen worden cliënten door u weer doorverwezen naar een andere module of zorgverlener omdat ze bij u niet op de juiste plek zijn?

Let op: dit betreft géén aanvullende hulpverleningsvorm, maar een verwijzing naar een andere hulpverleningsvorm.

0% ----- 100%

4. Waarop baseert u de keuze voor de instelling/organisatie waarnaar u doorverwijst?

- Op basis van specialisatie van de instelling/organisatie
- Op basis van goede ervaringen
- Op basis van een extra consult/advies van een psycholoog/psychiater
- Op basis van de (kortste) wachtlijst
- Anders, namelijk:

5. Indien er sprake is van een doorverwijzing, binnen welke termijn wordt er dan meestal voor gekozen om door te verwijzen?

- Binnen 1 week
- 1-2 weken
- 2-4 weken
- 1-3 maanden
- langer dan 3 maanden
- Anders, namelijk.....

6. Waar loopt u tegenaan bij het huidige verwijsproces?

Gewenste situatie

1. Hoe ziet een ideale verwijsstructuur er naar uw mening uit?

a) hoe wordt er door de verwijzer gehandeld?

b) hoe wordt er door de ontvangende zorgverlener gehandeld?

c) Welke veranderingen zijn hiervoor eventueel nodig (kan op meerdere vlakken zijn)?

2. Wat hoopt u dat dit project gaat opleveren?

3. Verdere opmerkingen:

Dit is het einde van deze vragenlijst.
Bedankt voor het invullen.