15

Praktijkverhalen over kennismanagement

Daphne Depassé

Erwin la Roi

Fotografie: Daniëlle van der Schans

ESSENTIALS

CAT
CAT

Kennis en kunde als uitgangspunt bij de organisatieverandering

In gesprek met Gerhard Ockeloen (GGZ Delfland)

De laatste jaren is er veel veranderd in de geestelijke gezondheidszorg. Deze veranderingen hebben gevolgen gehad voor de GGZ-organisatie en gaven aanleiding voor een herinrichting van de organisatie. Bij deze organisatieverandering nam Gerhard Ockeloen de kennis en kunde van de medewerkers als uitgangspunt. Na een inventarisatie van de aanwezige en benodigde kennis is een *kenniscapaciteitsmodel* ontwikkeld, waarin alle elementen werden verenigd: zowel de inhoudelijke kennis als de capaciteit en de financiële aspecten. De herindeling van de organisatie – gebaseerd op de deskundigheid van de professionals – was ingezet om meer kwaliteit en samenhang van zorg te kunnen bieden aan de cliënten, maar heeft daarnaast vele andere voordelen opgeleverd. Zo is het volgens Gerhard bijvoorbeeld gelukt om de aanwezige kennis beter te delen, de capaciteitsproblemen inzichtelijk te maken én gezamenlijk op te lossen, en ontbrekende kennis sneller in huis te halen. Daarnaast heeft deze aanpak ertoe geleid dat de werelden van de bedrijfsvoering en de professionals meer bij elkaar zijn gebracht.

GGZ

GGZ is een onderdeel van de gezondheidszorg en behandelt patiënten met een tijdelijke of blijvende psychische stoornis. In de meeste gevallen zijn de GGZ-organisaties stichtingen, aangestuurd door een Raad van Toezicht, een Raad van Bestuur, de directeuren, met daaronder de teamleiders. De financiering vindt plaats via de zorgverzekeraar; tot 2007 vanuit de AWBZ, en op dit moment een groot deel vanuit de ziektekostenverzekering en een kleiner deel vanuit de AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

GGZ Delfland is een regionale organisatie en behandelt jaarlijks ruim 17.000 patiënten; er werken 913 medewerkers. “25 procent van de Nederlandse bevolking heeft last van psychische of psychiatrische problemen”, vertelt Gerhard Ockeloen. “Angst, depressie en persoonlijkheidsstoornissen zijn de meest voorkomende problemen. Van die 25 procent zoekt ongeveer de helft hulp, waarvan het grootste deel geholpen wordt in de eerste lijn, bij bijvoorbeeld huisarts of maatschappelijk werk. Bij ongeveer 5 procent is specialistische hulp van de GGZ geboden; GGZ bereikt landelijk ongeveer 2½ - 3 procent van de bevolking.” GGZ is georganiseerd naar leeftijd, aard en ernst van de psychische problemen van de patiënten. Gerhard Ockeloen is Directeur van het circuit Jeugd, waar dertig hulpverleners werkzaam zijn. Het circuit Jeugd

Gerhard Ockeloen (1955) is directeur circuit Jeugd van GGZ Delfland. Hij studeerde aan de Sociale Academie en volgde later de Postacademische opleiding voor Systeemtherapeut: een vorm van psychotherapie (relatie- en gezinstherapeut). Na zijn studie startte hij in 1978 in de jeugdzorg als Maatschappelijk werker en vier jaar later maakte hij de overstap naar de Riagg in Vlaardingen. In 1991 begon hij bij de GGZ Europoort-Rotterdam-Zuid op de afdeling Sociale Psychiatrie. In 1993 werd hij hier Manager; een combinatie van uitvoerend werk en management. Na vijf jaar werd hij Manager van de jeugdafdeling. Toen hier binnen twee jaar een fusie plaatsvond, integreerde hij – samen met een collega – duaal management van de jeugdafdelingen. In de tussentijd was Gerhard tevens interim manager voor ouderen, en werd hij later Directeur van een divisie waar onder andere de volwassen psychiatrie en de acute dienst onder viel. In 2006 werd hij Directeur circuit Jeugd van GGZ Delfland, waar hij bij de herinrichting van zijn organisatie de kennis en kunde van de medewerkers als uitgangspunt nam.

behandelt en begeleidt kinderen en jongeren tot achttien jaar met psychische problemen en hun ouders/verzorgers.

Veranderingen in de gezondheidszorg

De laatste jaren is er veel veranderd in de geestelijke gezondheidszorg. "Vijfentwintig jaar geleden was de GGZ nog een paradijs voor autonome professionals", licht Gerhard toe. "Iedereen deed waar hij of zij goed in was en zocht daar de klanten bij. Niet op basis van de klantvraag, maar op basis van de expertise van de therapeut. Daarbij was de productiviteit (het aantal klanten per therapeut) relatief laag en er bestond onderlinge onenigheid over welke therapievorm de beste behandeling was." Sindsdien is er veel veranderd.

Zorgprogramma's en Evidence based werken

Een van de belangrijkste ontwikkelingen was de opkomst van de zorgprogramma's in de jaren '80. De zorgprogramma's zijn ontwikkeld om meer samenhang en kwaliteit in de zorg te creëren, op basis van de vraag van de cliënt. Vooral belangrijk hierbij is dat de therapierichting niet meer centraal staat, maar de stoornis van de cliënt. Er zijn landelijke richtlijnen ontstaan over hoe je een bepaalde stoornis kunt behandelen en wat de beste behandelvorm is: het *evidence based* werken. "Leidend is dat de klant recht heeft op de beste behandeling. En de beste behandeling is de behandeling die volgens de meest recente stand van kennis de beste behandeling is", zegt Gerhard. "Dat klinkt als een open deur, maar dat is het niet. Professionals vinden vaak datgene waar zij het beste in zijn of waar zij de meeste affiniteit mee hebben de beste behandeling, terwijl dat lang niet altijd het geval is." GGZ Delfland wil alleen werken met zorgactiviteiten en behandelingen die gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs. "Je moet het relateren aan landelijke richtlijnen en zoveel mogelijk evidence based werken, of met best practices, op basis van consensus en meest recente inzichten", aldus Gerhard.

"Werken volgens de meest recente kennis en inzichten"

Overige veranderingen

Ook andere veranderingen hebben meegespeeld. Bijvoorbeeld de invoering van de *DSM*: een internationaal systeem voor diagnostiek, waarin alle stoornissen geclassificeerd zijn. Met de DSM kwam er volgens Gerhard een eenheid in taal. Daarnaast vond de invoering van een nieuwe financieringsmethodiek plaats: *DBC*. "Met de voorgaande methodiek werd geen relatie gelegd tussen opbrengsten en inspanningen", licht Gerhard toe. "De DBC-systematiek houdt in dat er niet meer betaald wordt op basis van losse verrichtingen, maar dat je inzichtelijk moet maken wat je doet en wat het resultaat is; het openen van de blackbox." Nog een andere belangrijke verandering is de toename van de concurrentie. "Waar de GGZ-organisaties voorheen monopolisten waren binnen een regio is nu de marktwerking van kracht en zijn er meer partijen actief in onze regio", zegt Gerhard.

Gevolgen veranderingen

Al deze veranderingen hebben gevolgen gehad voor de GGZ en gaven aanleiding voor een herinrichting van de organisatie. "Zowel de cliënt als de verzekeraar selecteert nu op kwaliteit, snelheid en betaalbaarheid van de zorg; dat betekent dat wij bijvoorbeeld moeten zorgen dat er geen wachtlijsten zijn, moeten zorgen voor een hoge klanttevredenheid, en aantoonbaar moeten maken dat onze zorg helpt", legt Gerhard uit. "En we moeten ervoor zorgen dat onze zorg transparant is: we moeten inzichtelijk maken voor welk probleem we wat gaan doen, hoe de behandeling eruit ziet en welk resultaat de klant en de verzekeraar kan verwachten tegen welke kosten." Dat betekent een organisatieverandering en een herindeling van de organisatie, waarmee een overstap wordt gemaakt van aanbodgericht naar vraaggericht werken; aan deze omslag wordt op dit moment binnen GGZ Delfland hard gewerkt. Ook het evidence based werken heeft gevolgen. Dit betekent namelijk dat kennis niet meer afhankelijk is van een bepaalde expert, maar veel meer gedeeld en onderbouwd wordt middels wetenschappelijk onderzoek. Voor de professional is het een uitdaging om deze richtlijnen in de praktijk kritisch te toetsen en constant op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen. "Behandelmethodes moeten constant evolueren; wat tien jaar geleden werkte, kan vandaag verouderd zijn", vindt Gerhard. "En voor een aantal stoornissen is nog geen uitgekristalliseerde landelijke richtlijn; dat betekent dat er tevens voldoende geïnvesteerd moet worden in wetenschappelijk onderzoek, om deze te ontwikkelen."

De ontwikkeling van kennismanagement bij GGZ Delfland

Toen Gerhard twee jaar geleden startte in zijn functie, was er binnen het circuit Jeugd volgens hem nogal wat achterstand. Er waren grote problemen met wachttijden, servicegerichtheid, snelheid en behandelcultuur. En ook intern waren er problemen zoals een hoog ziekteverzuim, lage productie, omzet en medewerkertevredenheid. De organisatie werd aangestuurd als een bureaucratie met veel regels en procedures; voor iedere denkbare situatie was een uitgebreide procedure of protocol vastgelegd. Gerhard vond het een behoorlijk gedemoraliseerde afdeling, onder andere doordat medewerkers het gevoel hadden dat de focus op productie lag en dat de inhoud naar de achtergrond was geschoven; het management en de medewerkers waren hierdoor meer tegenover elkaar komen te staan. "Dit was een van de grote knelpunten van de afgelopen twintig jaar: de grote scheiding en vervreemding tussen de professionals en de bedrijfsvoering", licht Gerhard toe. "Er moest veel meer bedrijfsmatig gewerkt worden en bij het woord *productie* ging menig professional op zijn achterste benen staan. Daarbij kwam een

aantal ambities niet verder van de grond; zo werd er bijvoorbeeld al tien jaar gesproken over zorgprogramma's, maar dat bleef vooral bij praten in werkgroepen en papieren verhalen; en er waren drie teams die feitelijk alle drie met hetzelfde bezig waren." Kortom; tijd voor vernieuwing en verbetering.

Focus op de deskundigheid van de professional

De GGZ is voor het primaire proces afhankelijk van de deskundigheid en vakbekwaamheid van de professionals. Bij de vernieuwingen in de organisatie is de focus bij die deskundigheid gelegd; de kennis en kunde van deze professionals zijn als uitgangspunt genomen bij de organisatieverandering. Gerhard licht toe hoe hij hiermee – samen met zijn medewerkers – aan de slag is gegaan.

Kennisinventarisatie

Gerhard is in 2007 begonnen om de kennis van de professionals in kaart te brengen met behulp van kenniskaarten. Deze kenniskaarten waren al eerder – in samenwerking met een extern bureau[1] – geïnitieerd bij het circuit VKB (Volwassenen Kortdurende Behandeling) van GGZ Delfland. Gerhard schakelde hetzelfde bureau in. "Ik had vooraf wat vooroordelen en weerstanden over kenniskaarten. Ik had in de praktijk vaak gezien en gehoord dat kenniskaarten niet werkten; dat er met veel moeite in een duur systeem kenniskaarten werden gevuld, waar vervolgens niemand meer naar omkeek." Gerhard kwam tot de conclusie dat dit in de praktijk vooral niet werkt als het nergens aan gerelateerd is; het moet een bepaald doel hebben. "Het doel van de kenniskaart bij het circuit Jeugd was niet wat bij andere bedrijven vaak het geval is: het elkaar kunnen vinden. Ons doel was het inzichtelijk maken van de kennis die in huis is. De kennis was namelijk niet geformaliseerd en geborgd en bleef bij de professional, waardoor die bij vertrek verloren ging. Daarnaast werd het portfolio van producten veelal bepaald door de min of meer toevallige samenstelling van wat de professionals aan kennis hadden. Ons doel was daarom om de aanwezige kennis in kaart te brengen, om vervolgens de koppeling met de zorgprogramma's te kunnen maken", vertelt Gerhard.

Circuit Jeugd is daarom gestart met een kennisinventarisatie, waarbij de kennis werd ingedeeld in drie soorten: beginners, gevorderden en specialisten. De teamleiders definieerden deze groepen en stelden hiervoor duidelijke criteria op. Vervolgens hebben alle medewerkers dit in een groepssessie ingevuld. "Een leuke exercitie," zegt Gerhard, "wat een helder overzicht opleverde van de kennisgebieden per professional."

Inrichten van teams per zorgprogramma

De volgende stap was de koppeling van de kennis aan de zorgprogramma's. Voor de koppeling plaats kon vinden zijn de programma's eerst opnieuw gedefinieerd en vervolgens is een traject gestart om de professionals aan de hand van hun kennis in te delen bij de programma's. Op voorhand werden hiervoor organisatorische randvoorwaarden gecreëerd. Dat betekende onder andere dat professionals zich moesten bekennen tot een (sub)specialisme. "Mijn uitgangspunt is dat een professional niet alle kennisgebieden kan omvatten", licht Gerhard toe. "Je kunt geen specialist zijn op heel veel gebieden." Alle professionals mochten daarom twee zorgprogramma's kiezen waar zij op basis van hun kennis, ambitie en persoonlijke voorkeur het beste tot hun recht zouden komen. Het eindresultaat was dat de professionals op basis van kennis en persoonlijke voorkeuren werden verdeeld over de programma's.

Inventarisatie gewenste kennis, gecombineerd met capaciteit

Toen de *aanwezige* kennis was geïnventariseerd kon ook de *gewenste* kennis in kaart worden gebracht – op basis van de profielen van de zorgprogramma's. Deze profielen zijn gebaseerd op een aantal uitgangspunten. Gerhard licht deze toe.

"Een zorgprogramma bestaat uit zogenaamde zorgpaden en een zorgpad bestaat uit alle activiteiten die een cliënt doorloopt; van de intake tot en met de behandeling. Een zorgpad is als het ware een norm, een professionele consensus over hoe je denkt dat een cliënt het beste behandeld kan worden. Wij werken volgens het *stepped care*-principe. Dat betekent dat je begint met de lichtste behandeling die de minste kosten met zich meebrengt en de hoogste effectiviteit heeft. Pas als dat niet werkt ga je volgende stappen toepassen. De zorgprogramma's moesten vertaald moeten worden naar dit stepped care-principe, wat betekende dat er een eerste keuze 'standaard' behandeling is die je in 80 procent van de gevallen kunt toepassen. Voor de overige 20 procent zul je een behandelplan op maat moeten maken. Je moet dus zorgen dat er meer professionals aanwezig zijn met kennis van de veelvoorkomende activiteiten en voor de meer specialistische behandelingen zal er specialistische kennis in huis moeten zijn." Het eerste doel was om de zorgprogramma's op te splitsen in standaard zorgpaden, om vervolgens de bijbehorende activiteiten in kaart te brengen. "Ik wilde per zorgprogramma een vertaling maken naar maximaal drie zorgpaden: licht, matig en ernstig", vertelt Gerhard. "Drie zorgpaden, waarin de cliënt van de intake tot en met de behandeling een vooraf helder gedefinieerd pad bewandelt." In intervisiebijeenkomsten is aan de professionals gevraagd wat deze zorgpaden inhouden. Hoeveel tijd kosten de activiteiten? Welke behandelvorm wordt aangeboden? Hoe ziet de instroom en de hoeveelheid cliënten eruit per zorgpad? En zijn de cliënten onder te verdelen in de categorieën licht, matig of ernstig?

"Door het goede niveau van kennis in te zetten, haal je betere resultaten"

Ook is aan de professionals de vraag voorgelegd welke kennis en welk *niveau* van kennis nodig is om de activiteiten uit te voeren. Daarbij werd ook gevraagd wat hierin de verhoudingen zouden moeten zijn; hoeveel beginners, hoeveel specialisten en hoeveel gevorderden zijn er nodig per zorgpad. De professionals kwamen uit op een verhouding van 5 – 3 – 2. "Professionals hebben de neiging te denken dat hoe hoger opgeleid iemand is en hoe meer ervaring iemand heeft, hoe beter het is", legt Gerhard uit. "Maar met de standaard zorgpaden is ongeveer 80 procent van de cliënten te bedienen en het werkt juist goed om mensen in te zetten die zich specifiek richten op deze standaard zorgpaden. De experts kunnen zich dan bezighouden met de 20 procent die buiten het protocol valt." Voor het circuit Jeugd kwamen er achttien standaard zorgpaden naar voren, waarmee het merendeel van de cliënten te behandelen is. De resultaten zijn verbluffend, vindt Gerhard. "Juist door het goede niveau van de kennis in te zetten haal je betere resultaten." De aanpak leverde een profiel op met benodigde kennis, waarin per activiteit werd aangeven hoeveel professionals op welk niveau kennis dienen te hebben van deze activiteit. Op basis van prevalentiecijfers kon vervolgens worden vastgesteld welke vraag er is naar welke zorgactiviteiten. Hierdoor werd duidelijk wat de gewenste *hoeveelheid* kennis is per zorgprogramma en kon in een aantal sessies een nieuwe teamindeling gemaakt worden.

Het kenniscapaciteitsmodel

Vervolgens werd het *kenniscapaciteitsmodel* ingezet: een model waarin alle elementen met elkaar werden verenigd: zowel de aanwezige en benodigde inhoudelijke kennis, als de capaciteit en de financiële aspecten (kosten, opbrengsten, tijdsbesteding, inhoud en aantallen cliënten). Dit model werd verder ingericht op basis van de eisen per zorgpad: hoeveel tijd is voor dit onderdeel nodig, welk type behandelaar is gewenst en over welke kennis moet deze behandelaar beschikken? Vervolgens zijn de financiële cijfers toegevoegd om inzichtelijk te maken wat de inkomsten en uitgaven per cliënt en per zorgprogramma zijn. En ten slotte zijn de instroomcijfers in het model verwerkt, waarin het aantal cliënten per jaar wordt gekoppeld aan de benodigde tijd van een hulpverlener. Het kenniscapaciteitsmodel legt hiermee de verbinding tussen het aantal cliënten, de kennis en capaciteit van de behandelaren en de kosten en baten van die behandeling.

Andere kennismanagementtoepassingen

Naast de invoering van het kenniscapaciteitsmodel, kent circuit Jeugd ook andere kennismanagementtoepassingen. Zo heeft Gerhard er bijvoorbeeld voor gezorgd dat professionals elkaar fysiek op een vast dagdeel in de week kunnen ontmoeten. Dit had Mathieu Weggeman hem ooit geadviseerd. “In deze bijeenkomsten vinden casuïstiekbesprekingen en intervisie plaats”, legt Gerhard uit, “Professionals bespreken hier de zorgprogramma’s, de landelijke richtlijnen en maken de vertaling naar de praktijk. In deze bijeenkomsten vindt ook de terugkoppeling plaats van congressen en vakliteratuur.” Grote succesfactor hierbij is volgens Gerhard dat alle bijeenkomsten op dezelfde dag zijn gepland, waardoor iedereen elkaar kan ontmoeten. “Je maakt pas echt gebruik van de kennis van elkaar, als je elkaar ook kent.”

HR

Kennis is vast onderdeel van het HR-management van GGZ Delfland. In de jaargesprekken worden afspraken gemaakt over ontwikkeling, inzet, de kwaliteit van het werk en de rol van de betreffende medewerker in het team. “Iemand die de hele dag met gesloten deur op z’n kamer zit en niets bijdraagt. . . dat wordt niet geaccepteerd; dat is niet de cultuur waarin we willen werken”, zegt Gerhard. In een jaargesprek met de medewerker worden deze afspraken vervolgens vastgelegd. Dit betekent dat op urgente kennistekorten ook maatregelen kunnen worden ingezet, zoals scholing en intervisie.

Cultuur

Het circuit Jeugd is een kleine divisie, waar mensen elkaar kennen. Kennis wordt vooral gedeeld in de intervisiebijeenkomsten, en junioren hebben een werkbegeleider/supervisor. Daarnaast vinden mensen elkaar binnen de zorgprogramma’s, waar veel in groepsverband wordt gedaan. Gerhard noemt ook nog de landelijke netwerken, waar professionals met de meest recente kennis worden gevoed. Andere manieren voor het ontwikkelen en delen van kennis zijn het bezoeken van congressen, het onderhouden van netwerken, het lezen van vakliteratuur en de GGZ-opleidingen. Iedere medewerker mag één dag per jaar naar een congres.

“Koffie drinken met elkaar wordt niet gestimuleerd; ze moeten wel patiënten zien”

"Het vak bijhouden moet iedereen verder in zijn eigen tijd doen", aldus Gerhard. "En koffie drinken met elkaar wordt zeker niet gestimuleerd; ze moeten wel patiënten zien." Wel kunnen medewerkers bij Gerhard een verzoek indienen om een studie- of beleidsdag te mogen organiseren: 1 procent van de omzet is gereserveerd voor opleidingen. Daarnaast heeft Jeugd drie opleidingsplaatsen, voor GGZ-psychologen en een psychotherapeut in opleiding. En diverse medewerkers volgen opleidingen waarvan de werkgever een deel in tijd en geld vergoedt.

Het kenniscapaciteitsmodel in de praktijk

In oktober 2008 is een sessie gedaan waarin het kenniscapaciteitsmodel werd toegepast op het dagelijkse werk. Samen, als team, werd tijdens de sessie ter plekke de kennis- en capaciteitsplanning gemaakt. Op een poster was zichtbaar gemaakt wat het verwachte aantal cliënten per zorgpad is. De medewerkers verdeelden vervolgens zelf hun beschikbare uren over het verwachte aantal cliënten, rekening houdend met hun eigen kennisniveau. "Daarmee werd inzichtelijk dat we een groot capaciteitsprobleem hebben binnen bepaalde programma's en dat sommige programma's juist overcapaciteit hadden", zegt Gerhard. "Geen optimale verdeling en dus: herverdelen." De professionals werd gevraagd om dit onderling op te lossen; de cliënten efficiënter verdelen door letterlijk te schuiven met elkaars kennis en capaciteit. Na de verschuiving ontstond een optimale verdeling; de juiste mensen op de juiste plaats. Ook maakte het model de kennisbehoefte inzichtelijk, waardoor er gericht actie kon worden ondernomen op het gebied van werven, opleiden en rouleren van professionals. "Er bleek bijvoorbeeld een kennistekort op een bepaald gebied, waarvoor we een extra opleidingsplaats hebben gecreëerd voor een GGZ-psycholoog. En we hebben een aantal senioren aangetrokken om te zorgen dat de verhouding weer in balans kwam", vertelt Gerhard.

De voordelen

De aanpak heeft verschillende voordelen voor de organisatie opgeleverd. Met het kenniscapaciteitsmodel is het gelukt om de aanwezige kennis beter te delen, de capaciteitsproblemen inzichtelijk te maken én gezamenlijk op te lossen, en de ontbrekende kennis sneller in huis te halen. "De vraag welke kennis in huis moet zijn om de best mogelijke zorg te verlenen vormt nu een logisch onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden", aldus Gerhard. Ook op financieel gebied zijn er voordelen, doordat het model inzicht geeft in hoe winstgevend of verliesdraaiend een zorgpad is. Dit geeft ook een betere onderbouwing van investeringen naar de verzekeraar, Raad van Bestuur en de professionals. Daarnaast wordt er efficiënter gewerkt door de standaardisatie die is toegepast. Juist voor de cliënten heeft deze aanpak voordelen, zegt Gerhard. "Zij krijgen een duidelijker en afgebakend aanbod – ons aanbod is transparanter en geen black box meer." Inmiddels blijkt uit een recent onderzoek onder cliënten (najaar 2008) dat de tevredenheid met sprongen vooruit is gegaan: dit betreft zowel aspecten als bejegening als effectiviteit van de behandeling.

Het leuke van het kenniscapaciteitsmodel is volgens Gerhard ook dat de werelden van de bedrijfsvoering en de professionals weer bij elkaar zijn gebracht. Doordat de professionals hun eigen capaciteit verdelen, is er een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliëntenstroom ontstaan. En de insteek op het vakmanschap en de deskundigheid van de professionals heeft een attitudeverandering teweeggebracht. "De medewerkers zijn veel meer tevreden en vinden hun vak leuker", vertelt Gerhard. "Een van de grote behoeften van de professionals is

om zelf sturing te kunnen geven aan het primaire proces. Door de andere indeling is dit sterk verbeterd: nu is er in 80 procent van de gevallen sprake van integrale verantwoordelijkheid van het hele proces, waardoor het mogelijk is dat de cliënt van aanmelding tot en met de afsluiting door dezelfde behandelaar wordt geholpen.“ En ook de specialisatie werkt veel bevredigender, vindt Gerhard. “De professionals hoeven niet alles zelf te weten en bij te houden, maar kunnen zich richten op hun eigen ambities en specialisaties. Ze hebben meer zeggenschap over hun werk, meer sturingsmogelijkheden en meer grip op hun eigen kennisontwikkeling. Ook de intervisie wordt bijvoorbeeld erg gewaardeerd, en de verdieping die hier uit voortvloeit.” Een ander voordeel is de versnelling die in programma’s doorgevoerd kon worden, doordat er nu zicht is op de hoeveelheid klanten en de hoeveel capaciteit die nodig is om de klantenstroom te behandelen. Hierdoor kan alles van tevoren door de zorgadministratie worden ingepland, waardoor programma’s logistiek efficiënter ingericht konden worden. “Voor een van de zorgprogramma’s werd aan een teamleider gevraagd om – samen met het team – met een oplossing te komen om het diagnostiekproces van dat programma te versnellen. Zij kwamen met een voorstel van diagnose (intake en advies) op één dag. Waar het proces anders een doorlooptijd had van zes weken, kan de diagnose nu in één dag worden vastgesteld”, zegt Gerhard.

Toekomst

Evaluaties

Naast het gericht inzetten van beschikbare kennis is ook het stelselmatig meten, terugkoppelen en verbeteren van resultaten van groot belang. Gerhard geeft aan dat deze evaluaties nog een zwak punt zijn van het circuit Jeugd. “Een speerpunt voor volgend jaar. Het is essentieel dat in het behandelplan al wordt opgenomen wat de cliënt kan verwachten: hoe lang het duurt, wat we gaan doen, hoeveel zittingen het kost en wat de cliënt mag verwachten aan verbetering. Vervolgens moet er een moment ingebouwd worden wanneer we samen kijken of we dat ook bereikt hebben.” En Gerhard ziet op dit gebied ook een verbetering voor de interne organisatie. “Ook hier zullen we de *PDCA* (Plan-Do-Check-ACT) cyclus moeten toepassen. Meten en verbeteren: wat hebben we gedaan en hoe spoort dat met het zorgpad? En daar waar het afwijkt: waarom?”

“Speerpunt voor 2009: evaluaties”

Blijven bijhouden & uitrol

De vergelijking tussen de aanwezige en de benodigde kennis zal regelmatig gemaakt moeten blijven worden. Dit blijft in ontwikkeling en is afhankelijk van vele invloeden zoals de strategie van de organisatie, nieuwe kennis die is ontstaan en wijzigingen in de personeelsbezetting. Vanwege het succes van het kenniscapaciteitsmodel voor circuit Jeugd zal dit naar verwachting verder uitgerold gaan worden binnen GGZ Delfland.

Dus…

De organisatieverandering en herindeling van de organisatie is ingezet vanuit de deskundigheid van de medewerkers. Na het in kaart brengen van de aanwezige kennis van de professionals en de benodigde kennis is het kenniscapaciteitsmodel ingezet, waarin alle elementen met elkaar werden verenigd: zowel de inhoudelijke kennis, als de capaciteit en de financiële

aspecten. Dit model heeft vele voordelen opgeleverd, zowel voor de professionals als voor het management en de cliënten.
Juist door deze herinrichting te baseren op de kennis en kunde van de professionals en het kenniscapaciteitsmodel in te zetten, kan meer kwaliteit en samenhang worden geboden.
Voor het circuit Jeugd zal de in de toekomst de vergelijking tussen de aanwezige en de benodigde kennis regelmatig gemaakt blijven worden. Vanwege het succes van het model zal dit naar verwachting verder uitgerold gaan worden binnen GGZ Delfland.

1 www.provenresense.nl