



university of
groningen

faculty of behavioural
and social sciences

**Een onderzoek naar implementatie van een screeningsinstrument voor complexe
problematiek binnen een GGZ-instelling.**

Naam student: R. Brouwer (s3228142)

Eerste beoordelaar: Prof. Dr. A. Lichtwarck-Aschoff

Tweede beoordelaar: Dr. D. van Bergen

Masterthese Pedagogische Wetenschappen, track Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Datum: 15-01-2023

Aantal woorden: 10999 (excl. literatuurlijst en bijlagen)

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract.....	4
Inleiding.....	5
Methode	8
Deelnemers	8
Procedure	10
Instrumenten	11
Screeningsinstrument	11
Interviews	13
Data-analyse	13
Resultaten	14
Stap 1. Probleemanalyse.....	14
Literatuuronderzoek	15
Ervaring van de behandelaren	16
Stap 2. Doelstelling	18
Ervaring van de behandelaren	19
Stap 3. Methode en implementatiestrategie.....	23
Literatuuronderzoek	23
Ervaring van de behandelaren	24
Discussie.....	27
Reflectie op de resultaten & aanbevelingen	27
Limitaties en sterke punten van het onderzoek & vervolgonderzoek	31
Literatuurlijst	33
Bijlage A.....	39
Bijlage B.....	41

Samenvatting

Volwassenen met complexe problematiek worden veelal van het kastje naar de muur gestuurd, mede doordat de complexiteit de behandeling bemoeilijkt. Hierdoor stagneert mogelijk de uitstroom van cliënten. Bovendien zijn de wachtlijsten voor de GGZ enorm. Binnen GGZ-instelling X is opgemerkt dat trajecten waarbij sprake is van complexe problematiek mogelijk een te lange behandelduur hebben. Om dit probleem te verhelpen is een screeningsinstrument ontwikkeld en deels geïmplementeerd. ‘Implementation Mapping’ is een methode die ervoor is gemaakt gestructureerd een interventie te ontwikkelen en implementeren. Het eerste doel van het onderzoek was middels Implementation Mapping zicht te krijgen op het implementatieproces binnen de GGZ-instelling. Het tweede doel was om de GGZ-instelling concrete aanbevelingen te bieden om het implementatieproces te verbeteren. Tien behandelaren van de GGZ-instelling hebben deelgenomen aan het onderzoek. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews en literatuuronderzoek is uitgevoerd. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd. Vervolgens zijn drie van de vijf stappen van Implementation Mapping uitgewerkt aan de hand van de literatuur en ervaring van de behandelaren. Er is gebleken dat de probleemstelling, zoals geformuleerd door de GGZ-instelling, en de doelstelling van het screeningsinstrument werden ondersteund. Uit de ervaring van de behandelaren kwam naar voren dat de complexiteit van de problematiek toch niet volledig wordt achterhaald middels het screeningsinstrument. Vervolgonderzoek kan zich richten op het uitwerken van alle vijf stappen van Implementation Mapping, waarbij de praktijk en Implementation Mapping gelijk op lopen. Wanneer in de praktijk het probleem wordt geconstateerd, zal Implementation Mapping direct ingezet dienen te worden.

Abstract

Adults with complex problems are often sent from pillar to post, partly because the complexity makes treatment more difficult. As a result, the outflow of clients may stagnate. Moreover, the waiting lists for mental health care are enormous. It was noted within mental health care institution X that the treatment duration of cases involving complex problems may be too long. A screening instrument has been developed and partly implemented to solve this. 'Implementation Mapping' is a method that is designed to develop and implement an intervention in a structured way. The first goal of the study was to gain insight into the implementation process within the mental health care institution by means of Implementation Mapping. The second goal was to provide the mental health care institution with recommendations to improve the implementation. Ten professionals from the mental health care institution participated in the study. Semi-structured interviews were used and literature has been researched. The interviews were transcribed and coded. Subsequently, three of the five steps of Implementation Mapping have been elaborated on by literature and experience of the professionals. It appeared that the problem, formulated by the mental health care institution, and the objective of the screening instrument were endorsed. The professionals have shown that the complexity of the problems is not fully identified by the screening instrument. Follow-up research can focus on elaborating all five steps of Implementation Mapping, whereby practice and Implementation Mapping run parallel. When the problem is found in practice, Implementation Mapping should be used immediately.

Inleiding

Cliënten met complexe problemen, het is geen onbekend fenomeen in de GGZ. Het zijn volwassenen die regelmatig van het kastje naar de muur worden gestuurd (Tak, 2020). Daarnaast is inmiddels heel inwonend Nederland bekend dat de wachtlijsten voor de GGZ enorm zijn. In december 2021 wachtten 85.000 mensen op hulp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). De behandelwachtijden stijgen bovendien tot op heden (Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Dit is de realiteit waar ook GGZ-instelling X, gevestigd in Groningen en Friesland, mee te maken heeft.

Lange wachtijden zijn klaarblijkelijk problematisch en moeten verkort worden in het belang van mensen met psychische problemen. Uit onderzoek van Rens et al. (2021) blijkt dat de wachttijd onder andere een negatieve invloed heeft op de behandelmotivatie. Hiermee in lijn blijkt uit onderzoek van Munasinghe et al. (2021) dat een langere wachttijd een verhoogd risico geeft op het vroegtijdig beëindigen van de behandeling. Het lange wachten kan er zelfs voor zorgen dat de behandeling überhaupt niet wordt opgestart (Marshall et al., 2016). Bovendien verergert de lijdensdruk doordat de cliënt langer op noodzakelijke hulp moet wachten (Reichert & Jacobs, 2018). Maatschappelijk gezien is het dus van groot belang om (verder) te onderzoeken hoe dit probleem idealiter verholpen, realistisch verminderd kan worden. Een mogelijkheid om wachtijden te verkorten is om er zorg voor te dragen dat mensen zo snel mogelijk bij de juiste GGZ-instelling en de juiste behandelaar terecht komen.

De wachtlijsten bestaan veelal uit mensen waarbij sprake is van complexe problematiek. Hiervan is sprake wanneer zich problemen voordoen op meerdere leefgebieden (zoals financiën, sociaal netwerk, ingrijpende gebeurtenissen, dagbesteding, e.d.) en het betreft veelal mensen waarbij meerdere aandoeningen tegelijkertijd voorkomen; comorbiditeit (Brinkman et al., 2018). Er is daarnaast niet altijd direct duidelijk dat er sprake is van comorbiditeit, waardoor de focus mogelijk op de verkeerde problematiek ligt. Het kan zo zijn dat een diagnose die later aan het licht komt de voorgaande diagnose(s) verklaard; de kenmerken van de eerdere diagnose(s) worden dan veroorzaakt door de laatst gestelde diagnose (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 2021).

Binnen GGZ-instelling X werd opgemerkt dat deze zorgtrajecten van volwassenen waarbij sprake is van complexe problematiek mogelijk een te lange behandelduur hebben. Deze groep zorgt er ten dele voor dat de lange wachtijden in stand worden gehouden doordat de uitstroom stagneert en de instroom gelijk blijft (Hellenbrand et al., 2007). De signalering, betreft de mogelijk te lange behandelduur bij trajecten met complexe problematiek, heeft geresulteerd in de aanstelling van een werkgroep. De werkgroep heeft een

screeningsinstrument ontwikkeld voor intern gebruik en het WIJ-team. Doel van dit screeningsinstrument is om aan de voordeur beter te kunnen inschatten of er sprake is van complexe problematiek en zo de afweging te kunnen maken of GGZ-instelling X de meest passende hulp kan bieden aan een cliënt. Dit screeningsinstrument wordt tot op heden het ‘duageformulier’ genoemd. Middels het screeningsinstrument wordt onder andere gekeken of er sprake is van enkelvoudige of complexe problematiek in één of meerdere situaties. Op deze manier wordt er geprobeerd voorafgaand aan de behandeling een betere inschatting te kunnen maken of de cliënt het meest gebaat is bij hulp binnen GGZ-instelling X of binnen een andere GGZ-instelling.

Het screeningsinstrument en de bijbehorende nieuwe werkwijze is momenteel (deels) geïmplementeerd. Het onderzoek dat voor u ligt zal zich richten op het implementatieproces van het screeningsinstrument in de praktijk van een GGZ-instelling. Om zicht te krijgen op het implementatieproces en aanbevelingen te kunnen formuleren om de implementatie te verbeteren, wordt er gebruik gemaakt van ‘Implementation Mapping’ (hierna aangeduid met IM), wat is ontwikkeld vanuit ‘Intervention Mapping’. Intervention Mapping is een methode voor het systematisch ontwikkelen van interventies en/of het aanpassen van bestaande effectieve interventies zodat deze geschikt zijn voor bijvoorbeeld een andere doelgroep (Bartholomew Eldredge et al., 2016). De methode bestaat uit zes stappen die resulteren in een geïmplementeerde interventie. Stap 5 van Intervention Mapping heeft als kerntaak het vormen van een implementatieplan en bepalen van de factoren die van invloed zijn op implementatie. Deze stap is de basis van IM, waarin deze stap wordt uitgebreid.

IM kan beschouwd worden als een stappenplan voor het implementeren van een interventie, in de breedste zin van het woord. De doelstelling van IM is de ‘research-to-practice-gap’ te verkleinen en idealiter op te lossen (Fernandez et al., 2019). Met de research-to-practice gap wordt een kloof tussen onderzoek en praktijk bedoeld waarbij innovaties en nieuw opgedane kennis vanuit de wetenschap onvoldoende in de praktijk, van o.a. de hulpverlening, worden gebracht (Forman & Barakat, 2011). Implementatiemethodes kunnen eraan bijdragen deze kloof te verkleinen door wetenschappelijke kennis op een gestructureerde manier in de praktijk te verwerken. IM wordt dan ook in samenwerking met de praktijk uitgevoerd.

IM wordt doorlopen in vijf stappen (Fernandez et al., 2019). De eerste stap (1) is het maken van een *probleemanalyse* welke resulteert in een probleemstelling. In deze stap wordt duidelijk waarom wordt besloten een interventie in te zetten of te ontwikkelen, maar ook wie erbij betrokken zijn; wie zorgt er voor het goedkeuren van de interventie en implementatie en

wie zal de interventie in de praktijk ten uitvoer brengen. Deze stap is zeer van belang aangezien het evident maakt waarom verandering plaats moet vinden. Voor welk probleem in de praktijk wordt er daadwerkelijk een oplossing gezocht? Wat is prioriteit? In de volgende stap (2) wordt de *doelstelling* bepaald; wat zijn de gewenste resultaten van de interventie, wat zijn doelen betreft de implementatie en wat zijn de doelen die zorgdragen voor de handhaving van het programma of de interventie. Daarnaast wordt er gekeken naar welke factoren invloed hebben op de implementatie. In stap 3 wordt er een passende *methode* of oplossing, voor het in stap 1 geformuleerde probleem, gekozen. Daaropvolgend wordt een *implementatiestrategie* gekozen om de methode of oplossing ten uitvoer te brengen. Stap 4 is het opstellen van een *implementatieplan*. In dit plan kunnen het doel van de methode of oplossing, factoren die van invloed zijn en theoretische onderleggingen worden benoemd. De laatste stap (5) is het *evalueren* van de resultaten van het implementeren van de interventie. Belangrijk hierbij te vermelden is dat IM een iteratief proces is. Het is waarschijnlijk dat er tijdens het doorlopen van de stappen blijkt dat er in een vorige stap iets ontbreekt. Daarom is het is ten alle tijden mogelijk om terug te gaan naar de eerder doorlopen stappen om deze nogmaals te overzien en (nog) gedetailleerder uit te werken.

Aan de hand van de stappen van IM zal in dit onderzoek worden gereflecteerd op het implementatieproces van het screeningsinstrument binnen GGZ-instelling X. Het eerste doel van het onderzoek is dan ook om middels IM zicht te krijgen op het implementatieproces van de GGZ-instelling. Het tweede doel is om de GGZ-instelling concrete aanbevelingen te bieden betreft verbetering van het implementatieproces. Om deze doelen te realiseren, staat de volgende vraag centraal: “Hoe verloopt de implementatie van het ‘duageformulier’ binnen GGZ-instelling X ten opzichte van de methode Implementation Mapping?”. Om de hoofdvraag te beantwoorden, wordt literatuuronderzoek uitgevoerd en worden beleidsmedewerkers en behandelaren van de GGZ-instelling geïnterviewd. Uit de hoofdvraag komen deelvragen voort, welke aan de hand van de eerste drie stappen van IM zijn geformuleerd. De eerste drie stappen zijn dan ook leidend voor het onderzoek. De deelvragen zijn de volgende: (1) “In hoeverre wordt de probleemstelling, over zorgtrajecten waarbij sprake is van complexe problematiek die mogelijk een te lange behandelduur hebben, geformuleerd door GGZ-instelling X, ondersteund door de literatuur en de ervaring van de behandelaren?”, (2) “In hoeverre wordt de doelstelling van GGZ-instelling X ondersteund door de ervaring van de behandelaren?” en (3) “In hoeverre worden de methode en implementatiestrategie ondersteund door de literatuur en de ervaring van de behandelaren?”. Door het beantwoorden van de hoofdvraag en bijbehorende deelvragen

krijgt de praktijk (een GGZ-instelling) kennis over wetenschappelijk onderzoek (IM) en de waarde hiervan, om zo de research-to-practice gap te verkleinen. De conclusie en aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien, kunnen daarnaast richting geven aan vervolgonderzoek naar implementatie.

Na de methode, waarin beschreven wordt hoe het proces van het onderzoek is verlopen, wordt ingegaan op de resultaten. Hier worden de eerste drie van de vijf stappen van IM uitgewerkt, aan de hand van zowel de literatuur als de ervaring van de behandelaren. De overeenkomsten en verschillen tussen beide worden in de discussie besproken. Daarnaast worden concrete aanbevelingen gegeven voor de GGZ-instelling. Stap 4 en 5 van IM worden, volledig gebaseerd op de literatuur, voor de compleetheid aangestipt in de discussie. Bovendien wordt in de discussie gereflecteerd op de limitaties en sterke punten van het onderzoek en worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek aangedragen.

Methode

Deelnemers

De onderzoeksgroep bestond uit tien behandelaren binnen GGZ-instelling X, welke allemaal (onder andere) werkzaam zijn binnen de volwassendoelgroep. Karakteriserend voor de werkwijze van de GGZ-instelling is dat iedere medewerker cliënten behandelt. Primair is iedereen behandelaar, secundair worden andere functies en werkzaamheden uitgevoerd. De deelnemers zijn in eerste instantie door middel van ‘critical case sampling’ geworven (Etikan et al., 2016). Deze medewerkers hebben namelijk allen specifieke kenmerken die van belang zijn om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden; ze zijn allen werkzaam binnen de volwassendoelgroep en hebben in meer of mindere mate ervaring met het screeningsinstrument. Binnen de groep medewerkers die aan deze voorwaarden voldoet, is een oproep geplaatst vanuit de begeleider (van de GGZ-instelling) met de vraag wie open staat voor deelname aan het onderzoek; ‘convenience sampling’. De oproep heeft geresulteerd in tien deelnemers met diverse kenmerken.

De kenmerken van de deelnemers zijn in kaart gebracht door middel van de introductievragen uit de interviews. In Tabel 1 en 2 zijn respectievelijk de taken en werkzaamheden, en functies opgenomen. Het is veelal zo dat de deelnemer er meerdere taken en werkzaamheden op na houdt, wat in Tabel 1 de totaalrequentie (25) verklaart. Een aantal taken en werkzaamheden behoeven extra uitleg. Zo heeft de werkgroep volwassenpsychiatrie zich samen met het managementteam beziggehouden met het ontwikkelen van het screeningsinstrument. Het managementteam ontwikkelt de visie, bepaalt het beleid en brengt

dit ten uitvoer. De leden van de belteams nemen de zogeheten ‘informatietelefoontjes’ aan van mogelijke nieuwe cliënten, waaronder volwassenen. De inhoud en werkwijze van deze ‘informatietelefoontjes’ worden toegelicht onder ‘Screeningsinstrument’. In Tabel 3 is de werkervaring van de medewerkers opgenomen. Alle deelnemers hebben ervaring met complexe problematiek, maar er zit aanzienlijke variatie in het aantal jaren werkervaring.

Tabel 1

Taken en werkzaamheden deelnemers

Taken/werkzaamheden	Frequentie
Behandelaar	10
Belteam	5
Managementteam	5
Werkgroep volwassenenpsychiatrie	4
Ondernemingsraad	1
Totaal	25

Tabel 2

Functie deelnemers

Functie	Frequentie
GZ-psycholoog	3
Orthopedagoog	3
Klinisch psycholoog	1
Orthopedagoog-generalist	1
Psychiater	1
Psycholoog	1
Totaal	10

Tabel 3

Werkervaring deelnemers binnen GGZ-instelling X

Deelnemer	Ervaring in jaren
Deelnemer 1	15
Deelnemer 2	9
Deelnemer 3	14

Deelnemer 4	2.5
Deelnemer 5	24
Deelnemer 6	13
Deelnemer 7	4
Deelnemer 8	2
Deelnemer 9	13
Deelnemer 10	Onbekend *

* De werkervaring is in dit interview niet specifiek uitgevraagd. De deelnemer heeft aangegeven ‘heel lang’ werkzaam te zijn binnen GGZ-instelling X.

Procedure

Er hebben tien semigestructureerde interviews plaatsgevonden. De structuur die hierdoor geboden wordt, zorgde voor focus op de onderzoeksvraag. Doordat het niet volledig was gestructureerd was er ruimte voor in- en aanvulling van de deelnemers, wat ook reden is voor de veelal open vragen. De interviews zijn door twee studenten uitgevoerd, welke beide betrokken waren met een individueel onderzoek. Door het afnemen van de interviews gezamenlijk te doen, kon de aandacht worden verdeeld tussen het aanhouden van de leidraad en opmerken wanneer doorvragen van belang was. Ook zijn er aantekeningen gemaakt voor het geval dat er een probleem ontstond in de ruwe data.

De interviews hadden een duur van circa 60 minuten en vonden grotendeels plaats op de locatie van GGZ-instelling X. Drie deelnemers konden niet fysiek aanwezig zijn vanwege COVID-19 of praktische redenen. Eén deelnemer gaf door persoonlijke redenen de voorkeur aan het afnemen van het interview in de avonden, buiten de openingstijden van GGZ-instelling X. De andere deelnemer had door andere werkzaamheden tijdgebrek. Deze drie interviews zijn online afgenomen met behulp van het programma ‘Mobiléa beeldzorg’. Tijdens de fysieke interviews was het screeningsinstrument beschikbaar om te raadplegen.

Voorafgaand aan de interviews heeft elke deelnemer een toestemmingsverklaring getekend. Hierbij is nadrukkelijk benoemd dat de deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is en de toestemming ten alle tijden mag worden ingetrokken.

De interviews zijn opgenomen met behulp van spraakrecorders, welke eigendom zijn van GGZ-instelling X. Na elk interview is de ruwe data direct op de beveiligde omgeving van de Rijksuniversiteit Groningen (hierna aangeduid met RUG), de UWP-werkplek, geplaatst om de privacy van de deelnemers te kunnen waarborgen. Na het afronden van alle interviews zijn

de recorders leeggehaald door een medewerker van de GGZ-instelling. De ruwe data zijn omgezet in transcripten. Dit is uitgevoerd op de persoonlijke laptops van de studenten via de UWP-werkplek. De transcripten zijn zoveel mogelijk geanonimiseerd vanwege de privacy van de deelnemers. Deze geanonimiseerde transcripten worden vijf jaren bewaard op de beveiligde omgeving van de RUG.

De data verkregen uit de interviews zijn in combinatie met literatuuronderzoek basis geweest voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De eerste drie stappen van IM zijn uitgewerkt aan de hand van zowel de literatuur als de ervaring van de behandelaren. De uitkomsten van de beide invalshoeken zijn geanalyseerd en met elkaar vergeleken (zie ‘Data-analyse’).

Instrumenten

Screeningsinstrument

Eén van de hoofdonderwerpen van dit onderzoek is het ‘duageformulier’. ‘Duageformulier’ is de eerst gehanteerde naam van het screeningsinstrument. Echter, de instelling is hierop teruggekomen, de naam impliceert immers dat er slechts twee opties zijn; de problematiek is té complex en de cliënt wordt niet onder behandeling genomen, of het is niet te complex en de cliënt wordt wel onder behandeling genomen. Dit sluit niet aan bij de visie van GGZ-instelling X, waardoor ervoor is gekozen het vanaf heden aan te duiden met ‘het screeningsinstrument’. De GGZ-instelling heeft het screeningsinstrument ontwikkeld om aan de voordeur beter te kunnen inschatten of er sprake is van complexe problematiek en zo de afweging te kunnen maken of de GGZ-instelling de meest passende hulp kan bieden aan een cliënt. De ontwikkeling van het screeningsinstrument is op een informele wijze tot stand gekomen. In het vervolg zal de werkwijze, opbouw en inhoud van het screeningsinstrument worden verhelderd.

Het screeningsinstrument wordt ingezet bij het aannemen van ‘informatiëlefoontjes’. Deze informatiëlefoontjes hebben in eerste instantie de functie vragen van de mogelijke nieuwe cliënt (over bijvoorbeeld het behandelaanbod of de werkwijze van GGZ-instelling X) te beantwoorden. Medewerkers die in een ‘belteam’ zitten, dragen hier zorg voor. Het is ofwel het geval dat zij de persoon in kwestie spreken ofwel iemand die hem/haar ondersteund, zoals een huisarts of iemand uit zijn/haar omgeving. Wanneer tijdens het gesprek blijkt dat de volwassene zich wil aanmelden voor behandeling binnen GGZ-instelling X wordt het screeningsinstrument afgenomen. Nagenoeg het gehele formulier wordt ingevuld op basis van

de respons van de volwassene. Het derde inhoudelijke gedeelte van het formulier wordt door de behandelaar ingevuld, wat later zal worden verduidelijkt. Er zijn ook enkele leden van het belteam die cliënten bellen die reeds op de wachtlijst staan, en dus al zijn aangemeld. De cliënten die op de wachtlijst staan worden gebeld om te kijken of er sprake is van urgentie, gezien de enorme wachttijden voor de GGZ voor volwassenen. Het formulier wordt dan op dezelfde wijze ingezet. Belangrijk om extra te benadrukken is dat het formulier slechts wordt ingezet wanneer het een volwassen cliënt betreft. Het formulier wordt dus niet gebruikt wanneer het een mogelijke nieuwe minderjarige cliënt betreft.

Het formulier is puntsgewijs opgebouwd (zie Bijlage A) en wordt grotendeels ingevuld op basis van de input van de cliënt. Allereerst worden algemene gegevens uitgevraagd, zoals naam, geslacht, verzekering e.d. Het eerste inhoudelijke gedeelte richt zich op de hulpvraag, de leefgebieden en situaties waarin de problematiek zich voordoet. Er worden twaalf leefgebieden genoemd welke ten dele worden besproken. Het leefgebied wat onderwerp is van de hulpvraag wordt als eerst uitgevraagd. Daaropvolgend gebieden die hier dichtbij liggen of aan kunnen worden gerelateerd. Leefgebieden die op dit formulier staan zijn respectievelijk: wonen, financiën, lichamelijke gezondheid, levensbeschouwing/zingeving, dagbesteding, sociale contacten, psychische gezondheid/verslavingsklachten, pedagogisch functioneren, relatie/(ex)partner, praktisch functioneren, ingrijpende gebeurtenissen, huiselijk geweld/veiligheid en vrijetijdsbesteding. Daarnaast is er ruimte om dit aan te vullen met een leefgebied die niet specifiek is opgenomen in het formulier. Het eerste inhoudelijke gedeelte van het formulier heeft als functie het doel van de behandeling helder te krijgen.

Het tweede inhoudelijke gedeelte richt zich voornamelijk op helpende factoren van een behandeling, waaronder 'eerdere hulpverlening'. Hierbij wordt uitgevraagd of iemand eerder hulpverlening heeft ontvangen voor dezelfde of een andere hulpvraag. Wanneer iemand al eerder onder behandeling is geweest, wordt uitgevraagd wat heeft gewerkt en wat niet. Naast de eerdere hulpverlening worden ook krachten, waarmee sterke kanten of kwaliteiten worden bedoeld, en het netwerk besproken.

Het derde inhoudelijke gedeelte focust zich op de 'duage'. De behandelaar maakt op basis van de informatie van de cliënt een inschatting of er sprake is van enkelvoudige of complexe problematiek in een enkelvoudige of complexe situatie. Eveneens wordt daarbij geprobeerd te voorspellen of 1 uur behandeling per week afdoende is. Vanwege de zorgverzekeringen en behandelsetting is dit namelijk de tijd waarin de behandeling in principe dient plaats te vinden. Als laatst wordt beoordeeld of er sprake is van een uitzonderlijke situatie waarin op korte termijn hulp noodzakelijk is.

Interviews

De procedure betreft de afname van de interviews is eerder besproken onder 'Procedure'. Hier zal de inhoud van de interviews worden toegelicht. De interviews zijn afgenomen met behulp van een interviewleidraad (zie Bijlage B). Deze leidraad is concreet in drie delen opgebouwd. Het interview is ingeleid met een introductie van het doel van het interview. In deze introductie is een probleemschets aan de deelnemers voorgelegd, namelijk dat door GGZ-instelling X is geconstateerd dat zorgtrajecten van volwassenen met complexe problematiek mogelijk een te lange behandelduur hebben. Hierop volgend is een gesloten vraag gesteld om een eenduidig beeld te verkrijgen over de herkenning en erkenning van dit probleem. De gesloten vraag was de volgende: "Voordat we echt aan het interview gaan beginnen, herkent u het probleem wat we zojuist hebben geschetst?". Op basis van de respons van de deelnemer is er ofwel doorgevraagd ofwel voortgezet met de leidraad. De leidraad vervolgd met introductievragen over functie, werkzaamheden, eerdere werkervaring etc. Nadat er een beeld van de deelnemer is geschetst, gaat de leidraad over naar het onderwerp 'screeningsinstrument'. Deze vragen hadden als doel inzichtelijk te krijgen of de deelnemer kennis van het screeningsinstrument heeft, wanneer hij/zij het inzet en wat de ervaringen zijn met het gebruik ervan. Het laatste deel betreft risicovolle zorgtrajecten, wat is ingeluid met de vraag "Wat kenmerkt een risicovol zorgtraject?". Daarna is er steeds gericht gevraagd naar de kennis over en ervaring met risicovolle zorgtrajecten. Belangrijk te benoemen is dat met risicovolle zorgtrajecten trajecten worden bedoeld waarbij sprake is van complexe problematiek.

Data-analyse

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn de eerste drie stappen van IM uitgewerkt aan de hand van zowel de literatuur als de ervaring van de behandelaren. Hieronder wordt beschreven op welke manier de data is verwerkt en geanalyseerd.

De informatie uit het literatuuronderzoek is verkregen middels verscheidene databases, welke door de RUG worden aangeboden. De volgende databases zijn het meest geraadpleegd: 'APA PsycInfo', 'ERIC', 'SocINDEX' en 'Smartcat'. In de databases zijn zoektermen als 'mental health care', 'complex mental health care', 'screening', 'triage', 'assessment', 'complex psychological problems', 'comorbidity', 'co-occurring disorders', 'treatment duration', 'treatment delay' en 'waiting list' toegepast. Deze termen zijn zowel afzonderlijk als in combinatie met elkaar gebruikt.

De informatie uit de interviews is allereerst getranscribeerd. Dit is verdeeld onder de twee studenten; elk van hen heeft vijf interviews voor haar rekening genomen. De ruwe data zijn vervolgens gecodeerd. Eerst is één interview door beide onderzoekers afzonderlijk open gecodeerd. De voor de onderzoeksvraag relevante respons van de deelnemers is gelabeld met een code. Dit heeft geresulteerd in een codeboek in Excel. Dit codeboek heeft zich ontwikkeld naarmate er meer interviews zijn gecodeerd. Op het moment dat er een nieuwe code is ontstaan, zijn alle voorgaande interviews nogmaals doorgenomen. Nadien zijn de interviews axiaal gecodeerd. Op deze manier zijn bijvoorbeeld de ervaringen met het screeningsinstrument onderverdeeld in de hoofdcodes ‘verbetermogelijkheden’ en ‘kwaliteiten’. Wanneer de deelnemer een beeld schetste over verbeterpunten van het screeningsinstrument, is dit stuk tekst gelabeld met ‘verbetermogelijkheden’. Vanuit de interviews met de behandelaren kwam naar voren dat de verbetermogelijkheden zich op drie vlakken bevonden; ‘gebruiksgemak’, ‘inhoud’ en ‘implementatie’. Dit zijn de drie subcodes van ‘verbetermogelijkheden’, deze subcodes zijn verder gespecificeerd in subsubcodes. Zo is ‘gebruiksgemak’ verder opgesplitst in ‘hoeveelheid’, ‘werkruimte’ en ‘minder dynamisch/spontaan’. Op eenzelfde manier zijn alle codes in het codeboek opgebouwd.

De codes zijn gekoppeld aan de eerste drie stappen van IM, te weten ‘probleemanalyse’, ‘doelstelling’ en ‘methode en implementatiestrategie’. Tevens is de literatuur bestudeerd aan de hand van dezelfde stappen van IM. De verkregen informatie, uit zowel de literatuur als de ervaring van de behandelaren, is vervolgens met elkaar vergeleken. Dit heeft geresulteerd in een antwoord op de onderzoeksvragen.

Resultaten

Het huidige onderzoek betreft de implementatie van het screeningsinstrument binnen GGZ-instelling X. De methode IM wordt hierbij gebruikt als raamwerk om op het proces te reflecteren en aandachtspunten aan te dragen. In dit hoofdstuk worden de resultaten als volgt weergegeven. Eerst wordt stap 1 (van IM) uitgelegd, waarna hier inhoud aan wordt gegeven door middel van informatie verkregen uit de literatuur en vervolgens de ervaring van de behandelaren. Daarna wordt vervolgd met stap 2. Na de uitleg wat deze stap inhoudt, worden de determinanten besproken. De stap wordt afgerond met de ervaring van de behandelaren. Stap 3 wordt hetzelfde uitgewerkt als stap 1.

Stap 1. Probleemanalyse

Stap 1 van IM is de probleemanalyse. In deze fase wordt in kaart gebracht waarvoor het

middel, in dit geval het screeningsinstrument, wordt ontwikkeld/ingezet. De instelling heeft gesignaleerd dat de zorgtrajecten van volwassenen waarbij sprake is van complexe problematiek mogelijk een te lange behandelduur hebben. Dit zorgt voor het stagneren van de uitstroom, wat in combinatie met de niet verminderde instroom resulteert in langere wachttijden dan wenselijk is. In het vervolg wordt antwoord gegeven op deelvraag 1 en wordt er dus gekeken of de hier geschetste probleemstelling wordt ondersteund door de literatuur en de ervaring van de behandelaren.

Literatuuronderzoek

Om te kunnen bezien of de probleemstelling van GGZ-instelling X wordt ondersteund door literatuuronderzoek, is allereerst van belang te analyseren of een te lange behandelduur problematisch is. De situatie ten aanzien van de wachttijden voor de GGZ blijkt ernstig. In juli 2022 staan er 80.000 mensen op de wachtlijst. De treeknorm (welke inhoudt dat de totale wachttijd 14 weken mag duren) wordt in 42.000 van deze gevallen overschreden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Binnen GGZ-instelling X wordt de wachttijd voor volwassenen momenteel op 24 weken geschat, wat eveneens aanmerkelijk langer is dan gewenst.

Er blijkt een veelvoud aan factoren en processen mogelijk invloed uit te oefenen op het ontstaan en in stand houden van de wachttijden. Waaronder cliënten die behandeling genieten, maar hun afspraken nalaten na te komen en dus niet behandeltrouw zijn. Hierdoor nemen ze kostbare tijd van behandelaren in beslag die door anderen nuttig besteed zou kunnen worden (Clemente et al., 2006). Dit zijn cliënten die mogelijk te lang worden ‘binnengehouden’, wat kan resulteren in stagnatie van de uitstroom van cliënten en dus lange wachttijden in stand houdt. Het is noodzakelijk dat er daadkrachtig wordt gehandeld en de behandeling wordt afgesloten wanneer voldoende resultaat is behaald (Rens et al., 2021). Zorgverleners handelen hier echter veelal niet naar en streven naar het maximaal haalbare resultaat (Oberjé et al., 2016). Desondanks ervaren de zorgverleners zelf ook dat de uitstroom te gebrekkig verloopt (Algemene Rekenkamer, 2020). Eén van de mogelijke oorzaken van de lange wachttijden is dus de gebrekkig uitstroom, welke wellicht te maken heeft met zowel de instelling van de cliënt als de behandelaar.

Een ander aspect van de probleemstelling is dat het zorgtrajecten betreft waarbij sprake is van complexe problematiek. Het blijkt denkbaar dat deze complexiteit invloed heeft op de wachttijden. Problematiek is complex wanneer er sprake is van meervoudige psychische

problematiek; comorbiditeit. Ook kan problematiek complex zijn wanneer eerdere hulpverlening niet heeft mogen baten en specialistische hulp nodig is. Bij complexe problematiek kan bovendien de behandelrichting onduidelijk of onbekend zijn vanwege het veelvoud aan problemen (Verbraak, 2013), waardoor de behandelduur mogelijk langer wordt. Daar komt bij dat de complexiteit de ernst van de symptomen beïnvloedt, waardoor de behandeling moeizamer verloopt (Padwa et al., 2015; Sterling et al., 2011). Complexiteit en/of ernst van de problematiek aan het begin van de behandeling heeft vervolgens een negatieve invloed op het behandelresultaat (Galovski et al., 2013). Dit is eventueel mede reden voor een langere behandelduur. Kortom complexiteit bemoeilijkt de behandeling. Daarom is het van belang hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden en de wederkerige invloed van symptomen in kaart te brengen (Van Leeuwen, 2018). Op deze wijze kan de behandeling van complexe problematiek zo efficiënt mogelijk worden ingedeeld. Desalniettemin veroorzaakt de complexiteit en ernst van de problematiek dus mogelijk een langdurige behandeling, waardoor de uitstroom kan stagneren en de wachttijden in stand worden gehouden.

De wachttijd, die mede ontstaat door boven genoemde processen, heeft daarnaast invloed op de motivatie van de cliënt om de hulpvragen daadwerkelijk te stellen en de situatie te verbeteren (Rens et al., 2021). De lange wachttijd kan er mede voor zorgen dat een traject vroegtijdig wordt beëindigd of zelfs niet wordt opgestart (Munasinghe et al., 2021; Carter et al., 2012; Marshall et al., 2016). Bovendien blijft de cliënt zijn psychische gesteldheid langer in het geding wat voor een langere lijdensdruk zorgt (Reichert & Jacobs, 2018). Uit onderzoek van Leijdesdorff et al. (2021) blijkt daarnaast dat cliënten weinig begrip hebben voor een lange wachttijd, gezien zij op het moment van aanmelden hulp nodig hebben. Met andere woorden de wachttijden hebben dus negatieve invloed op de behandeling van psychische problemen. Daarnaast zijn behandeltrouw, visie en werkwijze van de behandelaar, en complexiteit en ernst van de problematiek van invloed op de wachttijden.

Ervaring van de behandelaren

Alle tien deelnemers herkennen zich, in meer of mindere mate, in het geschetste probleem dat zorgtrajecten van volwassenen waarbij sprake is van complexe problematiek binnen GGZ-instelling X mogelijk een te lange behandelduur hebben. Vanuit de ervaring van de behandelaren zijn hier uiteenlopende oorzaken voor gegeven. Zo blijkt dat de behandelaren het als lastig ervaren om een behandeling (voortijdig) af te sluiten. Wanneer blijkt dat de behandeling niet verloopt zoals gewenst, dat wil zeggen er onvoldoende progressie wordt

behaald volgens ofwel de cliënt ofwel de behandelaar, wordt het als moreel lastig ervaren om de behandeling stop te zetten. De overheersende visie is dat de behandelaren een zorgtraject met succes willen afronden. Daarbij is benoemd dat sommige cliënten al vele afwijzingen hebben moeten verduren en de behandelaren hier niet aan willen bijdragen. Men wil de cliënt vertrouwen geven in de hulpverlening. Bovendien geven drie behandelaren aan dat het gebrek van een goed alternatief een knelpunt is in het voortijdig afsluiten van behandeling. Het gaat in deze om cliënten waarbij sprake is van complexe problematiek. Het is frequent het geval dat deze cliënten bij andere instanties zijn afgewezen of de behandeling niet (voldoende) effectief is geweest. Deelnemer 5 geeft inzicht in deze gedachtegang en schetst dat wanneer de behandeling weinig effectief is gebleken het toch een functie kan hebben. Toch ziet ook deze behandelaar daar het probleem van in, omdat dit soort casussen ervoor zorgen dat de uitstroom van cliënten gebrekkiger verloopt waardoor de wachttijd van GGZ-instelling X in stand wordt gehouden. Er lijkt dus een discrepantie te bestaan: de behandelaren erkennen dat de behandelduur (van sommige trajecten) te lang is, desondanks wordt het voortijdig afsluiten van de behandeling als lastig ervaren. Een andere oorzaak voor een te lange behandelduur is volgens de deelnemers verwachting/verwachtingsmanagement. Deelnemers 2 en 8 geven aan dat de behandeling langer voortduurt wanneer deze niet aan de verwachting van de cliënt voldoet. Er moet dan namelijk nogmaals tot overeenstemming worden gekomen betreft de behandelrichting. Het verschil tussen de verwachting met betrekking tot de behandeling en de daadwerkelijk behandeling kan volgens deelnemer 8 zelfs leiden tot het verergeren van de problematiek van de cliënt: *'Therapie kan ook schadelijk zijn.'*

Daarnaast blijkt dat complexiteit door de behandelaren inderdaad in verband wordt gebracht met een langere behandelduur, en mogelijk een té lange behandelduur. Er wordt erkend dat volwassenen met complexe problematiek tussen wal en schip raken in het Nederlandse zorglandschap. GGZ-instelling X heeft te maken met een richtlijn van 1 uur behandeling per week. In het geval van complexe problematiek is dit regelmatig ontoereikend, aangezien de complexiteit maakt dat er eventueel intensievere hulp is vereist. Zo geeft deelnemer 3 aan dat het in het geval van een cliënt waarbij sprake is van complexe problematiek met name de vraag is of de benodigde zorg geboden kan worden binnen dat ene uur in de week. Een belemmerde factor is volgens de deelnemers dat de complexiteit van de problemen tijdens de behandeling pas aan het licht kan komen. Zo ook deelnemer 2, welke dit probleem in verband brengt met de kwestie van het voortijdig afsluiten van behandeling. *'Kijk dat is zo 'n voorbeeld waarvan we dan zeggen, nou dat is te complex... Maar ja het probleem is soms ook dat je het pas door hebt op het moment dat je ze al binnen hebt.'*

Om te kunnen zien of complexe problematiek daadwerkelijk één van de voornaamste oorzaken is van te lang voortdurende trajecten, is de behandelaren gevraagd naar risicovolle of complexe trajecten die, achteraf gezien, eerder stopgezet hadden kunnen worden. Immers als het traject eerder stopgezet had kunnen worden, was de behandelduur te lang. De respons op de vraag (betreft trajecten die eerder stopgezet hadden kunnen worden) was veelal algemeen en abstract van aard en is verwerkt in bovenstaande tekst. Vier van de negen behandelaren, aan wie de vraag is gesteld, hebben een of meerdere casusvoorbeelden beschreven. In twee van deze casussen was complexiteit een factor. Een gebrek aan behandelmotivatie is een ander onderwerp dat werd aangehaald. Dit was in drie casussen, genoemd door twee behandelaren, het geval. Deelnemer 7 heeft aangegeven in één casus, waarbij sprake was van een vechtscheiding, te veel rollen op zich te hebben genomen waardoor de behandeling voor de daadwerkelijke cliënt weinig efficiënt was.

Kortom de behandelaren herkennen de probleemstelling dat de zorgtrajecten van volwassenen waarbij sprake is van complexe problematiek mogelijk een te lange behandelduur hebben. Daarnaast ervaren de behandelaren het als lastig om trajecten voortijdig af te sluiten, waardoor deze langer of mogelijk te lang voortduren. Tevens worden niet uitkomende verwachtingen/ontoereikend verwachtingsmanagement als belemmerde factor gezien met betrekking tot de behandelduur. In casussen die achteraf eerder stopgezet hadden kunnen worden, worden complexe problematiek en gebrekkige behandelmotivatie het meest frequent genoemd.

Stap 2. Doelstelling

Stap 2 van IM is de doelstelling. In deze fase worden de gewenste resultaten en bijbehorende doelen van de implementatie bepaald. De doelstelling is in deze al voorafgaand aan het onderzoek vastgesteld, namelijk om aan de voordeur beter te kunnen inschatten of er sprake is van complexe problematiek en zo de afweging te kunnen maken of GGZ-instelling X de meest passende hulp kan bieden aan een cliënt. Er zijn een aantal determinanten waaraan voldaan moet worden om deze doelstelling te kunnen behalen. Deze zijn opgenomen in Tabel 4. In het vervolg wordt antwoord gegeven op deelvraag 2 en wordt er dus gekeken of de beschreven doelstelling wordt ondersteund door de ervaring van de behandelaren.

Tabel 4

Determinanten

Wat is benodigd om het doel te bereiken?	Determinant A: kennis	Determinant B: attitude
In kaart brengen van de problematiek van de cliënt en daarbij uitvragen wat de hulpvraag van de cliënt is.	Kennis van gespreksvaardigheden; hoe richt je een gesprek zo in dat cliënt de vereiste informatie verschaft?	Behandelaar heeft een open houding, waarbij hij/zij grip heeft/houdt op het gesprek. Tijdens dit gesprek moet het doel in zicht worden gehouden; de problematiek en hulpvraag (en daarmee het doel van de behandeling) in kaart brengen.
Herkennen van complexe problematiek.	Kennis van en ervaring met complexe problematiek; wanneer is problematiek complex? Wat zijn de criteria waaraan voldaan moet worden?	Behandelaar heeft een leergierige houding en wil zich verdiepen in de beschikbare informatie betreft 'complexe problematiek'. De behandelaar staat daarbij open voor de ervaring en kennis van (meer bedreven) collega's.
Inschatten of GGZ-instelling X de juiste hulp kan bieden.	Kennis van het behandelaanbod van GGZ-instelling X en inzicht in wat de cliënt nodig heeft; wat kan de instelling de cliënt bieden en wat niet?	Behandelaar heeft een objectieve houding, waardoor een goede inschatting gemaakt kan worden.

Ervaring van de behandelaren

De doelstelling, om aan de voordeur beter te kunnen inschatten of er sprake is van complexe problematiek en zo de afweging te kunnen maken of GGZ-instelling X de meest passende hulp kan bieden aan een cliënt, kan in twee delen worden opgesplitst. Aan de voordeur complexe problematiek kunnen herkennen, is het eerste deel van de doelstelling. Om

hieraan te kunnen voldoen is voorkennis en ervaring vereist. Daarom zal worden uiteengezet wat de behandelaren als een risicovol of complex traject zien. Er is een duidelijk onderscheid gevonden in de factoren die de behandelaren hieraan relateren. Enerzijds zijn kenmerken van het traject vermeld. Anderzijds worden kenmerken van de problematiek van de cliënt in verband gebracht met een complex traject.

Eerdere hulpverlening, een trajectkenmerk, wordt door zeven van de tien deelnemers als een risicofactor genoemd. Dit onderwerp is het meest frequent genoemd bij een (mogelijk) complex traject. Hoe langer de duur en hoe groter de omvang van de hulpverlening, hoe complexer het traject wordt, zegt deelnemer 2. Deelnemer 6 is van mening dat eerdere hulpverlening een indicatie is voor de behandelbaarheid van het probleem. Wanneer iemand veelvuldig behandeling heeft genoten voor dezelfde problematiek kan dit namelijk wijzen op een hoge mate van complexiteit. Doordat iemand herhaaldelijk geen succeservaring heeft opgedaan in behandeling, is de kans aanwezig dat een cliënt wantrouwen krijgt jegens de hulpverlening (deelnemer 9). Wantrouwen in de hulpverlening wordt tweemaal genoemd als risicofactor. Door drie van de tien deelnemers wordt het daarnaast als risico gezien wanneer er veel andere hulpverlening betrokken is tijdens de behandeling. De behandelaren ervaren dat er dan frictie kan ontstaan in de regievoering. Het resulteert in onzekerheid over de samenwerking; komen de visies van de verschillende betrokken hulpverleners overeen, wordt hetzelfde als oorzaak van de problematiek aangewezen, kunnen de rollen en functies van de verschillende hulpverleners gescheiden blijven? Het een na laatste trajectkenmerk dat door zes deelnemers als risicofactor wordt gezien is een contrast tussen de verwachtingen van de cliënt en wat daadwerkelijk geboden kan worden in de behandeling. Het is dan ingewikkeld om consensus over de behandelrichting en behandeldoelen te bereiken en vast te houden doordat de cliënt een onjuist beeld heeft van de mogelijkheden binnen GGZ-instelling X. Dit leidt hoe dan ook tot een relatief langduriger traject, doordat de gezamenlijke besluitvorming meer tijd kost. Als laatst kwalificeert de helft van de deelnemers een verstoorde behandelrelatie als risicofactor op een complex zorgtraject. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan dat de behandelaar niet als zodanig wordt erkend door de cliënt of de cliënt en/of behandelaar zich niet veilig voelt in het contact.

Naast deze trajectkenmerken zijn ook diverse kenmerken van de problematiek van de cliënt genoemd als risicofactor op een complex traject. Deze kenmerken zijn samengevat in Tabel 5.

Tabel 5

Kenmerken problematiek

Soort problematiek	Frequentie
Verslaving	8
Persoonlijkheidsproblematiek	7
Suïcidaliteit	6
Depressie	3
Psychose	3
Eetstoornis	2
(V)echtscheiding	2
ASS	1
Hechttingsproblematiek	1
LVB	1
Schizofrenie	1

De verschillende soorten problematiek worden niet per definitie als contra-indicatie gezien. Het gaat veelal om de ernst en hevigheid van de problematiek. Suïcidaliteit wordt bijvoorbeeld als problematisch gezien wanneer het een persisterende doodswens is (deelnemer 2) en er geen gezamenlijke veiligheidsafspraken over gemaakt kunnen worden (deelnemer 9). Het is voor de behandelaren vooral van belang dat er open gesproken kan worden over onderwerpen die de behandeling kunnen bemoeilijken, zoals suïcidaliteit en persoonlijkheidsproblematiek. Als het complexe, en daarmee meervoudige, problematiek betreft willen de behandelaren het traject kunnen inkaderen middels ordening en prioritering.

Het tweede deel van de doelstelling is de afweging kunnen maken of GGZ-instelling X de meest passende hulp kan bieden aan een cliënt. Om deze afweging te kunnen maken moeten de behandelaren bekend zijn met het behandelaanbod. Uit de interviews zijn casussen naar voren gekomen waarbij het aanbod niet aansloot bij de behoeften van de cliënt en de cliënt dus meer gebaat was bij een andere instelling. De kenmerken van deze casussen zijn wederom in te delen in trajectkenmerken en kenmerken van de problematiek. De trajectkenmerken zijn de volgende: het maximaal haalbare is bereikt, het niet tot behandeling komen en onvoldoende behandelresultaat/perspectief. Ernstige persoonlijkheidsproblematiek en ernstige eetproblematiek zijn genoemd als kenmerken van de problematiek waarbij het behandelaanbod ontoereikend is. Bij deze vormen van problematiek is namelijk intensieve en/of specialistische hulp vereist. Het niet tot behandeling komen is het meest frequent genoemd door de deelnemers

(vijf van de tien). Dit wordt door de behandelaren in verband gebracht met een lage behandelmotivatie en behandeltrouw. Daarnaast wordt onvoldoende behandelresultaat/perspectief gezien als risicofactor op een complex traject (drie van de tien). De redenen voor dat de hulp van de GGZ-instelling niet voldoende aansluit bij de behoeften van de cliënt zijn benoemd in Tabel 6. Wanneer er intensievere hulp nodig is, kan de instelling niet voldoende aansluiten bij de cliënt. Binnen het kader van de instelling kan namelijk in principe slechts 1 uur behandeling per week geboden worden. Praktische ondersteuning valt niet binnen het aanbod van GGZ-instelling X. Met praktische ondersteuning wordt een laagdrempelige vorm van hulp bedoeld. Hierbij kan worden gedacht aan ondersteuning in het wonen, het begeleiden met financiële zaken, het opbouwen van een sociaal netwerk, etc. Deze twee redenen, dus dat intensieve hulp en/of praktische ondersteuning is vereist, worden het meest genoemd, te weten door zes van de tien deelnemers.

Tabel 6

Redenen voor de conclusie dat GGZ-instelling X niet aansluit bij de cliëntbehoeften

Reden	Frequentie
Intensieve hulp vereist *	6
Praktische ondersteuning vereist *	6
Specialistische hulp vereist *	5
Instabiele situatie	4
Lage behandelmotivatie	3
Lage behandeltrouw	3

* Deze vorm van hulp is niet aanwezig binnen het behandelaanbod van GGZ-instelling X.

Kortom de behandelaren onderscheiden twee soorten factoren betreft een risicovol of complex traject, namelijk trajectkenmerken en kenmerken van de problematiek. Het trajectkenmerk dat het meest frequent als risicofactor wordt gekwalificeerd is eerdere hulpverlening. Wanneer iemand veel hulpverlening heeft genoten, wordt dit als een indicatie gezien voor een (mogelijk) complex traject. Verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en suïcide worden allen door meer dan de helft van de deelnemers genoemd als risicofactor op een complex traject. Met betrekking tot het aanbod van GGZ-instelling X blijkt dat de behoeften van de cliënt onder andere niet vervuld kunnen worden wanneer er intensieve hulp, praktische ondersteuning en/of specialistische hulp is vereist.

Stap 3. Methode en implementatiestrategie

Stap 3 van IM is de methode en implementatiestrategie. In deze fase worden de methode en wijze van implementatie bepaald. Voorafgaand aan het huidige onderzoek zijn beide al ten uitvoer gebracht. Er is een werkgroep aangesteld welke ervoor heeft gekozen om middels een screeningsinstrument de complexe problematiek aan de voordeur te herkennen (methode). Dit screeningsinstrument wordt afgenomen tijdens de informatielefoontjes (implementatiestrategie). Het proces van werkgroep tot de methode en implementatiestrategie is van informele aard geweest. In het vervolg wordt antwoord gegeven op deelvraag 3 en wordt er dus gekeken of de beschreven methode en implementatiestrategie worden ondersteund door de literatuur en de ervaring van de behandelaren.

Literatuuronderzoek

Om te kunnen bezien of de methode en implementatiestrategie door literatuuronderzoek worden ondersteund, is het van belang te analyseren of en op welke wijze screening voorafgaand aan de behandeling effectief is. In de GGZ is het beoordelen of inschatten van de problematiek stap één (Coombs et al., 2013). In deze context wordt vaak het woord ‘screening’ gebruikt. Over het algemeen kan ‘screening’ in drie betekenissen worden verdeeld; (1) een methode waarmee klinische problematiek herkend kan worden en uitgebreider onderzoek volgt, (2) een eenvoudige en vooral korte methode om problematiek in te schatten en (3) een methode om een eerste inschatting van de problematiek te maken, welke wordt gebruikt om te zien of iemand aan de inclusiecriteria van de instelling voldoet (Tarren-Sweeney et al., 2019). Kortom in de eerste definitie betekent screening zoiets als uitgebreid diagnostisch onderzoek. In de tweede definitie wordt een beperkt diagnostisch onderzoek bedoeld. In de derde definitie gaat het slechts over het inschatten of iemand voldoet aan de inclusiecriteria. Laatstgenoemde voldoet niet aan de eigenlijke betekenis van het woord ‘screening’ omdat er geen diagnostiek wordt uitgevoerd, maar slechts wordt gekeken of iemand aan de eisen van de instelling voldoet. Daarom is ‘triage’ meer op zijn plaats.

Middels triage kan zo snel mogelijk de problematiek worden herkend, wat in verband wordt gebracht met betere behandelresultaten (Schmidt et al., 2015). Tijdens triage wordt de hulpvraag uitgevraagd. Het is van belang de problemen vanuit meerdere perspectieven te bezien. Het kan namelijk variëren hoe de problematiek wordt ervaren in verschillende situaties en/of leefgebieden (huisvesting, werk, relaties, etc.) (Glottbach, 2018). Lijdensdruk en ernst van de problematiek zijn leidend voor de prioritering en behandelrichting (Van Leeuwen,

2018). Volgens onderzoek van Dowrick et al. (2009) achten zowel professionals als cliënten ernsttaxatie van belang. De triage kan middels deze ernsttaxatie resulteren in een urgentieclassificatie (In 't Veld & Huibers, 2013). Daarnaast wordt er gekeken naar de risico's en welke hulp het meest passend lijkt te zijn (Sands et al., 2013). In theorie zou triage dan ook resulteren in effectievere en meer betrouwbare herkenning van problematiek, waardoor beter kan worden ingeschat welke hulp(verleningsinstelling) het beste bij de cliënt en diens problematiek en hulpvraag aansluit (Terluin & Oud, 2014). Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk blijkt dat het 'Initial Assessment' systeem, een vorm van telefonische triage, resulteerde in een kortere wachttijd en een hogere opkomst bij de eerste afspraak (Clemente et al., 2006). Dit komt doordat er beter werd gematched tussen de instelling en de hulpvragen en zorgbehoeften van de cliënt. Binnen de Nederlandse GGZ is er in 2016 een telefonisch triage-protocol opgesteld om de reactietijd richting de cliënten in te korten. In dit protocol is er onderscheid gemaakt tussen drie hoofdkenmerken; psychiatrisch, somatisch en strafrechtelijk. Er wordt daarnaast een ernsttaxatie uitgevoerd, om zo de urgentie te duiden. De eerste resultaten waren veelbelovend (Bremmers, 2018).

Triage kan tevens worden uitgevoerd door de (potentiële) cliënt zelf online een vragenlijst in te laten vullen. Voordelig hieraan is de tijdefficiëntie en kostenbesparing, ook kan het gunstig zijn voor de communicatie binnen een GGZ-instelling (Dijksman et al., 2013; Riper et al., 2010; King et al., 2018). De gegevens kunnen worden bekeken tijdens intervisie of wanneer een behandelaar advies wil inwinnen betreft de werkwijze met een cliënt. TelePsy is een voorbeeld van elektronische screening. De (potentiële) cliënt vult één of meerdere vragenlijsten in, welke vervolgens worden bekeken door een psycholoog. Nadat er telefonisch contact tussen beide heeft plaatsgevonden, wordt er een rapport opgesteld en advies gegeven (Terluin & Oud, 2014). Zowel cliënten als behandelaren waren positief over deze methode (Dijksman et al., 2013).

Uit bovenstaande blijkt triage inderdaad een mogelijkheid te zijn om in een korte tijd in te kunnen schatten of de hulpvraag en behoeften van de cliënt aansluiten bij de instelling. Een belangrijke kanttekening is dat screening of triage consequent moet worden uitgevoerd, waarbij iedere cliënt op dezelfde wijze wordt behandeld. Wanneer dit niet het geval is, ontstaat er de kans op ongelijkheid tussen cliënten (King et al., 2018).

Ervaring van de behandelaren

Binnen GGZ-instelling X is ervoor gekozen een screeningsinstrument op te stellen.

Deze wordt tot op heden gebruikt wanneer cliënten bellen om informatie in te winnen over de werkwijze en behandeling van GGZ-instelling X. De cliënten op de wachtlijst worden tevens gebeld om gezamenlijk het screeningsinstrument in te vullen. Daarbij wordt de ernst van de situatie in kaart gebracht om te beoordelen of er prioriteit aan deze persoon moet worden gegeven. Om te kunnen bepalen of de behandelaars de methode en implementatiestrategie ondersteunen, wordt hun ervaring met het screeningsinstrument toegelicht.

Zes van de tien deelnemers heeft het screeningsinstrument in de praktijk gebruikt. Twee deelnemers vervullen andere werkzaamheden, waardoor deze vraag voor hen niet van toepassing is. Twee deelnemers geven aan dat ze het ‘in de praktijk wat loslaten’. Drie van de deelnemers geven aan dat ze het gebruiken tijdens informatielefoontjes, dus wanneer volwassenen bellen om informatie over de behandeling in te winnen. Eén van de deelnemers gebruikt het altijd wanneer een volwassene belt. Het screeningsinstrument wordt dus niet consequent op dezelfde manier ingezet.

Er zijn hoofdzakelijk twee aspecten van de ervaringen met het screeningsinstrument besproken, namelijk verbetermogelijkheden en kwaliteiten. De deelnemers zijn van mening dat het gebruiksgemak geoptimaliseerd kan worden. Twee deelnemers vinden de afname te tijdrovend en/of dat er te veel vragen worden gesteld. Een praktische noot is dat vier deelnemers het invullen van de respons van de potentiële cliënt op het formulier niet gebruiksvriendelijk vinden. Voorheen was het doel van de informatielefoontjes enkel om vragen van de potentiële cliënt, bijvoorbeeld over het behandelaanbod en de werkwijze van de GGZ-instelling, te beantwoorden. Deze focus is verlegd naar het uitvragen van de problematiek en context van de potentiële cliënt. Twee deelnemers ervaren dat het eerste contact hierdoor minder dynamisch verloopt.

Betreft de inhoud van het formulier blijken op zes gebieden verbeteringen mogelijk. Drie deelnemers vinden het overbodig en te veel om alle leefgebieden uit te vragen. Daarnaast vinden de deelnemers het ingewikkeld om leefgebieden als ‘ingrijpende gebeurtenissen’ uit te vragen tijdens een eerste contact. Dit omdat het vaak gevoelige informatie is en er nog geen vertrouwensband is tussen behandelaar en cliënt. Daarmee in lijn wordt een aanbeveling aangereikt door deelnemer 3: vóór het gesprek de volwassene vragen of de behandelaar een aantal persoonlijke vragen mag stellen, het doel van deze vragen uitleggen en ná het uitvragen van het formulier bespreken hoe het gesprek door de volwassene is ervaren. Eén deelnemer is van mening dat punt 5 van het formulier als overbodig voelt. Bij punt 5 wordt gevraagd naar de sterke kanten van de mogelijke cliënt. De vraag waar het formulier naartoe werkt is de ‘duage’; het inschatten van de complexiteit van de casus. Vier deelnemers ervaren hier

moeilijkheden mee. De reductie van het verhaal van de cliënt tot de inschatting van enkelvoudig of complex wordt of als subjectief gezien of het is onduidelijk wanneer iets tot welke categorie behoort. Met andere woorden er bestaat geen volledige eenduidigheid over de definitie van enkelvoudig en complex. Bovendien geeft een deelnemer aan het in bepaalde gevallen lastig te vinden om uit te gaan van het zelfinzicht van de mogelijke cliënt.

Als laatste zien vier behandelaren verbetermogelijkheden op het gebied van implementatie. Er wordt benoemd dat het screeningsinstrument slechts in gebruik is tijdens de informatietelefoontjes, terwijl de aanmeldingen veelal binnenkomen via andere kanalen, namelijk online via de e-mail of website en middels verwijzing van de huisarts. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over wat er met het ingevulde screeningsinstrument wordt gedaan, nadat een cliënt onder behandeling wordt genomen. Bovendien is niet helder wanneer het screeningsinstrument moet worden ingezet. Dit blijkt onder andere uit het feit dat de behandelaren het formulier dus op verschillende momenten gebruiken, zoals in de tweede alinea staat beschreven.

De behandelaren ervaren naast de verbetermogelijkheden ook de kwaliteiten van het screeningsinstrument. Het formulier als geheel wordt door vijf deelnemers in meer of mindere mate gezien als een richtlijn die helpt om een inschatting van de problematiek, ernst en complexiteit te maken. De antwoorden op de vragen uit het formulier geven in een relatief korte tijd een zo breed mogelijk beeld van de problematiek en de context hiervan. Drie deelnemers benoemen dat het uitvragen van de leefgebieden een kwaliteit is; ze bieden ordening en dienen als reminder. 'Netwerk' is één van de leefgebieden die meermaals, namelijk drie keer, specifiek wordt benoemd als het gaat om relevante leefgebieden in combinatie met complexe problematiek. Vanuit die redenatie achten deze deelnemers het van belang dit uit te vragen. 'Netwerk' is opgenomen in het screeningsinstrument en wordt dus door de deelnemers als kwaliteit gezien. Er zijn zes deelnemers die eerdere hulpverlening als indicatiefactor van complexiteit beschouwen en het daardoor als positief ervaren deze expliciet uit te vragen. Eerdere hulpverlening is evenals netwerk opgenomen in het formulier. Drie deelnemers geven aan het van belang te vinden de krachten (sterke kanten van de cliënt) uit te vragen, zodat de focus ook deels komt te liggen op wat er goed gaat. Tot slot ervaart de helft van de deelnemers de 'duage', het inschatten van complexiteit, als nuttig.

Kortom de behandelaren ervaren zowel positieve als negatieve aspecten, respectievelijk de verbetermogelijkheden en kwaliteiten, van het screeningsinstrument. De verbeteringen die worden aangedragen betreffen zowel de vorm als inhoud van het instrument. Zo zou de afname van het formulier minder tijd in beslag moeten nemen en zou het invullen van de respons

gemakkelijk moeten zijn. Inhoudelijk gezien vinden behandelaren het onder andere lastig bij het eerste contact direct de diepte in te gaan en wordt de inschatting van complexiteit als moeilijk ervaren. Met betrekking tot de kwaliteiten van het screeningsinstrument wordt genoemd dat het prettig is een richtlijn te hebben. Het uitvragen van krachten (sterke kanten van de cliënt), netwerk en eerdere hulpverlening worden als positief ervaren. Allerlaatst wordt het inschatten van complexiteit, de duage, als verbetermogelijkheid én kwaliteit gezien.

Discussie

In de discussie zal allereerst worden gereflecteerd op de resultaten van het huidige onderzoek. Hierbij zal antwoord worden gegeven op de volgende deelvragen: (1) “In hoeverre wordt de probleemstelling, over zorgtrajecten waarbij sprake is van complexe problematiek die mogelijk een te lange behandelduur hebben, geformuleerd door GGZ-instelling X, ondersteund door de literatuur en de ervaring van de behandelaren?”, (2) “In hoeverre wordt de doelstelling van GGZ-instelling X ondersteund door de ervaring van de behandelaren?” en (3) “In hoeverre worden de methode en implementatiestrategie ondersteund door de literatuur en de ervaring van de behandelaren?” Door middel van de antwoorden op deze deelvragen, zal er een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven: “Hoe verloopt de implementatie van het ‘duageformulier’ binnen GGZ-instelling X ten opzichte van de methode Implementation Mapping?” Na de reflectie op de resultaten, zal worden vervolgd met aanbevelingen voor GGZ-instelling X. Het beginpunt hiervan is een korte bespreking van de resterende stappen (4 en 5) van IM. Nadien zal er worden gereflecteerd op het onderzoek, waarbij de limitaties en sterke punten worden besproken. In het verlengde hiervan zullen suggesties voor vervolgonderzoek worden gedaan.

Reflectie op de resultaten & aanbevelingen

In stap 1 van IM is er een probleemanalyse uitgevoerd. In dit geval was de observatie vanuit GGZ-instelling X dat de complexe volwassentrajecten (mogelijk) te lang voortduren. In de literatuur ligt een duidelijke focus op de wachttijden. Deze worden mogelijk in stand gehouden door cliënten die niet op hun afspraken verschijnen en dus niet behandeltrouw zijn. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat professionals het afsluiten van behandeling als lastig ervaren, ondanks dat het belang hiervan groot is. De professionals streven veelal naar het maximaal haalbare resultaat, waardoor behandeling mogelijk langer voortduurt dan gewenst. Desondanks ervaren de professionals zelf ook dat de uitstroom gebrekkig is. Daarnaast komt naar voren dat complexiteit mogelijk een rol speelt in de langere behandelduur, wat resulteert

in stagnatie van de uitstroom en dus de wachttijden in stand houdt. Als laatst heeft de wachttijd invloed op behandelmotivatie van de cliënt.

Uit de interviews komt naar voren dat de probleemstelling dat complexe volwassentrajecten binnen GGZ-instelling X mogelijk te lang voorduren, wordt ondersteund door de behandelaren. Dit veroorzaakt stagnatie in de uitstroom van cliënten, wat mede reden is voor de landelijke wachttijden. De (te) lange behandelduur wordt ten dele veroorzaakt door dat het als lastig wordt ervaren de behandeling af te sluiten wanneer deze niet het meest passend blijkt te zijn. Wat dus in lijn is met de informatie uit literatuuronderzoek. Daarnaast zou het contrast tussen de verwachting van de cliënt en daadwerkelijke behandeling resulteren in een langere behandelduur. Wanneer tijdens de behandeling blijkt dat de hulp niet passend is, ligt dit volgens de ervaring van de behandelaren voornamelijk aan gebrek aan behandelmotivatie en twijfels over de behandelbaarheid van de problematiek. De behandelmotivatie speelt ook volgens de literatuur een rol, namelijk wanneer het gaat om behandeltrouw. Opvallend is dat wanneer de behandelaren gevraagd wordt naar casussen die achteraf gezien eerder afgesloten hadden kunnen worden, minder concrete antwoorden naar voren komen. Dit sluit wel aan bij de constatering dat het afsluiten van behandeling als moeilijk wordt ervaren en daarmee een aandachtspunt is voor professionals. Uit bovenstaande blijkt dat de probleemstelling dus door zowel de literatuur als door de behandelaren wordt ondersteund.

Stap 2 van IM betreft de doelstelling, te weten het aan de voordeur beter te kunnen inschatten of er sprake is van complexe problematiek en zo de afweging te kunnen maken of GGZ-instelling X de meest passende hulp kan bieden aan een cliënt. Het beginpunt is het herkennen van complexe problematiek. Wat houdt complexe problematiek in en wanneer is GGZ-instelling X dan wel of niet de juiste instelling voor deze doelgroep? Uit de interviews blijkt onder andere dat volgens de behandelaren twee verschillende factoren reden zijn voor een risicovol of complex traject, namelijk trajectkenmerken en kenmerken van de problematiek. De kenmerken van de problematiek worden echter niet als contra-indicaties gezien. Complexe problematiek wordt vooral als lastig ervaren wanneer er geen duidelijke behandelrichting is. Uit de uitwerking van stap 3 van IM blijkt tevens iets wat van belang is om te kunnen beantwoorden of de behandelaren complexe problematiek herkennen. Het blijkt dat de behandelaren het lastig vinden om de complexiteit te bepalen en dit deels als subjectief ervaren. Uit stap 3 blijkt ook dat sommige behandelaren het ingewikkeld vinden om in het eerste contact met een mogelijke cliënt diep in te gaan op de problematiek. Wanneer dit leidt tot het oppervlakkig(er) uitvragen van de problematiek kan dit mogelijk ertoe leiden dat de problematiek onvoldoende in kaart wordt gebracht. Uit bovenstaande blijkt dat de

behandelaren een vrij eenduidig beeld schetsen over complexe problematiek. Dit is tevens het geval betreft het behandelaanbod van GGZ-instelling X. Er kan niet bij de behoeften van de cliënt worden aangesloten wanneer er intensieve hulp, praktische ondersteuning en/of specialistische hulp is vereist. Dit alles leidt ertoe dat de doelstelling wordt ondersteund door de ervaring van de behandelaren.

Stap 3 van IM betreft de methode van het aan de voorkant herkennen van complexe problematiek en de implementatiestrategie. De resultaten van deze stap zijn al kort aan bod gekomen bij stap 2. Uit literatuuronderzoek blijkt dat screening of triage kan resulteren in het voortijdig herkennen van problematiek, waardoor een afgewogen inschatting kan worden gemaakt of iemand bij desbetreffende instantie passende hulp kan krijgen. Echter, in de literatuur wordt gewezen op de mogelijkheid dat cliënten zelf vragenlijsten invullen. Mogelijke cliënten kunnen dan in hun eigen omgeving en op hun eigen tijd de vragen beantwoorden. GGZ-instelling X heeft ervoor gekozen om in de informatielefoontjes een formulier te laten afnemen door één van de behandelaren. Er komt naar voren dat sommige behandelaren het gecompliceerd vinden om op zo'n moment, wanneer een mogelijk cliënt slechts belt om informatie in te winnen, de vragen af te nemen. Bovendien geven de behandelaren aan het als lastig te ervaren direct te diepte in te gaan met de mogelijke cliënt. De onderwerpen die aan bod (moeten) komen, kunnen gevoelig zijn of gevoelig liggen bij de volwassene. Dit sluit aan bij de literatuur die de focus legt op de cliënten zelf de vragenlijsten in te laten vullen, zodat de mogelijke cliënt het kan invullen in zijn/haar eigen veilige omgeving. Het is dan ook een aanbeveling voor GGZ-instelling X om de cliënt de keuze te geven het formulier zelf in te laten vullen. Om dit te kunnen realiseren is het desalniettemin van belang het formulier zodanig aan te passen dat dit mogelijk is. Zo zal de 'duage' uit het formulier verwijderd moeten worden, aangezien cliënten zelf waarschijnlijk niet de inschatting kunnen maken of problematiek enkelvoudig of complex is en in een enkelvoudige of complexe situatie plaatsvindt. Dit zullen de behandelaren beoordelen nadat de cliënt het formulier heeft ingevuld. Ook zal het punt 'damocles' uit het formulier moeten worden gelaten. Hier wordt door de behandelaar beoordeeld of er sprake is van een situatie waarin de cliënt eerder behandeling nodig heeft. Hiervoor geldt hetzelfde als voor de 'duage'; dit zal nadien door de behandelaar moeten worden beoordeeld. Daarnaast is het verstandig de leefgebieden in één of een paar zinnen uit te leggen, op zo'n manier dat voor cliënten duidelijk is waar het over gaat. Het kan het geval zijn dat mensen nalaten het formulier in te vullen. Dan is het mogelijk verstandig het toch telefonisch af te nemen, maar dan tijdens een telefoongesprek wat slechts de afname van het screeningsinstrument als doel heeft.

De vraag is of het screeningsinstrument, de doelstelling behaald. Om de doelstelling te behalen moet de inschatting van complexiteit gemaakt kunnen worden. Opvallend is dat een deel van de deelnemers deze inschatting als kwaliteit van het formulier ziet en een ander deel als een verbetermogelijkheid. Daarnaast is gebleken dat de aanmeldingen voor behandeling niet slechts via informatielefoontjes binnenkomen, maar grotendeels via andere kanalen (online en via verwijzing van de huisarts). Slechts bij een klein deel van de aanmeldingen wordt dus een inschatting gemaakt betreft de complexiteit van de casus. Het is dan ook aan te raden de implementatiestrategie te verbeteren en bij elke aanmelding, via ieder kanaal, gebruik te maken van het screeningsinstrument. Uit bovenstaande komt naar voren dat de methode en implementatiestrategie grotendeels worden ondersteund door de literatuur en ten dele door de ervaring van de behandelaren.

In dit onderzoek zijn deze drie stappen leidend geweest. De hoofdvraag was de volgende: “Hoe verloopt de implementatie van het ‘duageformulier’ binnen GGZ-instelling X ten opzichte van de methode Implementation Mapping?” Middels bovenstaande informatie kan worden geconcludeerd dat de implementatie binnen GGZ-instelling X op het vlak van de probleemanalyse (stap 1) en de doelstelling (stap 2) aansluit bij IM. Op het vlak van de methode en de implementatiestrategie (stap 3) is dit minder het geval. De methode zorgt er mogelijk niet voor dat de doelstelling wordt behaald, tevens kan de implementatiestrategie worden verbeterd.

De laatste twee stappen van IM zijn in de interviews niet besproken. Om een volledig beeld te kunnen schetsen van de werking van IM zou het voor vervolgonderzoek dan ook een suggestie zijn om de vijf stappen volledig te doorlopen. Stappen 4 en 5 zullen hier kort worden besproken op basis van literatuuronderzoek.

Stap 4 heeft als onderwerp het maken van een implementatieplan. Deze is, voor zover bekend, niet gemaakt binnen GGZ-instelling X. Een goede planning van het implementeren van een interventie, het screeningsinstrument, zorgt er mogelijk voor dat het instrument beter gebruikt wordt. Dit mond uit in betere resultaten van zowel de implementatie, als het screeningsinstrument (Chinman et al., 2004). Het is bevorderlijk voor het implementeren om de medewerkers, die het screeningsinstrument daadwerkelijk toepassen, te betrekken bij de besluitneming of hen anders informatie te verstrekken over de genomen besluiten (Henderson et al., 2019). Een reden hiervoor is dat een individu hiervan op de hoogte gesteld moet worden, wil degene het tot uitvoer brengen (Greenhalgh et al., 2004). Dit is deels gebeurd middels de werkgroep welke het screeningsinstrument heeft ontwikkeld. Echter blijkt uit de resultaten dat het screeningsinstrument niet door iedereen wordt gebruikt. Ook ervaren de behandelaren het

instrument als te tijdrovend. Hierbij wordt bijvoorbeeld het uitvragen van alle leefgebieden genoemd. Dit is daarentegen ook niet de bedoeling, slechts de relevante leefgebieden hoeven uitgevraagd te worden. Bovendien bestaat er geen eenduidigheid over het inschatten van complexiteit. Dit alles suggereert dat er mogelijk te weinig informatie is verstrekt of de informatie mogelijk niet goed is geïnterpreteerd door de behandelaren. Het is aan te raden om hier nogmaals aandacht aan te besteden. Ook is het mogelijk om een team aan te wijzen die de inschatting maakt van de complexiteit en behandelbaarheid binnen GGZ-instelling X. Binnen dit team zal er eenduidigheid moeten bestaan over de definitie van (te) complexe problematiek en inzicht in het behandel aanbod.

Stap 5 van IM is het evalueren van de implementatie-resultaten. Deze resultaten zijn voor GGZ-instelling X nog onbekend gezien de implementatie nog niet volledig is uitgevoerd. Het is van belang om tijdens het implementatieproces te evalueren omdat de dagelijkse praktijk de verwachte resultaten kan bemoeilijken of verhinderen (Henderson et al., 2019; Damschroder et al., 2009). Het screeningsinstrument zou kunnen worden geëvalueerd op basis van de behandelduur van complexe volwassentrajecten. De gegevens van voor én na de implementatie zouden vergeleken kunnen worden. Wanneer de behandelduur is verkort, zou dit erop wijzen dat té complexe casussen niet meer onder behandeling worden genomen.

Limitaties en sterke punten van het onderzoek & vervolgonderzoek

Er zijn meerdere limitaties en sterke punten van het huidige onderzoek, deze zullen hieronder besproken worden. Het huidige onderzoek slaat een brug tussen theorie en praktijk. Het implementatieproces is vanuit twee invalshoeken bekeken, namelijk vanuit literatuuronderzoek (de theorie) en vanuit de praktijk van GGZ-instelling X. Deze perspectieven zijn met elkaar vergeleken, wat heeft geresulteerd in aanbevelingen. Hierdoor kan het implementatieproces (van GGZ-instelling X) worden verbeterd door middel van zowel de theorie als de ervaringen van de behandelaren (de praktijk). Hierdoor is bijdrage geleverd aan de research-to-practice gap. Ook levert het onderzoek een bijdrage aan een mogelijke oplossing voor het verkorten van de wachtlijsten. Het gebruik van een screeninginstrument voordat een cliënt op de wachtlijst komt, zou erin kunnen resulteren dat men eerder bij de juiste instelling terecht komt. In ieder geval voorkomt het dat iemand maanden op een wachtlijst staat waarnaar degene toch niet de passende hulp blijkt te kunnen krijgen en op een andere wachtlijst wordt gezet. Dit kan tot gevolg hebben dat de wachttijden verkorten.

Er is bewust gekozen om de interviews af te nemen met behandelaren die bekend waren

met het screeningsinstrument. Een aantal van de deelnemers is zeer nauw betrokken geweest bij het ontwikkelen van het instrument. Dit veroorzaakt een mogelijke bias, desondanks was dit niet te voorkomen. Achteraf gezien hadden de interviews beter gestructureerd en gespecificeerd kunnen zijn. Zo had er onder andere gevraagd kunnen worden naar de doelstelling van het screeningsinstrument om zo een beeld te schetsen of deze bekend was onder de deelnemers. De antwoorden hierop hadden kunnen wijzen op een goede of minder goede overdracht vanuit het managementteam. Een andere vraag die bijvoorbeeld gesteld had kunnen worden is wanneer een casus té complex is voor GGZ-instelling X. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou dan ook zijn om de stappen van IM alle vijf uit te werken, waarbij er concrete, gestructureerde vragen worden gesteld aan de hand van deze vijf stappen. Daarbij gaat het proces van IM idealiter gelijk op met de praktijk. Dus wanneer een probleem in de praktijk wordt geconstateerd, zal dit het beginpunt zijn van het starten met IM. De praktijk en IM zouden vanaf het begin gelijk moeten lopen. De ontwikkeling van het screeninginstrument of interventie zal dus binnen het onderzoek moeten vallen. Wanneer dit mogelijk is, zou een voor- en nameting kunnen worden gedaan. Bij het huidige onderzoek zou dan vóór het ontwikkelen van het screeningsinstrument gekeken worden hoeveel complexe trajecten te lang voortduren. Na het implementeren zou dit ook worden gedaan. Vervolgens zou dit met elkaar vergeleken kunnen worden.

Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat complexe trajecten mogelijk te lang voortduren. Deze complexe trajecten hebben wellicht invloed op de wachttijden, die problematisch zijn voor de Nederlandse samenleving. Het screeningsinstrument zou hier ten dele een oplossing voor kunnen zijn.

Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer. (2020). *Geen plek voor grote problemen: Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*. Den Haag: Algemene Rekenkamer. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>
- Bartholomew Eldredge, K. L., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (4de editie). Jossey-Bass.
- Bremmers, S. (2018). Triage bij de ggz-crisisdienst. *Zorgvisie*, 48(6), 45–46. <https://doi.org/10.1007/s41187-018-0086-8>
- Brinkman, M., De Veer, A., De Groot, K., & Francke, A. (2018). *Mensen met complexe psychische problematiek in de wijk: Vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Nivel. Geraadpleegd op 3 februari 2022, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/complexe-psychische-problematiek-in-de-wijk.pdf>
- Carter, O., Pannekoek, L., Fursland, A., Allen, K. L., Lampard, A. M., & Byrne, S. M. (2012). Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 487–492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.003>
- Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2013). What is the process of a comprehensive mental health nursing assessment? Results from a qualitative study. *International Nursing Review*, 60(1), 96–102. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01036.x>

- Clemente, C., McGrath, R., Stevenson, C., & Barnes, J. (2006). Evaluation of a Waiting List Initiative in a Child and Adolescent Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(2), 98–103. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00386.x>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Dijksman, I., Dinant, G-J., & Spigt, M. G. (2013). Ediagnostics: a promising step towards primary mental health care. *Family Practice, 30*(6), 695–704. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt046>
- Dowrick, C., Leydon, G. M., McBride, A., Howe, A., Burgess, H., Clarke, P., Maisey, S. & Kendrick, T. (2009). Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *BMJ, 338*. <https://doi.org/10.1136/bmj.b663>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5*(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Fernandez, M. E., Ten Hoor, G. A., Van Lieshout, S., Rodriguez, S. A., Beidas, R. S., Parcel, G., Ruiter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Implementation Mapping: Using Intervention Mapping to Develop Implementation Strategies. *Frontiers in Public Health, 7*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00158>
- Forman, S. G., & Barakat, N. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy in the schools: Bringing research to practice through effective implementation. *Psychology in the Schools, 48*(3), 283–296. <https://doi.org/10.1002/pits.20547>
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Chappuis, C., & Fletcher, T. (2013). Sex differences in

- recovery from PTSD in male and female interpersonal assault survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 247–255. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.02.002>
- Glotzbach, R. (2018). Ggz nieuwe stijl. *Bijblijven*, 34(8), 681–695. <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0346-y>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- Hellenbrand, I., Tiemens, B., & Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: *Psychopraxis*, 9(3), 84–87. <https://doi.org/10.1007/bf03072346>
- Henderson, J., Hess, M., Mehra, K., & Hawke, L. D. (2019). From planning to implementation of the youthcan impact project: a formative evaluation. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(2), 216–229. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09658-4>
- In 't Veld, C. J., & Huibers, L. (2013). Triage. *Bijblijven*, 29(2), 14–19. <https://doi.org/10.1007/s12414-013-0014-1>
- King, P. R., Beehler, G. P., Wade, M., Buchholz, L. J., Funderburk, J. S., Lilienthal, K. R., & Vair, C. L. (2018). Opportunities to improve measurement-based care practices in mental health care systems: A case example of electronic mental health screening and measurement. *Families, Systems, & Health*, 36(4), 427–438. <https://doi.org/10.1037/fsh0000379>
- Leijdesdorff, S., Klaassen, R., Wairata, D. J., Rosema, S., Van Amelsvoort, T., & Popma, A. (2021). Barriers and facilitators on the pathway to mental health care among 12–25 year olds. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1963110>

- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022, 28 januari). *Informatiekaart Wachttijden ggz 2021*. Geraadpleegd op 28 februari 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_648825_22/1/#055819b7-b1b6-4421-a3e5-44a94e24ce99
- Marshall, D., Quinn, C., Child, S., Shenton, D., Pooler, J., Forber, S., & Byng, R. (2016). What IAPT services can learn from those who do not attend. *Journal of Mental Health*, 25(5), 410–415. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101057>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022, 24 februari). *Kamerbrief over Stand van zaken wachttijden ggz*. Kamerstuk | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 7 mei 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/02/23/kamerbrief-over-stand-van-zaken-wachttijden-ggz>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 7 juli). *Aantal wachtenden ggz licht gedaald, wachttijd is langer*. Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 20 augustus 2022, van <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/07/07/aantal-wachtenden-ggz-licht-gedaald-wachttijd-is-langer>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 19 mei). *Discussienota Zorglandschap ggz*. Geraadpleegd op 11 april 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/05/19/discussienota-toekomst-ggz>
- Munasinghe, S., Page, A., Mannan, H., Ferdousi, S., & Peek, B. (2021). Determinants of treatment disengagement among those at risk of suicide referred to primary mental health care services in Western Sydney, Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 277–288. <https://doi.org/10.1177/0004867420963738>
- Oberjé, E., Tanke, M., Van Dijk, W., & Jeurissen, P. (2016). *De relatie tussen behandelduur en behandelsucces in de GGZ*. Celsus, academie voor betaalbare zorg. Geraadpleegd

op 18 oktober 2022, van

<https://www.radboudumc.nl/getmedia/adc1323a-f23d-4809-bfab-99e14088b813/de-relatie-tussen-behandelduur-en-behandelsucces-in-de-ggz.aspx?ext=.pdf>

- Padwa, H., Guerrero, E. G., Braslow, J. T., & Fenwick, K. M. (2015). Barriers to serving clients with co-occurring disorders in a transformed mental health system. *Psychiatric Services, 66*(5), 547-550. doi: 10.1176/appi.ps.201400190
- Reichert, A., & Jacobs, R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Economics, 27*(11), 1772–1787. <https://doi.org/10.1002/hec.3800>
- Rens, E., De Grave, J., Dom, G., Glazemakers, I., & Van den Broeck, K. (2021). Genoeg gewacht: naar een gezamenlijke aanpak van wachttijden in de Vlaamse ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 63*(12), 876–883.
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., & Eysenbach, G. (2010). Theme Issue on E-Mental Health: A Growing Field in Internet Research. *Journal of Medical Internet Research, 12*(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.1713>
- Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N., Prematunga, R. K., & Wereta, Z. W. (2013). Identifying the core competencies of mental health telephone triage: identifying the core competencies. *Journal of Clinical Nursing, 22*(21-22), 3203–3216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04093.x>
- Schmidt, S., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B., Maric, N., Salokangas, R., Riecher-Rössler, A., Van der Gaag, M., Meneghelli, A., Nordentoft, M., Marshall, M., Morrison, A., Raballo, A., Klosterkötter, J., & Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry, 30*(3), 388–404. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>

- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating care for people with cooccurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol Research and Health*, 33(4), 338-338.
- Tak, L. (2020). De tijd is rijp voor inclusieve specialistische psychiatrie bij 'complexe' problematiek. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 62(4), 244–246.
- Tarren-Sweeney, M., Goemans, A., Hahne, A. S., & Gieve, M. (2019). Mental health screening for children in care using the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Brief Assessment Checklists: Guidance from three national studies. *Developmental Child Welfare*, 1(2), 177–196. <https://doi.org/10.1177/2516103219829756>
- Terluin, B., & Oud, M. J. T. (2014). Triage van psychische klachten bij de huisarts. *Bijblijven*, 30(9), 13–18. <https://doi.org/10.1007/s12414-014-0063-0>
- Van Leeuwen, H. (2018). Integrale jeugdhulp biedt 'alles ineen'. Maar wat dan precies? *Jeugdbeleid*, 12, 207-211. <https://doi.org/10.1007/s12451-018-0191-0>
- Verbraak, M. (2013). Inkoopbeleid zorgverzekeraars leidt tot duurdere en minder doelmatige GGZ. *Psychopraktijk*, 5(2), 27–29. <https://doi.org/10.1007/s13170-013-0024-9>

Bijlage A

Screeningsinstrument

Informatietelefoontje

Datum:

Naam medewerker:

Cliënt (voor wie de hulpvraag is)

Naam cliënt: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: man vrouw

Bekend bij ja nee

Zo ja; naam behandelaar: _____

Verzekeraar: _____

Let op verzekeraars x,y,z verschillende eisen

VGZ -> **ja**

Menzis, etc -> **prima**

CZ -> **nee**







Besproken eigen risico

1. HULPVRAAG: "Wat is uw vraag? Waarmee kunnen wij u helpen?"

1.1 Vat de hulpvraag samen.

1.2 Leg kort uit waar _____ voor is en hoe wij werken (voorspellen duage).

2. LEEFGEBIEDEN: 2.1 "In hoeverre maakt u zich zorgen over...?" (benoem eerst leefgebied van de hulpvraag en noem andere gebieden die dicht bij het hulpvraag-leefgebied liggen)

Letter Leefgebieden				A: Wonen	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Betekenis vlaggen</p>  Geen zorgen</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">  Beetje zorgen</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">  Zorgen </div>
1: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B: Financiën	
2: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C: Lichamelijke gezondheid	
3: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D: Levensbeschouwing/zingeving	
4: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E: Dagbesteding (werk en opleiding)	
5: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F: Sociale contacten	
				G: Psychische gezondheid/ verslavingsklachten	
				H: Pedagogisch functioneren (opvoeden)	
				I: Relatie/(ex)partner	
				J: Praktisch functioneren	
				K: Ingrijpende gebeurtenissen	
				L: Huiselijk geweld/veiligheid	
				M: Vrijtijdsbesteding (hobby's)	
				N: Anders, namelijk _____	

(bij meerdere zorgenvraag 2.2)

2.2. "Waar wilt u het eerst aan werken?" (omcirkel het leefgebied)

2.3 "In welke situaties komt het ... voor?"

Gezin ➔ Aantal (stief)kinderen: _____ Werk Anders, namelijk _____

School Hulpverlening onderling

3. DOEL: "Wat wilt u bereiken?"

4. EERDERE HULP: 4.1 "Heeft u al eerder ondersteuning/hulp gehad?" ja nee

4.2 "Kreeg u deze ondersteuning/hulp voor **dezelfde vraag** als waar u nu hulp voor zoekt?"

ja nee ➔ 4.3 "Op welk gebied kreeg u eerder hulp?":

4.4 "Wat Werkte?" 4.4a "Wat werkte **WEL**?" 4.4b "Wat werkte **NIET**?"

5. KRACHTEN: "Wat zijn uw sterke kanten? Waar bent u goed in?"

6. NETWERK 6.1 "Heeft u mensen in uw netwerk die u kunnen helpen bij deze vraag?"

ja nee

6.2 "Wie zijn dat en wat kunnen zij betekenen?"

7. DUAGE

7.1 Kruis aan:

	Enkelvoudige situatie	Complexe situatie
Enkelvoudige problematiek		
Complexe problematiek		

7.2 Geel? -> Is er perspectief voor effectieve behandeling van 1 uur per week voor de cliënt?

ja nee ➔ 7.3 Leg uit dat wij onvoldoende voor de cliënt kunnen betekenen, biedt aan mee te kunnen denken over wat wel mogelijk is.

8. DAMOCLES

Inschatting behandelaar (8.1):

- 1) niet aan de orde
- 2) wel aan de orde
- 3) gesprek nodig om in te schatten of er eerder contact moet worden opgenomen m wachttijd te overbruggen.

8.2. Wat is gecommuniceerd naar cliënt/verwijzer?

Vakjes....

9. Wachttijden

9.1 Leg uit wat de wachttijden zijn, wachttijd is aan verandering onderhevig, op de website te vinden,

9.2 aanmelden via de website + verwijzing van de huisarts/behandelaar

10. ROUTE

Preventief/Praktisch GGZ-behandeling Crisis (Damocles)

Bijlage B

Interviewleidraad

Introductie

Goedemorgen ..., allereerst bedankt voor het vrijmaken van uw tijd. Wij zullen ons eerst even voorstellen: wij zijn Dagmar & Roos, studenten Orthopedagogiek aan de RUG en op dit moment bezig met een onderzoek binnen GGZ-instelling X om de thesis te schrijven. Het onderwerp van de thesis betreft het screeningsinstrument waarmee geprobeerd wordt aan de voorkant te bekijken of GGZ-instelling X de meest passende hulp kan bieden aan de mogelijke cliënt. In de praktijk is geconstateerd dat GGZ-instelling X de cliënten graag goed wil helpen en hierdoor soms trajecten aangaat die niet passend zijn binnen GGZ-instelling X. Dit kan resulteren in situaties waarbij de zorgtrajecten te lang doorlopen binnen GGZ-instelling X. Daarnaast levert het voor u/jullie een grotere werkdruk op. Het is wenselijk om aan de hand van het screeningsinstrument vooraf goed te kunnen bepalen of GGZ-instelling X daadwerkelijk de meest passende hulp kan bieden. Wanneer dit niet het geval blijkt, kan GGZ-instelling X hulp bieden in het kijken naar een andere passende instantie. Hierbij willen we wel van tevoren even benoemen dat de naam van het screeningsinstrument nog niet vaststaat. Voordat we echt aan het interview gaan beginnen, herkent u het probleem wat we zojuist hebben geschetst?

Het onderwerp spitst zich toe op volwassenen waarbij sprake is van een risicovol traject waarbij complexiteit van de problemen een grote rol speelt. De onderwerpen screeningsinstrument en risicovolle trajecten bij volwassenen zullen dan ook de kern van het interview zijn. Het interview wordt opgenomen met de recorders van GGZ-instelling X. Deze zullen hier op locatie blijven en de geluidsopnames, de ruwe data, worden op de beveiligde omgeving van de RUG geplaatst. Wel willen we u erop attenderen geen namen te noemen tijdens dit interview. Dit geldt zowel voor namen van cliënten als de behandelaren. We verwerken de gegevens anoniem, maar om de privacy te kunnen beschermen is dit van belang. Heeft u nog vragen voordat we aan het interview gaan beginnen? De eerste vragen zijn introductievragen om kort een beeld te kunnen schetsen van wie u bent en wat u doet binnen GGZ-instelling X. Zullen we daar nu mee van start gaan?

Introductievragen

1.1 Wat is uw opleiding en functie binnen GGZ-instelling X?

- 1.1a Wat zijn uw taken binnen deze functie?
- 1.2 Hoeveel jaar bent u werkzaam binnen GGZ-instelling X en is dit in dezelfde functie?
- 1.3 Werkt u met kinderen, volwassenen of beide?
- 1.4 Heeft u ook andere werkgevers gehad en wat was uw functie destijds?
- 1.5 Binnen GGZ-instelling X bellen mogelijke volwassen cliënten om informatie in te winnen over een mogelijke behandeling. Neemt u deze informatielefoontjes aan?
- 1.6 Binnen GGZ-instelling X is elke behandelaar actief binnen een werkgroep. Bent u actief binnen een werkgroep gerelateerd aan volwassenen? En zo ja, welke werkgroep?
- 1.7 Kunt u mij kort uitleggen wat deze werkgroep inhoudt?
- 1.8 Bent u gedetacheerd bij bijvoorbeeld het WIJ-team of als POH, binnen de volwassenenzorg, naast uw functie binnen GGZ-instelling X? Zo ja, bij welke organisatie bent u werkzaam? Vervolg met vraag **1.9**. Zo nee, ga door naar **vraag 2.1**.
- 1.9 Wat is uw functie binnen deze organisatie?

Screeningsinstrument

- 2.1 Bent u bekend met het screeningsinstrument? Zo ja, ga verder met **vraag 2.2** en **vervolg met de vragen achter de niet-dikgedrukte nummers**. Zo nee, ga door naar **vraag 2.3.a** en **vervolg met de vragen achter de dikgedrukte nummers**.
- 2.2 Wanneer maakt u gebruik van het screeningsinstrument?
- 2.3 Waar loopt u tegenaan bij het gebruik van het screeningsinstrument?
- 2.3.a** Als u het formulier zo ziet, waar zou u dan mogelijk tegenaan kunnen lopen bij het gebruik ervan?
- 2.4 Zijn er verbeterpunten? Zo ja, wat zijn deze?
- 2.4.a** Wat zouden voor u, na de eerste indruk van het formulier, verbeterpunten kunnen zijn en waarom?
- 2.5 Wat zijn de sterke punten van het screeningsinstrument en waarom is dit van belang volgens u?
- 2.5.a** Wat lijken u sterke punten van het screeningsinstrument en waarom is dit van belang volgens u?
- 2.6 Maakt u binnen uw functie gebruik van andere screeningsinstrumenten betreft volwassenproblematiek?
- 2.6.a** Maakt u binnen uw functie gebruik van andere screeningsinstrumenten betreft volwassenproblematiek? Zo ja, ga naar **vraag 2.7.a**. Zo nee, ga door naar **vraag 2.7** en ga verder.

2.7.a Wat is de reden dat u gebruik maakt van andere screeningsinstrumenten en niet het screeningsinstrument betreft complexe problematiek bij volwassenen? Vervolg met **vraag 2.7** en ga verder.

2.7 In hoeverre heeft een traumatische gebeurtenis in de jeugd impact op het ontwikkelen van complexe problematiek op latere leeftijd?

2.8 In hoeverre is het van belang om te weten of iemand eerder hulp heeft gehad?

Risicovolle zorgtrajecten

3.1 Wat kenmerkt een risicovol zorgtraject?

3.2 Kunt u drie leefgebieden noemen waarvan u denkt dat deze (vaak) te relateren zijn aan een risicovol zorgtraject?

3.3 U heeft net drie leefgebieden opgenoemd waarvan u denkt dat deze te relateren zijn aan risicovolle zorgtrajecten, komt deze informatie voort uit ervaring of literatuur/opleiding?

3.4 Stel dat er wordt vastgesteld dat er sprake is van een risicovol zorgtraject. Wat zijn dan de leefgebieden waar als eerste aandacht aan wordt besteed?

3.5 Kan het zijn dat voor de behandeling is gestart geconcludeerd wordt dat GGZ-instelling X niet de meest passende hulp kan bieden? Zo ja, ga naar **vraag 3.6**. Zo nee, ga door naar **vraag 3.8**.

3.6 Wat zijn of kunnen de redenen zijn voor de conclusie dat GGZ-instelling X niet de meest passende hulp kan bieden?

3.7 Wat wordt er gedaan wanneer voor behandeling blijkt dat GGZ-instelling X niet de meest passende hulp kan bieden?

3.8 Komt het voor dat tijdens het behandeltraject blijkt dat de hulp niet het meest passend is of niet zoals gewenst? Zo ja, door naar **vraag 3.9**. Zo nee, door naar **vraag 3.12**.

3.9 Waar in het traject blijkt GGZ-instelling X niet de meest passende hulp kan bieden?

3.10 Wat is de reden dat de hulp niet het meest passend (meer) is of niet verloopt zoals gewenst?

3.11 Wat zijn de vervolgstappen wanneer blijkt dat de hulp niet het meest passend is of niet verloopt zoals gewenst?

3.12 Zijn er ook risicovolle trajecten waarbij achteraf gezien de hulp eerder stopgezet had kunnen worden? Zo ja, ga naar **vraag 3.13**. Zo nee, dit is het **einde** van het interview.

3.13 Wat zijn de kenmerken van deze risicovolle trajecten?

3.14 Wat had het opgeleverd voor u als behandelaar wanneer er eerder actie was ondernomen?

3.15 Wat had het opgeleverd voor de cliënt wanneer er eerder actie was ondernomen?