

Routeplanner voor de GGZ:

Het ontwerpen van een beslismodel voor de juiste zorg op de juiste plek



Thesis Modulair Executive MBA Nyenrode Business Universiteit

Auteur: Drs. Marjolijn Vreeswijk, MSc, eigenaar/algemeen directeur ggz-instelling Perspectief en voorzitter bestuur MEERGGZ

Academisch begeleider: Prof. dr. ir. Marijn Janssen, hoogleraar Techniek, Bestuur en Management en hoogleraar Engineering, Systems and Services aan TU Delft en verbonden aan Nyenrode Business Universiteit Erasmus University Rotterdam, Bradford University en University Teknologi Mara

Kerndocent: Prof. Ronald Jeurissen, hoogleraar Bedrijfsethiek aan Nyenrode Business Universiteit

Praktijkbegeleider: Martijn Mahler, MSc, eigenaar/directeur adviesbureau Bee-Improve en consultant Landelijke Stuurgroep Toegankelijke GGZ en Wachttijden

Datum: 23 November 2023

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Voorwoord	7
Samenvatting.....	8
1. Definiëren van het probleem	11
1.1. Slechte toegang tot de GGZ.....	11
1.2. Verwijzing naar de GGZ.....	13
1.3. Managementvraag.....	16
1.4. Wetenschappelijke vraag	17
1.5. Doelstelling onderzoek	17
1.6. Vraagstelling	18
1.6.1. Onderzoeksvraag.....	18
1.6.2. Operationaliseren factoren	19
1.6.3. Deelvragen	19
1.7. Relevantie	20
1.8. Ontwerpstudie	21
1.9. Leeswijzer	21
2. Literatuur achtergrond	23
2.1. Literatuur selectie.....	23
2.2. Zorgvragen verwijzen naar de ggz.....	25
2.2.1. Wat gaat er vooraf aan een verwijzing naar de ggz?	25
2.2.2. Wie worden er verwezen naar de ggz?	26
2.2.3. Factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de ggz	26
2.2.3.1. Inhoudelijke psychologische factoren.....	27
2.2.3.2. Behandelproces factoren	28
2.2.3.3. Rand voorwaardelijke factoren	29
2.3. Afwijzen van ggz-zorgvragen.....	30
2.4. Digitale beslismodellen in de ggz	31
2.5. Factoren uit de literatuur	31
3. Onderzoeksmethode	34
3.1. Onderzoeksopzet.....	34
3.1.1. Ontwerpstudie	34
3.1.2. Kwalitatief onderzoek en triangulatie	37
3.2. Dataverzameling	37

3.2.1.	Beantwoording deel- en onderzoeksvraag	38
3.2.2.	Instrumenten voor dataverzameling	39
3.2.2.1.	Brainstorm experts	39
3.2.2.2.	Dossieronderzoek.....	39
3.2.2.3.	Interviews.....	39
3.2.2.4.	Brainstorm behandelaars.....	40
3.2.2.5.	Ontwerp artefact.....	40
3.2.2.6.	Experiment artefact en evaluatie artefact.....	41
3.3.	Selectieprocedure dossiers en respondenten	42
3.3.1.	Selectieprocedure dossiers	42
3.2.2.	Selectie respondenten.....	42
3.2.3.	Selectie proefpersonen	44
3.4.	Data-analyse.....	44
3.4.1.	Analyse brainstorm	45
3.4.2.	Analyse interviews.....	46
3.4.3.	Analyse experiment	48
3.5.	Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid.....	49
4.	Vereisten aan het beslismodel	51
4.1.	Resultaten.....	51
4.1.1.	Factoren uit dossieronderzoek	51
4.1.2.	Factoren uit interviews behandelaars.....	54
4.1.2.1.	Factoren uit open vragen behandelaars.....	54
4.1.2.2.	Factoren uit gesloten vragen behandelaars	56
4.1.2.3.	Toegevoegde factoren.....	56
4.1.2.4.	Overzicht factoren uit interviews behandelaars	57
4.1.3.	Factoren uit interviews verwijzers	57
4.1.3.1.	Factoren uit open vragen verwijzers	57
4.1.3.2.	Factoren uit gesloten vragen verwijzers	59
4.1.3.3.	Overzicht factoren uit interviews verwijzers	60
4.1.3.4.	Eisen verwijzers aan een verwijssysteem	60
4.2.	Vereisten voor het beslismodel	62
4.2.1	Beantwoording deelvragen	62
4.2.2	Beantwoorden Wetenschappelijke vraag.....	65
4.2.3	Vereisten voor ontwerp beslismodel.....	66
5.	Ontwerp van het artefact: beslismodel	67

5.1.	Ontwerp.....	67
5.2.	Brainstorm.....	68
5.2.1.	Brainstorm contouren beslismodel	68
5.2.2.	Brainstorm vragen beslismodel.....	69
5.3.	Vereisten beslismodel omzetten in vragen	72
5.3.1.	Vereisten uit interviews behandelaars	73
5.3.2.	Vereisten uit brainstorm behandelaars.....	74
5.3.3.	Vereisten uit interviews verwijzers.....	75
5.4.	Ontwerpen beslismodel.....	76
5.4.1.	Volgorde van vragen in het beslismodel.....	76
5.4.2.	Digitaal beslismodel.....	78
6.	Experiment en evaluatie artefact	79
6.1.	Quasi-Experiment	79
6.1.1.	Selectie proefpersonen	80
6.1.2.	Selectie verwijsbrieven en verdeling verwijsbrieven	80
6.1.3.	Mogelijk verschil in kennis tussen proefpersonen.....	81
6.1.4.	Procedure experiment	81
6.1.5.	Uitvoering experiment	82
6.2.	Evaluatie artefact	84
6.2.1.	Analyse werking artefact	84
6.2.2.	Beantwoorden Onderzoeksvraag	85
6.2.3.	Analyse evaluatievragenlijst	86
6.2.4.	Onbedoelde neveneffecten van artefact.....	88
6.2.5.	Analyse verbetermogelijkheden artefact.....	88
7.	Discussie.....	91
7.1.	Bevestiging van bestaande kennis en nieuwe inzichten	91
7.1.1.	Bevestiging van bestaande kennis	91
7.1.2.	Nieuwe inzichten en bijdrage aan wetenschappelijke kennis	92
7.1.3.	Combinatie bestaande kennis en nieuwe inzichten.....	93
7.1.4.	Inhoudelijke psychologische factoren het meest van belang.....	94
7.2.	Bijdrage kennis door ontwikkeld artefact	94
7.2.1.	Beslismodel legt onderliggend probleem bloot	94
7.2.2.	Onbedoeld neveneffect	95
7.3.	Evaluatie onderzoeksproces.....	96
7.3.1.	Onderzoek als inspiratiebron	96

7.3.2.	Beperkingen van de onderzoeker	97
7.3.3.	Beperkingen van de respondenten en proefpersonen.....	97
7.3.3.1.	Sociale waarschijnlijkheidsbias	97
7.3.3.2.	Respons bias.....	97
7.3.3.3.	Vraagvolgorde bias	98
7.3.3.4.	Herinneringsbias	98
7.3.4.	Beperkingen van het dossieronderzoek	98
7.3.5.	Beperkingen van het experiment	98
7.3.5.1.	Indeling in twee groepen.....	98
7.3.5.2.	Trials niet herleidbaar naar proefpersonen	99
7.3.5.3.	Papieren casus	99
7.3.5.4.	Model bevatte twee fouten.....	99
7.3.5.5.	Setting experiment	100
7.4.	Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek.....	100
8.	Conclusie en aanbevelingen	101
8.1.	Conclusie.....	101
8.1.1.	Beantwoorden deelvragen en de wetenschappelijke vraag.....	101
8.1.2.	Beantwoorden Onderzoeksvraag en managementvraag	104
8.2.	Aanbevelingen	106
8.2.1.	Model verbeteren	106
8.2.2.	Onderzoek repliceren	106
8.2.3.	Aanvullende mogelijkheden voor het model	106
8.2.4.	Routeplanner voor de GGZ.....	107
8.2.5.	Beslismodel op basis van factoren versus andere verwijsmoedellen	108
8.2.6.	Privacy risico's.....	108
	Referenties	109
	Bijlage A. Overzicht literatuurstudie	114
	Bijlage B. Dossieronderzoek en interviews	116
	B.1. Informatiebrief en toestemmingsverklaring	116
	B.2. Interview protocollen.....	116
	Bijlage C. Analyse	119
	C.1. Meest genoemde factoren door behandelaars.....	119
	C.2. Meest genoemde factoren door verwijzers	120
	C.3. Analyse experiment beslismodel	121
	C.4. Antwoorden op evaluatievragenlijst experiment.....	123

Voorwoord

Het onderzoek is tot stand gekomen vanuit een innerlijke drive tot verbetering en een grote betrokkenheid bij de geestelijke gezondheidszorg, de sector waarin ik al achttien jaar werk. Er spelen in de sector veel uitdagingen en het kenmerkt de sector dat er dan ook talloze visies zijn over hoe deze uitdagingen zouden moeten worden opgelost. Van kleine aanpassingen tot aan de wens om het hele systeem te veranderen. Met de kennis van de MBA op zak probeer ik met afstand naar deze ontwikkelingen en oplossingsrichtingen te kijken. Ik ben de illusie armer dat een systeemverandering alles oplost en heb ervaren dat systeemwisselingen altijd nieuwe problemen met zich meebrengen. Vanuit een vorm van pragmatisme ben ik gekomen tot het onderzoek dat u zult gaan lezen. Het idee om deelprocessen te verbeteren en daarmee ook het geheel te veranderen, spreekt mij zeer aan bij dit soort complexe problemen. Daarnaast is het gebruik van technologie in de ggz een achtergebleven ontwikkeling en wilde ik met dit onderzoek daar een positieve draai aan geven.

Het onderzoek dat u gaat lezen, was niet tot stand gekomen, zonder de betrokkenheid van de begeleiders van de thesismodule van Nyenrode en in het bijzonder mijn academisch begeleider Marijn Janssen. Ik ben hen dankbaar voor alle tips en adviezen. Deze heb ik steeds ter harte genomen en ze hebben mij geholpen dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Zonder de bevoegdheid van de behandelaars binnen de ggz-instelling Perspectief en de verwijzers waarmee de instelling samenwerkt, was deze missie niet geslaagd. De interviews hebben mij diep geïnspireerd om met deze groep nog veel mooie uitdagingen aan te gaan die de zorg verder kunnen verbeteren. Allerm minst was het mij gelukt deze thesis te schrijven, als ik niet zoveel betrokkenheid, steun en hulp van mijn familie had mogen ervaren. Ik ben dankbaar voor de ruimte die ik heb gekregen om dit te kunnen voltooien.

Samenvatting

Routeplanner voor de GGZ: Het ontwerpen van een beslismodel voor de juiste zorg op de juiste plek

‘Een mevrouw meldt zich met een verwijfsbrief voor de basis-ggz met een psychotrauma. Tijdens de intake blijkt dat mevrouw in acute crisis verkeerd. Zij heeft voortdurend last van herbelevingen aan seksueel misbruik in haar jeugd. Het loopt daarbij zo hoog op dat zij niet meer wil leven. Vanwege de acute crisistoestand kan zij niet in zorg komen bij ggz-instelling Perspectief. De verwijzger, het secretariaat en de behandelaar hebben gezamenlijk een aantal uur besteed aan deze mevrouw, zonder dat zij daarmee geholpen is. Mevrouw wordt vervolgens verwezen naar de wachtrij van een andere zorgaanbieder, waar het proces zich herhaalt.’

Bovenstaande situatie is helaas geen uitzondering voor toegang tot de ggz. Het huidige verwijssysteem heeft een foutmarge van ongeveer twintig procent (CZ et al., 2020). Een van de oorzaken hiervan lijkt te zijn dat het verwijssysteem op basis van slechts twee factoren differentieert. Hierdoor hebben verwijzgers veel kennis nodig van het zorgaanbod om naar de juiste behandelplek te verwijzen. In 2022 werden er 760 duizend mensen naar de ggz verwezen (Ten Have et al., 2022). Uitgaande van bovenstaande foutmarge betekende dit dat 150 duizend mensen op een verkeerde wachtlijst stonden. Deze foutmarge kost de zorgverleners veel uren en is daarmee een forse kostenpost waar geen verleende zorg tegenover staat. Een schatting van deze kosten komt uit op €46,8 miljoen. Als deze uren zouden worden besteed aan behandelingen, dan zouden jaarlijks 15 duizend extra mensen een volledige behandeling kunnen krijgen en zou het aantal wachtenden met achttien procent kunnen dalen.

Het bovengenoemde probleem speelt in een context waarbij de wachttijden te lang zijn (NZa, 2023) en een deel van de mensen door de complexiteit van hun problematiek nergens terecht kan (Boumans et al., 2023; Wieland et al., 2019). De noodzaak om de ggz efficiënter in te richten en de beschikbare capaciteit beter te benutten is groot. In verschillende regio's wordt via multidisciplinaire triagepunten geprobeerd om de zorgvrager sneller op de juiste plek in zorg te krijgen. Het grote nadeel van deze werkwijze is dat meerdere professionals worden ingezet om één zorgvraag te beoordelen, wat een zeer arbeidsintensieve oplossing is. In verband met de schaarste in de ggz is de onderzoeker op zoek gegaan naar een efficiëntere oplossing om het verwijzen in de ggz te verbeteren. Dit heeft geleid tot het doel van dit onderzoek. In deze ontwerpstudie wordt onderzocht of het gebruik van een *artefact* in de vorm

van een digitaal beslismodel op basis van factoren kan helpen om het percentage goede verwijzingen te vergroten en mensen sneller op de juiste plek in zorg te krijgen.

Voor het ontwerpen van het *artefact* was er sprake van een wetenschappelijke uitdaging. Om te bepalen welke factoren moesten worden opgenomen in het beslismodel en waar het beslismodel aan moest voldoen, was onderzoek nodig. Om de nodige kennis te verkrijgen over factoren die een rol speelden bij het matchen van zorgvragen met zorgaanbod werd onderzoek uitgevoerd binnen ggz-instelling Perspectief. Het onderzoek bestond uit inhoudsanalyse van dossiers van afgewezen zorgvragen (N=12), interviews en brainstorm met de behandelaars die de dossiers hadden behandeld (N=12) en interviews met verwijzers (N=4). De steekproef van dossiers, behandelaars en verwijzers was representatief voor de onderzoekspopulatie. Uit het onderzoek kwamen 14 factoren naar voren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing. Ook kwamen er verschillende eisen van verwijzers naar voren ten aanzien van het gebruik van een beslismodel.

De gevonden factoren en de eisen van verwijzers werden gebruikt als bouwstenen voor het ontwerpen van het *artefact*. Voor het testen van het *artefact* werd een quasi-experiment uitgevoerd, omdat dit praktisch goed te organiseren en kosteneffectief was (Verhoeven, 2022, p.114). Er werden 56 trials uitgevoerd met een groep van 14 proefpersonen (N=14), waarmee het effect van het gebruik van het *artefact* kon worden aangetoond (Verhoeven, 2022). Het experiment wees uit dat het gebruik van het *artefact* tot bijna tachtig procent meer goede verwijzingen leidt. Daarmee werd de onderzoeksvraag: “In hoeverre leidt het gebruik van een beslismodel op basis van factoren tot een hoger percentage goede verwijzingen?” beantwoord.

Het onderzoek draagt bij aan de wetenschap door het toevoegen van een overzicht van factoren die een rol spelen bij het matchen van zorgvragen met zorgaanbod in de ggz. Het quasi-experiment met het *artefact* had ook wetenschappelijke waarde, omdat dit naast informatie over het effect ook aanknopingspunten opleverde voor verdere verbetering van het *artefact*. Deze kennis is relevant voor het oplossen van het geconstateerde managementprobleem en is naar verwachting breder toepasbaar dan binnen de ggz-instelling Perspectief. Geconcludeerd kan worden dat het gebruik van het *artefact* een substantiële bijdrage kan leveren aan het verkorten van de wachtlijsten in de ggz door mensen sneller op de juiste plek in zorg te krijgen. Hierdoor kan de capaciteit in de ggz beter worden benut en kunnen duizenden extra behandelingen worden uitgevoerd bij gelijkblijvende kosten.

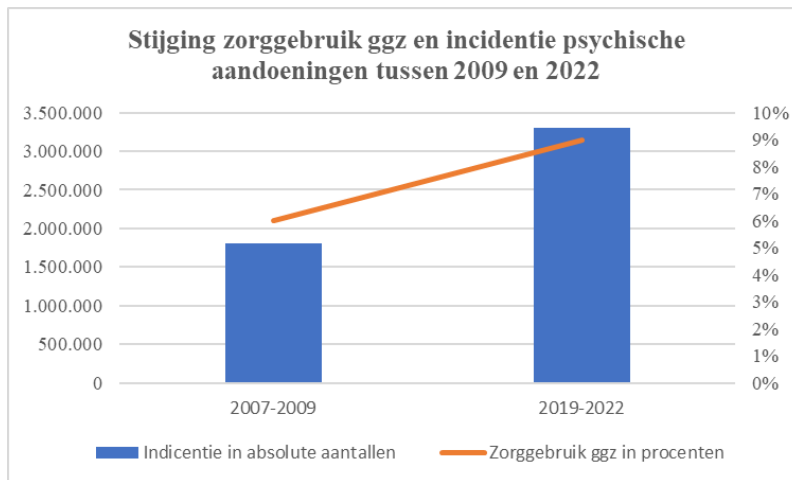
Keywords

- Mental health study in the Netherlands
- Reasons for referring mental health patients
- GP and mental health patients
- Digital AND Decision making
- Decision making AND GP AND mental health disorders
- Referral pathway AND mental health disorders AND health care providers
- Electronic referral system AND mental health care
- Access to mental health care
- Qualitative research methods
- Design Science
- Thematic analysis

1. Definiëren van het probleem

1.1. Slechte toegang tot de GGZ

De wachttijden in de GGZ zijn te lang (NZa, 2023) en een deel van de mensen kan door de complexiteit van hun problematiek nergens terecht (Boumans et al., 2023; Wieland et al., 2019). De directeur van MIND, de landelijke vertegenwoordiger van cliënten in de GGZ, kaart aan dat tachtig procent van de mensen te lang moet wachten op een behandeling waardoor er schrijnende taferelen ontstaan (Den Blijker, 2023). Met het ondertekenen van het Integraal Zorgakkoord werd door de betrokken partijen een inspanningsverplichting afgesproken om dit probleem op te lossen (ActiZ et al., 2022). Het oplossen van de wachtlijsten wordt volgens de sector belemmerd door een steeds grotere toestroom aan hulpvragen. Dit werd ondersteund door de Nederlandse studie NEMESIS-3 (Ten Have et al., 2022). Ten Have et al. (2022) vonden een groei in het gebruik van de GGZ van drie procent tussen 2009 en 2022. Daarmee kwam het percentage Nederlandse volwassenen dat gebruik maakte van de GGZ in 2022 op negen procent en het aantal gebruikers op ruim 1,1 miljoen (Ten Have et al., 2022). Het toegenomen gebruik van de ggz lijkt een gevolg te zijn van de toegenomen incidentie van psychische aandoeningen onder de Nederlandse bevolking (Ten Have et al., 2022). Het percentage Nederlandse volwassenen dat in de afgelopen twaalf maanden last had van een psychische aandoening steeg van zeventien procent in 2009 (De Graaf et al., 2010) naar zesentwintig procent in 2022 (Ten Have et al., 2022). In absolute aantallen was er sprake van een groei van 1,8 miljoen mensen die voldeden aan de criteria van een psychische aandoening in 2009 naar 3,3 miljoen mensen in 2022 (Ten Have et al., 2022). De stijging van het zorggebruik in de ggz en het aantal volwassenen dat voldeed aan de criteria van een psychische aandoening is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Stijging zorggebruik ggz en incidentie psychische aandoeningen in absolute aantallen.

Ten Have et al. (2022) vonden dat drieëntwintig procent van de mensen die in de afgelopen twaalf maanden voldeden aan de criteria van een psychische aandoening, daadwerkelijk hulp zocht in de ggz. Dit waren in 2022 ongeveer 760 duizend mensen (Ten Have et al., 2022). Het aantal verwijzingen naar de ggz kwam daarmee op de vierde plaats te staan van de meest gemaakte verwijzingen door huisartsen in Nederland (Heins et al., 2023). Er was sprake van een verschil tussen het aantal mensen dat jaarlijks gebruik maakte van de ggz, 1,1 miljoen, en het aantal mensen dat hulp zocht in de afgelopen twaalf maanden, 760 duizend (Ten Have et al., 2022). Dit verschil kon worden verklaard doordat een substantieel deel van de gebruikers van de ggz meer dan een jaar in zorg was.

De instroom in de ggz verliep in veel gevallen stroef. De wachttijd cijfers van december 2022 lieten zien dat ongeveer 84 duizend mensen op een wachtlijst stonden voor hulp (NZa, z.d., p. 3). Ongeveer de helft van de wachtenden moest langer wachten dan de gestelde norm voor de maximale wachttijd van veertien weken (NZa, z.d., p. 3).

Absolute aantallen wachtenden in de ggz

	Totaal wachtenden
Wachtenden korter dan 14 weken	41.082 (49%)
Wachtenden langer dan 14 weken	42.887 (51%)
Totaal wachtenden	83.969

(NZa, z.d.)

Als gevolg van de slechte toegang tot de ggz, krijgt de huisartsenpraktijk steeds meer te maken met mensen met psychische problematiek (Noordam et al., 2023). In 2008 is de POH-GGZ ingevoerd om de huisarts te ondersteunen bij mensen met psychische klachten (Noordam et al., 2023). Door het dichtslibben van de ggz begeleiden de POH-GGZ nu een populatie die daar niet thuishoort (Noordam et al., 2023). Daarnaast werd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ in 2012 afgesproken dat een afbouw van intramurale ggz (bedden) zou worden opgevangen door een toename van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Noordam et al., 2023). De groep die gebruik maakte van intramurale zorg, waren mensen met complex en meervoudige psychische aandoeningen, waar hoog specialistisch zorgaanbod voor noodzakelijk is. Er lijkt sprake van een tekort aan behandelplekken voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (Noordam et al., 2023).

Knelpunten bij de toegang tot de ggz

- **Lange wachttijd voor ggz-zorgvragen**
- **Lange wachttijden voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)**
- **Tekort aan ambulante ggz voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen**

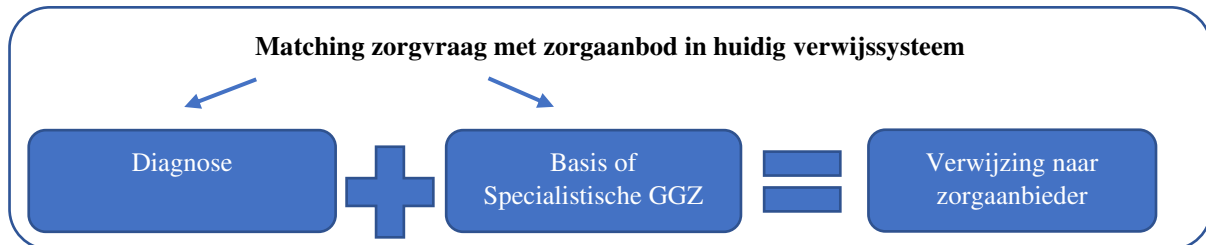
Gevolg: mensen met psychische aandoeningen moeten maanden wachten op zorg en leggen in de tussentijd veel druk op de huisarts, de POH-GGZ en de sociale omgeving.

(Noordam et al., 2023)

1.2. Verwijzing naar de GGZ

Mensen komen niet zomaar in een wachtrij bij een ggz-aanbieder terecht. Als zij de zorg vergoed willen krijgen door hun zorgverzekeraar dan hebben zij een verwijsbrief van een medisch geschoolde professional nodig. De verwijzers maakten in ongeveer negentig procent van de gevallen gebruik van een privaat systeem voor het verwijzen van zorgvragen (ZorgDomein. z.d). In dit systeem selecteert de verwijzer de zorgaanbieder op basis van twee factoren, de (vermoedelijke) diagnose en de keuze voor basis- of specialistische ggz. Vervolgens krijgt de verwijzer een lijst te zien van zorgaanbieders en moet de verwijzer op basis van zijn kennis een van de zorgaanbieders selecteren voor de verwijzing. Dit vereist veel

kennis van de verwijzer van het ggz-aanbod in de omgeving, waarover niet alle verwijzers beschikken (Noordam et al., 2023). Na het maken van een selectie door de verwijzer, zend het systeem digitale cliëntgegevens naar de zorgaanbieder.

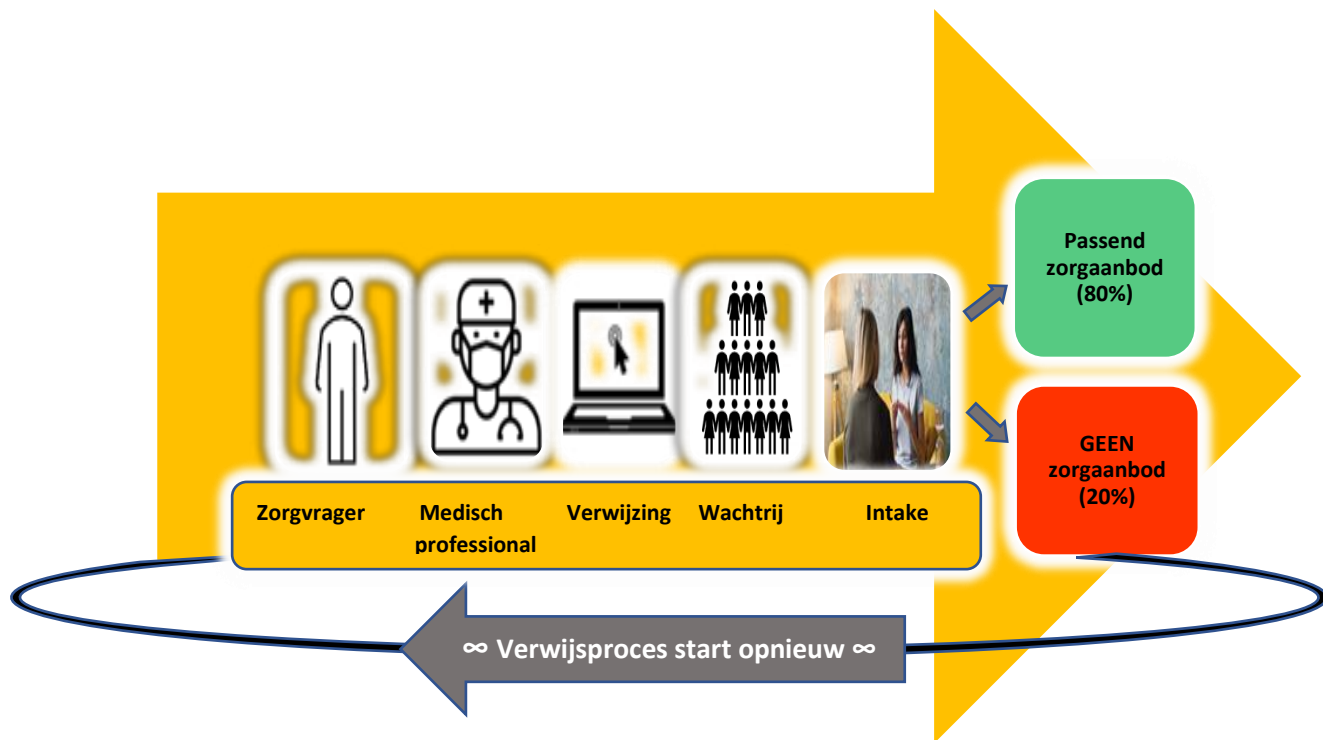


Het bleek dat mensen na verwijzing in ongeveer twintig procent van de gevallen niet bij de juiste zorgverlener terechtkwamen (CZ et al., 2020) en woren afgewezen. Dit was niet geheel onverwacht, omdat de match tussen zorgvraag en zorgaanbod door het verwijssysteem op slechts twee factoren werd gemaakt en het maken van een goede verwijzing afhing van de kennis van de verwijzer van het zorgaanbod in de regio.

Zorgvragers komen in 20% van de gevallen na verwijzingen in de verkeerde wachtrij terecht.

(CZ et al., 2020)

Het afwijzen van zorgvragen had zowel nadelen voor de zorgvrager, de verwijzer als voor de zorgaanbieder. De zorgvrager die werd afgewezen, moest zijn verhaal op tenminste twee plekken doen en had al snel een dubbele wachttijd. De verwijzer kreeg de zorgvrager vaak terugverwezen en moest opnieuw de stappen doorlopen om een verwijzing naar een andere zorgaanbieder te maken. Ook drukte de verantwoordelijkheid voor de zorgvrager dan nog langer op de verwijzer. De zorgaanbieder moest iemand afwijzen voor zorg wat mogelijk voorkomen had kunnen worden. Voor het zorgsysteem was er sprake van dubbele uren, die niets toevoegden aan het herstel van de zorgvrager en daardoor konden worden bestempeld als 'waste'. De zorgvrager doorliep immers bij meerdere zorgverleners een intakeprocedure om te bepalen of hij op de juiste plek was aangemeld, zonder dat de zorgvrager geholpen werd aan zijn klachten. Figuur 2 is een schematische weergave van het verwijzingsproces naar de ggz.



Figuur 2. Toewijzing van ggz-zorgvragen en foutpercentage.

Er waren geen gegevens voorhanden over de gemiddelde tijd die wordt besteed aan een intakeprocedure. Er werd daarom gebruik gemaakt van een schatting. De schatting werd gebaseerd op de ervaring van de onderzoeker als directeur en zorgverlener binnen de ggz-instelling Perspectief. Naast de ervaring uit de praktijk werd bij de schatting meegewogen wat de minimale eisen van zorgverzekeraars zijn aan een declaratie en de hoeveelheid tijd die daarvoor nodig is. De geschatte twee uur voor het uitvoeren van een intakeprocedure was gebaseerd op de tijd die nodig is om de volgende handelingen door de ggz-zorgaanbieder uit te voeren: het inschrijven van de zorgvrager, het uitvoeren van een intakegesprek van zestig minuten, het overleg met andere behandelaren over de intake, de verslaglegging, de terugkoppeling van de uitslag aan de zorgvrager en de verwijzer en de administratieve afhandeling. Door middel van deze handelingen werd bepaald of een zorgvrager in zorg kon komen bij een ggz-instelling en welke zorg het best passend was bij de zorgvraag.

Bij een foutpercentage van ongeveer twintig procent (CZ et al., 2020) op 760 duizend verwijzingen op jaarbasis (Ten Have et al., 2022) was er sprake van 150 duizend mensen op een verkeerde wachtlijst. Het uitvoeren van een intakeproces bij deze wachtenden van gemiddeld twee uur, kostte naar schatting 300 duizend uur. In deze uren zouden 15 duizend mensen kunnen worden gezien voor een behandeling van twintig sessies. Dit zou een afname

van de wachtlijst kunnen betekenen van bijna achttien procent (15.000/84.000). Deze uren werden ook in kosten uitgedrukt. Bij een uurtarief van €156, wat het gemiddelde uurtarief was in de ggz-instelling Perspectief in 2023, zou de waste per jaar in Nederland uit kunnen komen op 46,8 miljoen euro.

‘Waste’ door foutpercentage bij verwijzingen naar ggz per jaar:

300.000 uur

€46.800.000

1.3. Managementvraag

De toegang tot de ggz kan worden verbeterd als de verwijzingen in meer gevallen aansluiten bij het zorgaanbod van de zorgaanbieder en de zorgaanbieder daardoor minder zorgvragen afwijst. De vrijgekomen uren kunnen dan worden besteed aan behandelingen, waardoor de wachttijd af kan nemen. Er werd aandacht besteed aan dit punt in het Integraal Zorg Akkoord (ActiZ et al., 2022). Hierin werden zorgaanbieders opgeroepen om in regio’s via multidisciplinaire triagetafels gezamenlijk zorgvragen te matchen met zorgaanbod. De initiatieven die zijn gestart om hier een oplossing voor te bieden, zijn vaak face-to-face en kosten veel menskracht (GGZ Breburg, 2021). De onderzoeker heeft zich, in verband met het tekort aan menskracht in de sector, de vraag gesteld of het nauwkeuriger matchen van de zorgvraag met het zorgaanbod ook kan worden bereikt door het ontwerpen en in gebruik nemen van een artefact. Een artefact voor het matchen van zorgvragen met zorgaanbod, met een hoger percentage goede verwijzingen, in de vorm van een digitaal beslismodel op basis van factoren. Onder factoren werden elementen verstaan die bepalend zijn bij het maken van een goede verwijzing, bijvoorbeeld een inschatting van de soort en de ernst van de klacht, de intensiteit van de noodzakelijke behandeling en specifieke kenmerken van de zorgvrager. Dit leidde tot de volgende managementvraag:

De managementvraag: “Kan het percentage goede verwijzingen worden vergroot, de toegang tot de ggz worden verbeterd en miljoenen aan zorgkosten worden bespaard door het gebruik van een digitaal beslismodel op basis van factoren voor het matchen van ggz-zorgvragen en zorgaanbod?”

1.4. Wetenschappelijke vraag

Om de managementvraag te kunnen beantwoorden, was er kennis nodig over factoren die een rol speelden bij het maken van een goede match tussen zorgvragen en zorgaanbod in de ggz. Er was literatuur beschikbaar vanuit de gezondheidswetenschap en de psychologie over factoren die een rol speelden bij verwijzen van zorgvragen naar de ggz (Have, ten, et al., 2022; Elissen et al., 2014; Bakker & Jansen, 2013) en er was enige kennis beschikbaar over factoren die een rol speelden bij het afwijzen van zorgvragen (Boumans et al., 2023; Wieland et al., 2019). Verder onderzoek was nodig om te achterhalen welke factoren van belang waren bij het maken van een goede match tussen zorgvragen en zorgaanbod. Dit onderzoek werd uitgevoerd binnen de ggz-instelling Perspectief. Inzicht in deze factoren was nodig om een artefact te kunnen ontwerpen voor het verwijzen van ggz-zorgvragen met een lager foutpercentage. Hieruit volgde de wetenschappelijke vraag van dit onderzoek:

De wetenschappelijke vraag: “Welke factoren spelen een rol bij het maken van een goede verwijzing?”

Er werd in deze studie gekozen om naast het ontwerpen van een artefact, een experiment met het artefact uit te voeren. Deze stap werd toegevoegd, zodat de onderzoeker kon bepalen in welke mate het artefact een oplossing kon bieden voor het geconstateerde managementprobleem (Johannesson & Perjons, 2014). Daarbij leverde het uitvoeren van een experiment met het artefact kennis op over het artefact zelf, wat gebruikt kan worden in verder onderzoek (Johannesson & Perjons, 2014, p. 33).

1.5. Doelstelling onderzoek

Zoals besproken was er bij het huidige digitale verwijssysteem sprake van een foutpercentage van ongeveer twintig procent, wat bijdroeg aan de lange wachttijden en onnodige kosten. In regio's werden oplossingen uitgewerkt om zorgvragen beter toe te wijzen die veel menskracht kostten. Om een oplossing te bieden voor dit managementprobleem, zonder hier extra menskracht voor in te zetten, werd in deze ontwerpstudie als doel gesteld om een artefact in de vorm van een digitaal beslismodel op basis van factoren te ontwerpen voor het maken van meer goede verwijzingen (Johannesson & Perjons, 2014). Daarbij werd als doel gesteld kennis te

verkrijgen over het artefact door het uitvoeren van een experiment (Johannesson & Perjons, 2014, p. 33).

Doel: Het ontwerpen van een digitaal beslismodel op basis van factoren
Het verkrijgen van kennis over het beslismodel

Doelstelling: Het verminderen van verspilling van menskracht en middelen* en het vergroten van het percentage goede verwijzingen door het gebruik van een digitaal beslismodel op basis van factoren

* Hiermee werd bedoeld: het voorkomen van extra kosten als gevolg van de dubbele uren door professionals.

1.6. Vraagstelling

1.6.1. Onderzoeksvraag

In de ontwerpstudie werden drie zaken onderzocht. Allereerst werd onderzocht welke factoren een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing. Daarna werd op basis van die factoren een beslismodel ontworpen en vervolgens werd het effect van het gebruik van het artefact getest op het percentage goede verwijzingen. Voor het testen van het artefact werd gebruik gemaakt van een quasi-experiment (Verhoeven, 2022, p.114). Er werd gekozen voor een quasi-experiment, omdat dit praktisch goed te organiseren en kosteneffectief was (Verhoeven, 2022, p.114). Het experiment werd afgenomen in een natuurlijke setting tijdens een bijeenkomst met verwijzers. Dit bood de mogelijkheid om 56 trials te doen met het artefact met een groep van 14 proefpersonen. Op deze manier kon er in korte tijd veel data worden verkregen over het effect van het gebruik van het model. Met de uitvoering van het experiment kon de onderzoeksvraag die centraal stond in dit onderzoek worden beantwoord:

Onderzoeksvraag: *“In hoeverre leidt het gebruik van een beslismodel op basis van factoren tot een hoger percentage goede verwijzingen?”*

1.6.2. Operationaliseren factoren

In het huidige verwijssysteem werd de match tussen zorgvraag en zorgaanbod gemaakt op basis van één inhoudelijk psychologische factor (DSM-diagnose) en één factor die op een hoog abstractieniveau iets zegt over het passende behandelproces (generalistische basis-ggz of specialistische-ggz). Een eerste verkenning in de literatuur wees uit dat bij het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod meerdere factoren een rol speelden (Have, ten, et al., 2022; Elissen et al., 2014; Bakker & Jansen, 2013). De gevonden factoren hadden betrekking op de inhoud van de zorgvraag, het benodigde behandelproces en randvoorwaarden om zorg te kunnen verlenen (Have, ten, et al., 2022; Elissen et al., 2014; Bakker & Jansen, 2013). Deze categorisering werd in het onderzoek aangehouden.

De drie categorieën factoren werden in dit onderzoek als volgt geoperationaliseerd:

1. Inhoudelijke psychologische factoren: hieronder werden factoren verstaan die iets zeggen over de inhoud van de psychische aandoening van de zorgvrager. Voorbeelden waren diagnose en ernst van de klacht.
2. Behandelproces factoren: hieronder werden factoren verstaan die iets zeggen over het best passende behandelproces van de zorgvrager. Voorbeelden waren benodigde behandelfrequentie, ambulante, deeltijd of klinische opname.
3. Randvoorwaardelijke factoren: hieronder werden factoren verstaan die iets zeggen over de voorwaarden voor het behandelproces. Voorbeelden waren reismogelijkheid (is de zorgvrager mobiel), het hebben van een contract met de zorgverzekeraar van de zorgvrager, het afgesproken jaarbudget, de afgesproken gemiddelde prijs per cliënt bij de zorgverzekeraar en de wachttijden.

1.6.3. Deelvragen

Er werden drie deelvragen geformuleerd om de wetenschappelijke vraag te kunnen beantwoorden en de eisen van de verwijzers te achterhalen ten aanzien van een beslismodel. Om de wetenschappelijke vraag te beantwoorden, werd onderzocht welke factoren een rol speelden bij het verwijzen naar de ggz en welke factoren een rol speelden bij het afwijzen van ggz-zorgvragen. Door het probleem van de afgewezen zorgvragen vanuit beide perspectieven te bekijken (perspectief van de verwijzer en perspectief van de zorgaanbieder) werd een zo breed mogelijk beeld van het probleem verkregen (Johannesson & Perjons, 2014, p. 55). Daarnaast was het van belang te onderzoeken welke eisen verwijzers stelden aan het gebruik

van een beslismodel voor het verwijzen van ggz-zorgvragen, om het ontwerp daarop af te kunnen stemmen en het gebruik van het beslismodel te kunnen vergroten. De antwoorden op de onderstaande deelvragen, vormden gezamenlijk de vereisten voor het ontwerpen van het beslismodel.

1. Welke factoren spelen een rol bij het verwijzen naar de ggz?

2a. Welke inhoudelijke psychologische factoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?

2b. Welke procesfactoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?

2c. Welke rand voorwaardelijke factoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?

3. Wat zijn de eisen van de verwijzers aan het gebruik van een beslismodel?

1.7. Relevantie

Bij de keuze van het onderwerp van onderzoek werd in de literatuur gezocht naar wat er al bekend was over het verwijzen naar de GGZ, het afwijzen van zorgvragen en wat er bekend was over het gebruik van digitale beslismodellen voor het verwijzen naar de GGZ. Er werden onderzoeken gevonden over factoren die een rol speelden bij het maken van een verwijzing naar de ggz (Have, ten, et al., 2022; Elissen et al., 2014; Bakker & Jansen, 2013). Opvallend daarbij was wel dat er een veelheid aan factoren werd gevonden en het niet duidelijk was of deze factoren een rol speelden bij het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod, of alleen een rol speelden bij het maken van een verwijzing. Daarnaast werden enkele onderzoeken gevonden over het afwijzen van zorgvragen (Boumans et al., 2023; Wieland et al., 2019) en maar een onderzoek gevonden naar het gebruik van een digitaal verwijssysteem. Dit onderzoek was niet gericht op het onderzoeken van factoren die een rol speelden bij het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod in de ggz (Peters et al., 2018).

Door het uitvoeren van deze studie werd beoogd om kennis toe te voegen over deze factoren. Ook werd beoogd een bijdrage te leveren aan kennis over het effect van het gebruik van een digitaal beslismodel op basis van factoren op het percentage goede verwijzingen. Naast

wetenschappelijke relevantie, had het onderzoek praktische relevantie. Door het ontwikkelen van een artefact, in de vorm van een beslismodel op basis van factoren, werd beoogd het percentage goede verwijzingen te verhogen en daarmee een oplossing te bieden voor het managementprobleem (Johannesson & Perjons, 2014).

1.8. Ontwerpstudie

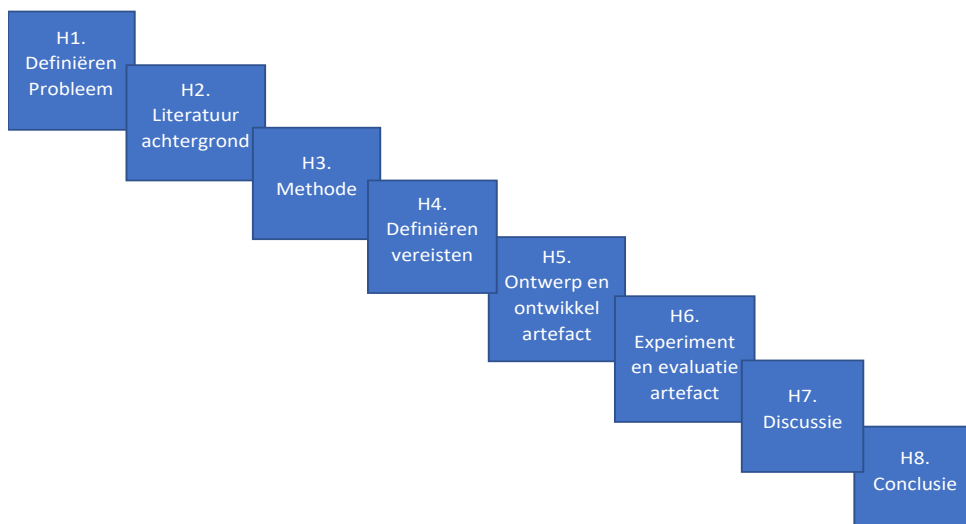
Het onderzoek is een ontwerpstudie waarin door middel van kwalitatief onderzoek een artefact werd ontworpen om een praktisch probleem in de ggz op te lossen (Johannesson & Perjons, 2014). In het onderzoek werd gebruik gemaakt van vijf stappen, gebaseerd op het werk van Peffers et al. (2007) en Johannesson en Perjons (2014). Dit betrof de stappen: het definiëren van het probleem, het definiëren van de vereisten, het ontwerp van het artefact, het experiment en de evaluatie van artefact (Johannesson & Perjons, 2014). De stappen experiment en evaluatie werden in deze studie samengevoegd in een hoofdstuk, omdat het uitvoeren van het experiment direct tot een uitkomst leidde (het beslismodel wees uit of de cliënt wel/niet in zorg kon komen). De stappen werden uitgewerkt in de hoofdstukken 1, 4, 5 en 6. De literatuur, achtergrond, de onderzoeksmethode, de discussie en de conclusie en aanbevelingen, zijn uitgewerkt in de hoofdstukken 2, 3, 7 en 8.

1.9. Leeswijzer

In deze ontwerpstudie werd onderzoek uitgevoerd naar factoren die een rol speelden bij het verwijzen en afwijzen van ggz-zorgvragen en de eisen die verwijzers stellen aan het gebruik van een beslismodel. Deze factoren en eisen werden vervolgens gebruikt als bouwstenen voor het ontwerpen van het artefact in de vorm van een digitaal beslismodel op basis van factoren. Tot slot werd het beslismodel getest door middel van een experiment.

Hoofdstuk 1 *'Definiëren van het probleem'* bevat de omschrijving van het geconstateerde probleem en een mogelijke oplossing waar deze studie zich op richt. Hoofdstuk 2 *'Literatuur achtergrond'* bevat de inzichten uit de literatuur over factoren en het gebruik van digitale beslismodellen. In hoofdstuk 3 *'Onderzoeksmethode'* worden de onderzoeksozet, de instrumenten voor dataverzameling, de selectie van de respondenten, de data-analyse en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 4 *'Definiëren*

vereisten' worden de belangrijkste bevindingen uit de dataverzameling per instrument besproken. Aan het einde van dit hoofdstuk worden de vereisten voor het ontwerpen van het beslismodel geformuleerd. Deze vereisten worden in hoofdstuk 5 '*Ontwerp en ontwikkel artefact*' gebruikt als bouwstenen voor het ontwerpen van het artefact. Hoofdstuk 6 '*Experiment en evaluatie artefact*' bevat de beschrijving, de uitvoering en de evaluatie van het quasi-experiment met het artefact. Daarna volgt in hoofdstuk 7 '*Discussie*' een terugblik op de literatuur en de beperkingen van het uitgevoerde onderzoek. Tot slot worden in hoofdstuk 8 '*Conclusie*' de belangrijkste bevindingen besproken en worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en verder ontwikkeling van het artefact. De hoofdstuk indeling is weergegeven in figuur 3.



Figuur 3. Hoofdstuk indeling ontwerpstudie.

2. Literatuur achtergrond

Voor het ontwikkelen van het artefact was er sprake van een wetenschappelijke uitdaging. Er was onderzoek nodig om te bepalen welke factoren moesten worden opgenomen in het beslismodel en aan welke eisen het model moest voldoen. Voor dit doeleinde zijn er verschillende instrumenten voor dataverzameling gebruikt, die worden beschreven in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk wordt het literatuuronderzoek besproken. Het uitvoeren van het literatuuronderzoek leverde een bijdrage aan kennis over factoren die een rol speelden bij het verwijzen en afwijzen van ggz-zorgvragen en het gebruik van digitale beslismodellen voor het verwijzen van ggz-zorgvragen. Over de laatste twee onderwerpen bleek weinig literatuur beschikbaar. De belangrijkste bevindingen uit het literatuuronderzoek zijn weergegeven in een overzicht aan het einde van dit hoofdstuk. In het volgende hoofdstuk ‘Onderzoeksmethode’ worden de onderzoeksopzet, de instrumenten voor dataverzameling, de selectie van de respondenten, de data-analyse en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken.

2.1. Literatuur selectie

De literatuurstudie werd uitgevoerd met het doel om in kaart te brengen wat er al bekend was over factoren die een rol speelden bij het verwijzen en afwijzen van ggz-zorgvragen en het gebruik van digitale beslismodellen voor het verwijzen. Daarbij werd er gezocht naar knelpunten bij het huidige verwijssysteem en aanknopingspunten voor verbetering, die gebruikt konden worden bij het ontwerp van het artefact. De literatuurstudie werd vastgelegd in een overzicht en is te vinden in bijlage A. In het overzicht in bijlage A is terug te vinden welke zoektermen werden gebruikt, de literatuur die met deze zoektermen werd gevonden wat de belangrijkste bevindingen waren.

Er werden criteria gehanteerd voor het selecteren van de bronnen voor dit onderzoek. Wegens de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006, wat de basis is van het huidige zorgstelsel, werden bronnen ouder dan 2006 uitgesloten voor dit onderzoek. Een andere reden voor het vermijden van oudere bronnen is de stand van de technologische ontwikkeling die van belang

was in deze studie vanwege het ontwerpen van een digitaal artefact. Daarnaast werden artikelen van niet Westerse landen uitgesloten van de selectie, door verschillen in zorgstandaard, zorgconsumptie en zorgsystemen. Er werden alleen artikelen meegenomen waarbij er focus lag op het verwijzen naar de ggz en niet naar medisch specialistische zorg; focus op verwijzen naar een zorginstelling en niet naar individuele behandelaars; focus op inhoudelijke psychologische factoren; procesfactoren en rand voorwaardelijke factoren. Er werden rapporten bestudeerd van gerenommeerde instellingen in Nederland, zoals NIVEL, TRIMBOS en een Nederlandse Universiteit.

Er is gebruik gemaakt van zoektermen om bronnen te vinden met informatie over het verwijzen van ggz-zorgvragen, het afwijzen van ggz-zorgvragen en het gebruik van beslismodellen voor het matchen van zorgvragen met zorgaanbod in de ggz. De volgende zoektermen zijn gebruikt: Mental health study in the Netherlands; Reasons for referring mental health patients; GP and mental health patients; Digital AND Decision making; Decision making AND GP AND mental health disorders; Referral pathway AND mental health disorders AND health care providers; Electronic referral system AND mental health care en Access to mental health care. Tot slot is in de literatuur gezocht naar bronnen ter raadpleging bij de uitvoering van het onderzoek en de onderzoeksmethoden. Hiervoor zijn de volgende zoektermen gebruikt: Qualitative research methods; Design Science en Thematic analysis.

Figuur 4 is een weergave van de stappen die in het literatuuronderzoek zijn gezet voor het selecteren van de literatuur. In de volgende paragrafen worden de bevindingen uit het literatuuronderzoek besproken.

Literatuur selectie

1. **Zoekmachines:** Google Scholar, EBSCO
2. **Doelstelling:** kennis verkrijgen over:
 - Factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de GGZ;
 - Factoren die een rol spelen bij het afwijzen van zorgvragen in de GGZ;
 - De inzet van digitale beslismodellen in de zorg en in de GGZ.
3. **Zoektermen:**
 - Mental health study in the Netherlands
 - Reasons for referring mental health patients
 - GP and mental health patients
 - Digital AND Decision making
 - Decision making AND GP AND mental health disorders
 - Referral pathway AND mental health disorders AND health care providers
 - Electronic referral system AND mental health care
 - Access to mental health care
 - Qualitative research methods
 - Design Science
 - Thematic analysis
4. **Inclusiecriteria:**
 - Niet ouder dan 2006 in verband met de huidige organisatie van de GGZ (Zorgverzekeringswet 2006) en de technologische ontwikkeling;
 - Focus op verwijzen naar de GGZ, niet naar medisch specialistische zorg;
 - Focus op verwijzen naar zorginstelling, niet naar individuele behandelaars;
 - Focus op inhoudelijke psychologische factoren; procesfactoren en randvoorwaardelijke factoren;
 - Onderzoek in Nederland of Westerse landen i.v.m. de overeenkomst met Nederland;
 - Rapporten van gerenommeerde instellingen in Nederland, zoals NIVEL, TRIMBOS en een Nederlandse Universiteit.
5. **Totaal bestudeerde artikelen: 52; totaal gebruikte bronnen: 36**

Figuur 4. Literatuur selectie.

2.2. Zorgvragen verwijzen naar de ggz

2.2.1. Wat gaat er vooraf aan een verwijzing naar de ggz?

De huisarts taxeerde bij een eerste melding van een patiënt de aard en ernst van de psychische klachten en bekeek mogelijke vervolgstappen (Noordam et al., 2023). In de meeste gevallen vroeg de huisarts de patiënt eerst terug voor een tweede consult (Noordam et al. 2023). Huisartsen namen vaak het voortouw bij het bespreken van een doorverwijzing (Noordam et

al., 2023). Afhankelijk van de complexiteit van de psychische klachten bij het tweede consult, bepaalde de huisarts of de patiënt werd verwezen naar de POH-GGZ, basis- of specialistische-ggz (Noordam et al., 2023). Een patiënt kon ook worden verwezen als hij er zelf om vroeg (Noordam et al., 2023).

2.2.2. Wie worden er verwezen naar de ggz?

Er was sprake van een grote variatie tussen huisartsenpraktijken op het aantal verwijzingen dat zij maakten naar een medisch specialist (Van Dijk et al., 2013). De variatie lag tussen vierennegentig en tweehonderdvierenvijftig verwijzingen per duizend patiënten. De variantie werd niet of nauwelijks verklaard door verschillen in de patiëntpopulatie tussen huisartsenpraktijken, maar werd verklaard door verschillen in patiëntfactoren. Er werden vaker vrouwen, ouderen en patiënten met een chronische aandoening verwezen naar medisch specialisten (Van Dijk et al., 2013). Huisartsen behandelden patiënten met lichte of matige klachten vaak binnen de huisartspraktijk en verwezen patiënten met complexe en ernstige psychische aandoeningen naar de specialistische-ggz (Noordam et al., 2023; Fleury et al., 2012).

Factoren die vaker leiden tot verwijzing:

Geslacht -> Vrouwen	Van Dijk et al., 2013
Leeftijd -> Ouderen	
Comorbiditeit -> Patiënten met een chronische aandoening	
Complexe en ernstige psychische aandoeningen	Noordam et al., 2023; Fleury et al., 2012

2.2.3. Factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de ggz

Zoals in hoofdstuk één aan de orde is gekomen, wordt in het huidige verwijzingsysteem een match tussen zorgvraag en zorgaanbod gemaakt op basis van twee factoren. Een factor die iets zegt over de inhoud en een factor die iets zegt over het passende behandelproces. Verschillende bronnen wezen uit dat bij het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod meerdere factoren een rol speelden (Have, ten, et al., 2022; Elissen et al., 2014; Bakker & Jansen, 2013). Hieronder worden deze factoren besproken.

2.2.3.1. Inhoudelijke psychologische factoren

In een model, ontwikkeld voor ondersteuning van huisartsen bij het verwijzen naar de ggz, werden verschillende objectief meetbare factoren gevonden die van belang waren bij het maken van een goede verwijzing (Bakker & Jansen, 2013). Deze factoren waren een vermoeden van een DSM-stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop van de klachten en het leervermogen van de cliënt (Bakker & Jansen, 2013). Huisartsen keken zelf vooral naar de duur van het bestaan van de klachten en het suïciderisico (Noordam et al., 2023). Uit onderzoek kwam naar voren dat deze factoren het meest bepalend waren voor de selectie van de zorgaanbieder en de snelheid van het verwijzen (Noordam et al., 2023). Daarnaast was de aanwezigheid van gezondheidsvaardigheden bij de patiënt een factor voor huisartsen bij het selecteren van een zorgaanbieder (Noordam et al., 2023). Bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden werd er vaker verwezen naar een combinatie van zorg op meerdere domeinen (Noordam et al., 2023). Ook werden patiënten bij wie het vermoeden bestond van persoonlijkheidsproblematiek eerder doorverwezen, dan patiënten waarbij een vermoeden was van depressie (Noordam et al., 2023). Patiënten met een depressie werden vaker in de huisartspraktijk behandeld (Noordam et al. 2023). Tot slot was de aanwezigheid van een sociaal netwerk en de kwaliteit van dit netwerk medebepalend voor de behandelkeuze en adviezen van de huisarts en de POH-GGZ (Noordam et al., 2023).

Inhoudelijke psychologische factoren bij het verwijzen naar de ggz door huisartsen:

Vermoeden van een DSM-stoornis	Bakker & Jansen, 2013
Ernst van de problematiek	
(Suïcide)risico	
Complexiteit	
Beloop en duur van de klachten	
Het leervermogen	
Vermoeden van Persoonlijkheidsproblematiek	Noordam et al., 2023
De gezondheidsvaardigheden	
De aanwezigheid van een sociaal netwerk en de kwaliteit van dit netwerk	

2.2.3.2. Behandelproces factoren

Bij het selecteren van een zorgaanbieder voor de verwijzing kreeg de patiënt, als deze daartoe in staat was, de doorslaggevende stem (Noordam et al., 2023). Het behandelverleden in de ggz was een bepalende factor bij het maken van een verwijzing naar de ggz (Noordam et al., 2023). Patiënten die eerder waren behandeld in de ggz, kregen vaker een nieuwe verwijzing naar de ggz, soms ook op eigen verzoek (Noordam et al., 2023). Aan de andere kant maakten huisartsen bij patiënten met een uitgebreider behandelverleden in de ggz ook vaker een uitstap naar niet reguliere behandelingen, soms ook op verzoek van de patiënt (Noordam et al., 2023).

Bij het verwijzen naar de ggz speelde mee of er sprake was van een vertrouwensband tussen de huisartsen of POH-GGZ en de patiënt (Noordam et al., 2023). Als patiënten positief waren over eerdere contacten met de huisarts of POH-GGZ en zij vertrouwen hadden in deze zorgverleners, was er sprake van meer tevredenheid met de geboden zorg, meer therapietrouw en een meer zorgvuldig en sneller doorverwijzingsproces (Noordam et al., 2023). Ook bleek dat de vertrouwensband tussen patiënten en huisartsen een rol speelde bij de keuze van de huisarts om de patiënt zelf te behandelen (Noordam et al., 2023). Bij een goede vertrouwensband waren zorgverleners eerder geneigd om de patiënt zelf te behandelen, dit gold in grotere mate voor patiënten van huisartspraktijken in niet stedelijke gebieden (Noordam et al., 2023). Andersom waren zorgverleners bij een geringe vertrouwensband sneller geneigd om door te verwijzen (Noordam et al., 2023).

De mate waarin de huisarts of POH-GGZ beschikte over kennis en ervaring met betrekking tot diagnostiek en behandeling van psychische klachten bleek bepalend voor de mate waarin de huisarts of POH-GGZ doorverwees, de ggz consulteerde en/of zelf de behandeling op zich nam (Noordam et al., 2023; Bakker & Jansen, 2013). Daarnaast bleek dat huisartsen met een hoge werkdruk eerder een beroep deden op de eigen regie van een patiënt, bijvoorbeeld in het zoeken naar behandelopties en het contact leggen met ggz-instellingen (Noordam et al., 2023). Consultatiemogelijkheden bij de ggz zorgden ervoor dat patiënten soms minder snel werden doorverwezen (Noordam et al., 2023).

Proces factoren bij het verwijzen naar de ggz:

Voorkeuren van de patiënt	Noordam et al., 2023
Behandelverleden: eerdere behandeling in de ggz	
Vertrouwensband tussen huisarts/POH en patiënt	
Een hoge werkdruk bij huisartsen	
Consultatiemogelijkheden bij de ggz	
Kennis van diagnostiek en behandelingen bij de POH/huisarts	Noordam et al., 2023; Bakker & Jansen, 2013

Patiënten kozen hun zorgaanbieder vaak uit op basis van de volgende kenmerken, het bieden van laagdrempelige zorg, zorg dicht bij huis en zorg door een vertrouwde zorgverlener (Noordam et al. 2023).

Factoren die patiënten van belang vinden bij een verwijzing:

- Geboden zorg is laagdrempelig;
- Dichtbij huis;
- Vertrouwde zorgverlener.

(Noordam et al., 2023)

2.2.3.3. Rand voorwaardelijke factoren

Bij de verwijzing speelde mee welke ggz-voorzieningen er in de omgeving beschikbaar waren (Bakker & Jansen, 2013). De bekendheid van de huisarts met deze voorzieningen bepaalde vervolgens het verwijsproces (Bakker & Jansen, 2013). Patiënten werden soms vanwege onvoldoende zicht op de sociale kaart verwezen naar niet-passende zorgaanbieders in de ggz (Noordam et al. 2023). Huisartsen en POH-GGZ met veel kennis van het aanbod in de regio konden vaker zorg op maat leveren, waardoor de patiënt meer tevreden was en effectievere zorg ontving (Noordam et al., 2023). Een complicerende factor hierbij waren de wachttijden. Hierdoor ontvingen patiënten vaak niet de best passende zorg (Noordam et al., 2023). Ook compliceerde de indeling in zorgpaden voor afzonderlijke diagnoses binnen de ggz het verwijzen van patiënten met Multi problematiek of complexere klachten (Noordam et al.,

2023). Tot slot speelde de financiële situatie van een patiënt mee bij de uiteindelijke doorverwijzing door de huisarts (Noordam et al., 2023).

Rand voorwaardelijke factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de ggz door huisartsen:

De aanwezige ggz-voorzieningen in de omgeving	Bakker & Jansen, 2013
De bekendheid van de huisarts met deze voorzieningen	Bakker & Jansen, 2013; Noordam et al. 2023
De wachttijden	Noordam et al. 2023
De indeling van het zorgaanbod binnen de ggz-instellingen bij verwijzen van Multi problematiek of complexere klachten	
De financiële situatie van de patiënt	

2.3. Afwijzen van ggz-zorgvragen

Cliënten met zwaardere zorgvragen konden minder makkelijk een behandelplek vinden (MIND, 2023). Boumans et al. (2023) schreef: “Ben je niet zo slim, ben je suïcidaal, heb je co morbiditeit, ben je een beetje asociaal, zit er een vlekje aan dan kan je niet terecht in de ggz”. Ook anderen kaartten aan dat er sprake is van een moeilijke toegang tot de ggz voor mensen met bepaalde kenmerken, bijvoorbeeld mensen met een lager IQ in combinatie met psychiatrie of verslavingsproblematiek (Wieland et al., 2019).

Factoren bij een afwijzing van een zorgvraag in de ggz:

Cliënten met zwaardere zorgvragen	MIND, 2023
Laag IQ	Boumans et al., 2023; Wieland et al., 2019
Laag IQ in combinatie met psychiatrie en/of verslavingsproblematiek	Wieland et al., 2019
Suïcidaliteit	Boumans et al., 2023
Co morbiditeit	
Antisociale kenmerken	

2.4. Digitale beslismodellen in de ggz

Er werd één onderzoek gevonden naar digitale systemen voor het verwijzen van ggz-zorgvragen naar ggz-zorgaanbieders. Daarin werd onderzocht of de combinatie van elektronisch verwijzen en het volgen van een protocol voor het sociaal werk, zou leiden tot een toename van eerste afspraken, een beter gebruik van mentale gezondheidszorg en een hoger percentage cliënten dat op afspraken verschijnt (Peters et al., 2018). De resultaten gaven weer dat naast het elektronisch verwijzen, een gedeeld elektronisch patiëntendossier, multidisciplinaire samenwerking en zorgmanagement door sociaal werkers met klinische en coördinerende vaardigheden bijdroeg aan een hoger percentage cliënten dat op afspraken verscheen (Peters et al., 2018). Naast deze studie over een elektronisch verwijssysteem werden er meerdere studies gevonden over het gebruik van digitale beslismodellen ter ondersteuning van de professional bij het uitvoeren van diagnostiek en behandeling (Tutun et al., 2022; Weda et al., 2018; Thieme et al., 2020). Er werd benadrukt dat machine learning kan worden ingezet om processen in de ggz te verbeteren (Thieme et al., 2020). Oplossingsrichtingen voor het beter laten aansluiten van zorgvraag op zorgaanbod zouden voornamelijk liggen bij het verbeteren van het inzicht in de verschillende verwijsmogelijkheden en de sociale kaart in de betreffende regio (Noordam et al., 2023). Daarnaast was er literatuur beschikbaar over het procesmatig werken in de ggz, waarbij er gewerkt werd met beslismodellen in de vorm van zorgpaden (Schrijvers et al., 2012). Het inrichten van zorgpaden in de organisatie hielp de effectiviteit van de zorginstelling te vergroten, maar had als nadeel dat er minder ruimte was voor creativiteit van behandelaars (Schrijvers et al., 2012). Het in kaart brengen van processen binnen de zorg met behulp van flowcharts gaf inzicht in alle taken die uitgevoerd moesten worden en hielp om knelpunten inzichtelijk te maken en op te lossen (Mould et al., 2010).

2.5. Factoren uit de literatuur

Het literatuuronderzoek leidde tot de conclusie dat een veelheid aan factoren een rol speelde bij het maken van een verwijzing naar de ggz en dat elk verwijzproces door het gebruik van verschillende factoren anders kon verlopen en kon leiden tot een ander verwijzadvies. Bijvoorbeeld was het verwijzadvies afhankelijk van de ‘kennis van diagnostiek en

behandelingen bij de POH/huisarts' en van de 'vertrouwensband tussen huisarts/POH en patiënt'. Bij veel kennis was een verwijzer eerder geneigd de behandeling zelf uit te voeren (Noordam et al., 2023). Hetzelfde gold voor een goede vertrouwensband (Noordam et al., 2023). De factoren die werden gevonden speelden een rol bij het maken van een verwijzing, maar uit de onderzoeken werd niet duidelijk of deze factoren ook bijdroegen aan het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod bij het verwijzen naar de ggz. Daarnaast wees de zoektocht in de literatuur uit dat er weinig onderzoek voorhanden was naar het afwijzen van ggz-zorgvragen en er weinig onderzoek beschikbaar was naar het gebruik van digitale beslismodellen voor het verwijzen van ggz-zorgvragen. De veelheid en de fragmentatie van factoren enerzijds en anderzijds het ontbreken van inzicht in de bijdrage van deze factoren voor het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod en het ontbreken van kennis over digitale beslismodellen voor verwijzen, gaf de onderzoeker een wetenschappelijke uitdaging. Er was verder onderzoek nodig om de factoren die een rol speelden bij het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod in de ggz in kaart te brengen. Deze factoren vormden immers de bouwstenen voor het ontwerp van het artefact. De onderzoeksmethode die werd gebruikt om dit onderzoek uit te voeren, wordt beschreven in het volgende hoofdstuk. In tabel 1 zijn de factoren uit het literatuuronderzoek, die een rol speelden bij het verwijzen naar de ggz, weergegeven. De factoren zijn onderverdeeld in de categorieën: inhoudelijk psychologische factoren, behandelproces factoren en rand voorwaardelijke factoren.

Tabel 1

Factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de ggz en het afwijzen van ggz-zorgvragen uit het literatuuronderzoek.

Inhoudelijke psychologische factoren die een rol spelen bij het verwijzen	
Vermoeden van een DSM-stoornis	Bakker & Jansen, 2013
Vermoeden van Persoonlijkheidsproblematiek	Noordam et al., 2023
Ernst van de problematiek	Bakker & Jansen, 2013
(Suïcide)risico	Bakker & Jansen, 2013
Complexiteit	Bakker & Jansen, 2013
Beloop en duur van de klachten	Bakker & Jansen, 2013
Het leervermogen	Bakker & Jansen, 2013
De gezondheidsvaardigheden	Noordam et al., 2023
De aanwezigheid van een sociaal netwerk en de kwaliteit van dit netwerk	Noordam et al., 2023

Behandelproces factoren die een rol spelen bij het verwijzen	
Voorkeuren van de patiënt	Noordam et al. 2023
Behandelverleden: eerdere behandeling in de ggz	Noordam et al. 2023
Vertrouwensband tussen huisarts/POH-GGZ en patiënt	Noordam et al. 2023
Kennis van diagnostiek en behandelingen bij de POH/huisarts	Noordam et al., 2023; Bakker & Jansen, 2013
Een hoge werkdruk bij huisartsen	Noordam et al., 2023
Consultatiemogelijkheden bij de ggz	Noordam et al., 2023
Rand voorwaardelijke factoren die een rol spelen bij het verwijzen	
De aanwezige ggz-voorzieningen in de omgeving	Bakker & Jansen, 2013
De bekendheid van de huisarts met deze voorzieningen	Bakker & Jansen, 2013; Noordam et al. 2023
De wachttijden	Noordam et al. 2023
De indeling van het zorgaanbod binnen de ggz-instellingen bij verwijzen van Multi problematiek of complexere klachten	Noordam et al. 2023
De financiële situatie van de patiënt	Noordam et al. 2023
Factoren die een rol spelen bij het afwijzen van ggz-zorgvragen	
Cliënten met zwaardere zorgvragen	MIND, 2023
Laag IQ	Boumans et al., 2023; Wieland et al., 2019
Laag IQ in combinatie met psychiatrie en/of verslavingsproblematiek	Wieland et al., 2019
Suïcidaliteit	Boumans et al., 2023
Co morbiditeit	Boumans et al., 2023
Antisociale kenmerken	Boumans et al., 2023

3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk komen de onderzoeksopzet, de instrumenten voor dataverzameling, de selectie van de respondenten, de data-analyse en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek aan de orde. Het doel van het onderzoek was het ontwerpen en testen van een artefact in de vorm van een beslismodel op basis van factoren voor het verwijzen naar de ggz en het genereren van kennis over dit artefact (Johannesson & Perjons, 2014, p. 33). Vanwege het ontbreken van kennis over factoren die een rol speelden bij het maken van een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod in de ggz, was er in dit onderzoek sprake van een wetenschappelijk uitdaging. Er was onderzoek nodig naar deze factoren voordat het ontwerpproces van het artefact kon worden uitgevoerd. Daarnaast was onderzoek nodig voor het in kaart brengen van de eisen van gebruikers, zodat het ontwerp daarop kon aansluiten. Om de factoren en eisen te onderzoeken werd er gebruik gemaakt van verschillende instrumenten voor dataverzameling, namelijk literatuuronderzoek, dossieronderzoek, interviews en brainstorm. Daarnaast werden er instrumenten gebruikt om het artefact te ontwerpen, namelijk brainstorm en vervolgens te testen aan de hand van een quasi-experiment en een evaluatievragenlijst. Alle instrumenten worden in dit hoofdstuk besproken.

In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste bevindingen uit de dataverzameling besproken en worden de vereisten voor het beslismodel gedefinieerd. Dit zijn de resultaten uit het dossieronderzoek, de interviews met behandelaars en de interviews met verwijzers. Aan de hand van de resultaten worden in hoofdstuk 4 de deelvragen en de wetenschappelijke vraag beantwoord en worden de vereisten geformuleerd voor het te ontwerpen artefact. In hoofdstuk 5 volgt het ontwerp van het artefact.

3.1. Onderzoeksopzet

3.1.1. Ontwerpstudie

Het doel van het onderzoek was het ontwerpen van een artefact in de vorm van een digitaal beslismodel op basis van factoren voor het verwijzen van ggz-zorgvragen met een hoger percentage goede verwijzingen. Het artefact werd ontworpen om een oplossing te bieden voor het geconstateerde managementprobleem (Johannesson & Perjons, 2014). Ook was het doel

van het onderzoek het beantwoorden van de wetenschappelijke vraag en onderzoeksvraag om een bijdrage te leveren aan de bestaande kennis.

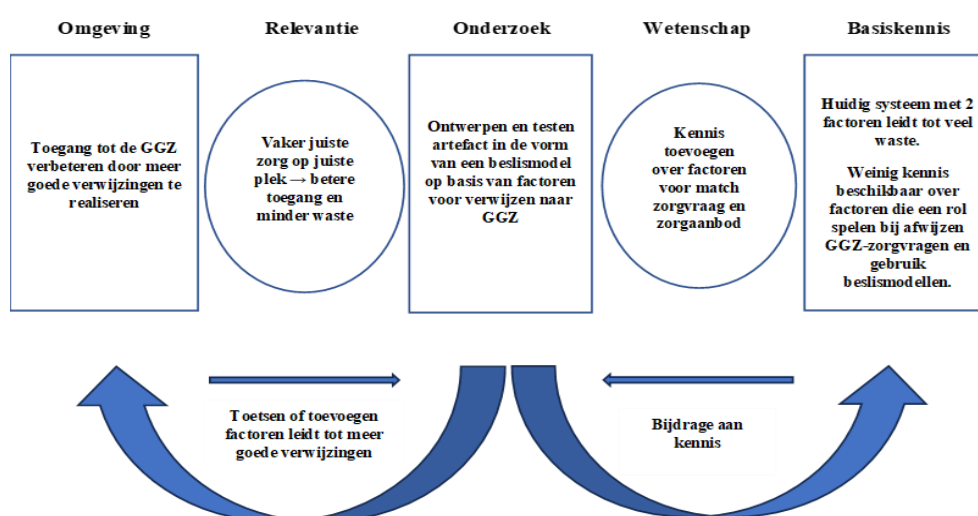
In deze ontwerpstudie werd gebruik gemaakt van het model van Hevner et al. (2004). Dit conceptuele raamwerk werd gebruikt voor het begrijpen, uitvoeren en evalueren van het onderzoek op het snijvlak van informatiesystemen, gedragswetenschappen en design science (Hevner et al., 2004). In het model Hevner et al. (2004) werd allereerst de omgeving in kaart gebracht, waarbij gekeken wordt naar de mensen, de organisaties en de technologie. Vanuit de omschrijving van de omgeving werd een behoefte geformuleerd. De behoefte was relevant voor het ontwikkelen en ontwerpen van een artefact. Ook werd de bestaande kennis in kaart gebracht die relevant was voor het onderwerp van onderzoek en de eventuele ontbrekende kennis. De bruikbare kennis die uit deze stap naar voren kwam, werd benut voor het ontwerpen van het artefact. Na het ontwerpen van het artefact werd deze geëvalueerd, waardoor het doel van design science onderzoek kon worden bereikt. Dat was het bieden van oplossingen voor geconstateerde problemen vanuit de omgeving en het bijdragen aan de bestaande kennis (Hevner et al., 2004; Johannesson & Perjons, 2014, p. 33).

In deze ontwerpstudie werd gekeken naar de mensen die te maken hebben met verwijzingen naar de ggz. Dit zijn mensen met een zorgvraag. Bij het ontwikkelen van klachten maakten zij zelf de afweging of zij een beroep doen op professionele zorg en als dat het geval is dan maakten zij een afspraak bij de huisartsenpraktijk (Ten Have et al., 2022). De behoefte van de zorgvrager was om snel op de juiste plek in behandeling te komen. De organisaties die een rol speelden bij het verwijzen naar de ggz waren de huisartspraktijken, die graag willen dat zorgvragers snel in behandeling worden genomen. Ook de ggz-zorgaanbieders speelden een rol. Zij willen zorg verlenen aan zorgvragers waar zij een passend zorgaanbod voor hebben. De beschikbare technologie die door negentig procent van de verwijzers wordt gebruikt voor het verwijzen naar de ggz is een digitaal verwijssysteem dat selecteert op basis van twee factoren (ZorgDomein, z.d.). Dit systeem verwijst in ongeveer twintig procent van de gevallen naar een verkeerde zorgaanbieder (CZ et al., 2020) en voldoet hiermee niet aan de behoeften van zorgvragers, verwijzers en zorgaanbieders. Er was behoefte aan het verbeteren van het verwijfsproces.

De bestaande kennis werd in kaart gebracht door middel van literatuuronderzoek binnen de gezondheidswetenschap, de psychologie en informatiesystemen. Er werd een wetenschappelijke uitdaging geconstateerd, omdat er weinig kennis voorhanden bleek over

factoren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing en er evenmin weinig kennis voorhanden bleek over de inzet van beslismodellen voor het verwijzen van zorgvragen in de ggz. Het was nodig de bestaande kennis aan te vullen door het uitvoeren van een onderzoek. Het onderzoek vond plaats in de ggz-instelling Perspectief. In het onderzoek werd met behulp van verschillende instrumenten voor dataverzameling gezocht naar factoren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing. Uit dit onderzoek kwam een selectie van veertien factoren naar voren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing. De lijst factoren vormde een toevoeging van dit onderzoek op de beschikbare wetenschappelijke kennis over dit onderwerp.

Aan de hand van de vraag uit de omgeving en de kennis verkregen door het onderzoek, werd het ontwerp van het artefact gemaakt. In brainstormsessies met behandelaars werden de formuleringen van de vragen gemaakt en volgorde van de vragen bepaald (Johannesson & Perjons, 2014). Na het vaststellen van het ontwerp en het digitaliseren van het ontwerp, vond een evaluatie van het artefact plaats door middel van een quasi-experiment met 14 proefpersonen (Verhoeven, 2022). Het effect van het gebruik van het artefact op het percentage goede verwijzingen werd onderzocht en daarnaast werd onderzocht hoe het gebruik van het model werd ervaren (Johannesson & Perjons, 2014, p. 40). Het quasi-experiment gaf zicht op het effect van het gebruik van het artefact en op mogelijke verbeteringen van het model die relevant zijn voor verder onderzoek. De onderstaande figuur 5 is een schematische weergave van conceptuele raamwerk van deze ontwerpstudie volgens het model van Hevner et al. (2004).



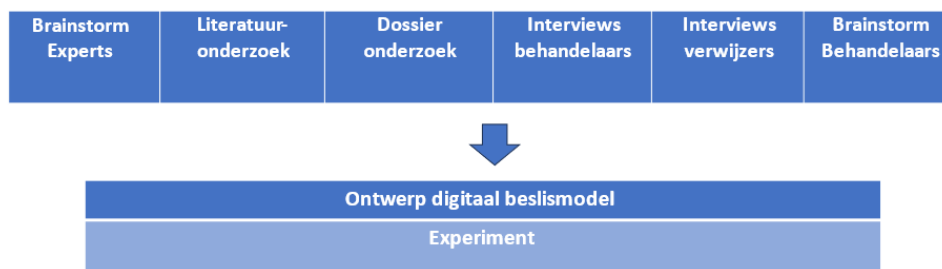
Figuur 5. Ontwerpwetenschap onderzoekscyclus (Hevner et al., 2004)

3.1.2. Kwalitatief onderzoek en triangulatie

Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat de onderzoeker dieper begrip wilde krijgen van het geconstateerde probleem bij het matchen van ggz-zorgvragen met zorgaanbod (Verhoeven, 2022). De onderzoeker wilde begrijpen welke factoren een rol speelden bij het maken van een goede match en inzicht krijgen in wat er misging als er geen match tot stand kwam en de zorgvraag werd afgewezen. Er werd in het onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie, waarbij verschillende methoden van dataverzameling werden ingezet en er data werd verzameld bij verschillende groepen respondenten (Johannesson & Perjons, 2014, p. 55). Hier werd voor gekozen, omdat er bij het verwijzproces zowel verwijzers als behandelaars betrokkenen waren. De onderzoeker vond beide perspectieven relevant voor het begrijpen van het probleem en het kunnen ontwikkelen van een oplossing in de vorm van een artefact (Johannesson & Perjons, 2014). Het gebruiken van verschillende methoden voor dataverzameling bood de onderzoeker de mogelijkheid om de factoren vanuit verschillende standpunten te begrijpen. De factoren die bij verschillende instrumenten voor dataverzameling werden genoemd, kon de onderzoeker vervolgens met meer zekerheid vaststellen, wat de kwaliteit van het onderzoek vergrootte (Verhoeven, 2022, p. 26).

3.2. Dataverzameling

Er zijn in de ontwerpstudie verschillende instrumenten voor dataverzameling gebruikt, namelijk brainstorm, literatuuronderzoek, dossieronderzoek, het uitvoeren van semigestructureerde interviews, nogmaals brainstorm, ontwerp, experiment en evaluatie van het experiment. In onderstaande paragrafen wordt per instrument uitgelegd voor welk doel het werd ingezet en daarna komt aan de orde hoe deze instrumenten werden gebruikt. Het overzicht van de instrumenten voor dataverzameling is schematisch weergegeven in figuur 6.



Figuur 6. Overzicht van de onderzoeksmethoden.

3.2.1. Beantwoording deel- en onderzoeksvraag

Voor het ontwerpen van het artefact was het nodig om eerst de deelvragen van het onderzoek te beantwoorden. Dit leidde tot een lijst van factoren die opgenomen moesten worden in het ontwerp. Voor het beantwoorden van de deelvragen 1 en 3: “*Welke factoren spelen een rol bij het verwijzen naar de ggz?*” en “*Wat zijn de eisen van de verwijzers aan het gebruik van een beslismodel?*” werd gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en interviews met verwijzers. Voor het beantwoorden van deelvragen 2a-c: “*Welke inhoudelijke psychologische, proces en randvoorwaardelijke factoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?*” werd gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, dossieronderzoek, interviews met behandelaars en brainstorm met behandelaars. Aan de hand van de beantwoording van de deelvragen 2a-c kon de wetenschappelijke vraag worden beantwoord: “*Welke factoren spelen een rol bij het maken van een goede verwijzing (goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod)?*” Met behulp van de antwoorden op alle deelvragen, kon het ontwerp van het artefact in hoofdstuk 5 worden gemaakt. In tabel 2 zijn alle instrumenten voor dataverzameling weergegeven en is ook weergegeven welke vragen door middel van deze instrumenten konden worden beantwoord.

Tabel 2

Overzicht instrument voor dataverzameling en beantwoording (deel)vragen.

1.Brainstorm	2.Literatuuronderzoek	3.Dossieronderzoek	4a.Interviews behandelaars	4b.Interviews verwijzers	5.Brainstorm	6.Ontwerp	7.Experiment en evaluatie
Brainstorm met experts over de contouren van het model.	Kennis over: - Factoren die een rol spelen bij het verwijzen en afwijzen van ggz-zorgvragen; - Digitale beslismodellen in de ggz.	Verslaglegging en verwijsbrieven in elektronisch patiëntendossier van afgewezen zorgvragen binnen de ggz-instelling Perspectief.	Interviews met behandelaars die de zorgvragen hebben afgewezen.	Interviews met verwijzers die een deel van de afgewezen zorgvragen naar ggz-instelling Perspectief hadden verwezen.	Brainstorm met behandelaars over het formuleren van de vragen en de volgorde van de vragen in het model.	Ontwerpen van het beslismodel	Quasi-experiment met verwijzers. Afname semigestructureer de vragenlijst over gebruik artefact na experiment.
Antwoord op de vraag: -Wat voor beslismodel leent zich voor het oplossen van dit management probleem?	Antwoord op de deelvragen 1 en 2a-c: -Welke factoren spelen een rol bij het verwijzen en het afwijzen van ggz-zorgvragen? -Welke digitale beslismodellen worden gebruikt in de ggz?	Antwoord op de deelvragen 2a-c: - Welke factoren spelen een rol bij het afwijzen van een zorgvraag bij ggz-instelling Perspectief?	Antwoord op de deelvragen 2a-c: - Welke factoren spelen een rol bij het afwijzen van een zorgvraag bij ggz-instelling Perspectief?	Antwoord op de deelvragen 1 en 3: -Welke factoren spelen een rol bij het verwijzen naar de ggz? -Wat zijn de vereisten van verwijzers voor een beslismodel voor verwijzen naar de ggz?	Antwoord op de vraag: -Welke vragen moeten in welke volgorde worden gesteld in het beslismodel?	Antwoord op de vraag: Ontwerp van een beslismodel op basis van factoren.	Antwoord op de onderzoeksvraag: In hoeverre leidt het gebruik van een beslismodel op basis van factoren tot een hoger percentage goede verwijzingen? Hoe beoordelen de gebruikers het gebruik van het model?
N=6	36 bronnen	N=12	N=12	N=4	N=12		N=14

3.2.2. Instrumenten voor dataverzameling

3.2.2.1. Brainstorm experts

Er werd bij de start van het onderzoek een brainstorm uitgevoerd met een groep van 6 experts om de contouren van het artefact te schetsen en de onderzoeksopzet te bepalen (Johannesson & Perjons, 2014). De brainstorm duurde twee uur.

3.2.2.2. Dossieronderzoek

Er werd inhoudsanalyse uitgevoerd in 12 dossiers van zorgvragen die waren afgewezen na een intake bij de ggz-instelling Perspectief (Verhoeven, 2022). Er was door de onderzoeker vooraf bepaald welke kenmerken werden onderzocht en in welke categorieën de factoren zouden worden ingedeeld (Verhoeven, 2022, 138). Er werd gezocht naar factoren die een rol speelden bij het matchen van een zorgvraag met zorgaanbod en de factoren werden ingedeeld in de categorieën: inhoudelijk psychologische factoren, behandelproces factoren en randvoorwaardelijke. Ook werd bekeken of de factoren uit de literatuur in de schriftelijke argumentatie van behandelaars terug te vinden waren. Van elk dossier werd door de onderzoeker de verslaglegging en de verwijfsbrief bestudeerd in het elektronisch patiëntendossier. De bevindingen zijn bijgehouden in een overzicht, gerangschikt per categorie factoren, zie tabel 3.

3.2.2.3. Interviews

Er werd gekozen voor het afnemen van semigestructureerde interviews, waarbij gebruik werd gemaakt van een interviewprotocol (zie bijlage B2) met zowel open als gesloten vragen (Verhoeven, 2022, p. 133). Dit gaf de onderzoeker de mogelijkheid om dieper door te kunnen vragen bij de open vragen en daarnaast door middel van gestructureerde vragen de factoren die uit de literatuur en de dossiers naar voren waren gekomen te kunnen toetsen. Door te starten met open vragen werd voorkomen dat er een vraagvolgorde bias kon ontstaan, de respondenten werden namelijk eerst gevraagd om hun eigen mening over factoren te geven, voordat zij werden gevraagd of zij bij hun afweging gebruik hadden gemaakt van factoren die uit het literatuur- en dossieronderzoek naar voren waren gekomen (Scribbr, z.d.). Door het werken met open en gesloten vragen werden sommige factoren meerdere keren in de interviews

genoemd en konden deze daardoor met meer zekerheid worden vastgesteld (Verhoeven, 2022; Johannesson & Perjons, 2014, p. 55).

Voorafgaand aan de afname van de interviews werd een proefinterview gehouden om te bekijken of de vragen werkten. Tijdens het proefinterview bleek dat de vragen niet allemaal in een logische volgorde werden gesteld. De volgorde werd na afloop aangepast. Ook bleek dat bij het opnemen van het interview belangrijk was om de respondent in de microfoon te laten praten voor een zo goed mogelijke geluidskwaliteit.

Er werden 12 interviews met de behandelaars afgenomen in de maanden mei en juni 2023. De onderzoeker heeft elf van de twaalf interviews face-to-face afgenomen en een via beeldbellen, omdat het niet lukte een face-to-face afspraak in te plannen. Vervolgens heeft de onderzoeker in juli 4 interviews afgenomen met verwijzers, allen face-to-face. Bij twee van de vier interviews sloot naast de POH-GGZ de huisarts aan. De resultaten worden besproken in hoofdstuk vier.

3.2.2.4. Brainstorm behandelaars

Het instrument brainstorm werd een tweede keer gebruikt met als doel het vinden van formuleringen voor vragen en het bepalen van de volgorde van de vragen bij de gevonden factoren uit de interviews (Johannesson & Perjons, 2014). Dit was een belangrijke stap in het ontwerpproces van het artefact (Johannesson & Perjons, 2014). Er werd gekozen voor deze methode, omdat behandelaars in deze setting vrij konden nadenken over het formuleren van de vraag en er op deze wijze een steeds optimalere vraag werd gemaakt. Er werden 12 brainstormsessies uitgevoerd met 12 behandelaars na afloop van de interviews in de setting behandelaar en onderzoeker.

3.2.2.5. Ontwerp artefact

Het ontwerpproces van het artefact bestond uit het bepalen van de formulering en de volgorde van de vragen in het beslismodel in samenwerking met behandelaars in de brainstormsessies die hierboven zijn beschreven (Johannesson & Perjons, 2014). Vervolgens werden alle vragen uitgelegd op een groot vel en er werd er door de onderzoeker met twee behandelaars gespard over de volgorde van de vragen. Er werd geschoven met vragen tot de volgorde volgens de behandelaars goed was. Dat ontwerp werd vervolgens gedigitaliseerd en toegankelijk gemaakt via een beveiligde website.

3.2.2.6. Experiment artefact en evaluatie artefact

Er werd in deze studie gekozen om naast het ontwerpen van een artefact, een experiment met het artefact uit te voeren. Deze stap werd toegevoegd, zodat de onderzoeker kon achterhalen in welke mate het gebruik van het artefact een oplossing kon bieden voor het geconstateerde managementprobleem en zou leiden tot een hoger percentage goede verwijzingen (Johannesson & Perjons, 2014). Daarbij werd het experiment ingezet om kennis te verkrijgen over het gebruik van artefact (Johannesson & Perjons, 2014, p. 33). Dit werd gemeten met behulp van een semigestructureerd online vragenlijst via Google formulieren die werd afgenomen na afloop van het experiment (Verhoeven, 2022, p. 107).

Er werd gekozen voor het opzetten van een quasi-experiment, omdat dit praktisch goed te organiseren en kosteneffectief was (Verhoeven, 2022, p.114). Het experiment werd afgenomen in een natuurlijke setting tijdens een bijeenkomst met verwijzers. De verwijzers waren de proefpersonen in het experiment. Zij werden tijdens de bijeenkomst gevraagd om gedurende anderhalf uur te participeren aan een experiment en werden gevraagd om aan de hand van vier geanonimiseerde casussen een verwijzing te maken met gebruikmaking van het ontworpen artefact door de vragen in het beslismodel te beantwoorden. Er werd gekozen voor deze setting, omdat dit de onderzoeker de mogelijkheid bood om 56 trials te doen met het artefact met een groep van 14 proefpersonen. Op deze manier kon er in korte tijd veel data worden verkregen over het effect van het gebruik van het model (Verhoeven, 2022). De beperkingen van de keuze voor een quasi-experiment waren dat de proefpersonen niet op hun eigen werkplek de verwijzing maakten en zij in plaats daarvan werden blootgesteld aan een minder rustige omgeving met meerdere proefpersonen in een kamer. Dit kan effect hebben gehad om de uitkomst. Door af te spreken dat er geen overleg plaatsvond tijdens het experiment, werd dit nadelige effect beperkt gehouden. Een andere beperking van de keuze voor een quasi-experiment was dat er gebruik werd gemaakt van casusbeschrijvingen op papier, terwijl de proefpersonen in hun normale werkomgeving te maken hebben met een persoon in hun spreekkamer die ze gaan verwijzen. Ook dit was een beperking van het quasi-experiment. Vanwege de ervaring van de proefpersonen in het werkveld, werd verwacht dat deze beperking een geringe invloed zou hebben. Wegens de grote voordelen en de beperkte nadelen werd gekozen voor het uitvoeren van het quasi-experiment. Het experiment en de evaluatie van het experiment zijn beschreven in hoofdstuk 6.

3.3. Selectieprocedure dossiers en respondentent

3.3.1. Selectieprocedure dossiers

De dossiers werden geselecteerd uit een lijst die van februari tot half april 2023 was bijgehouden voor dit onderzoek. Op de lijst stonden 31 personen vermeld met een afgewezen zorgvraag na screeningsintake door een behandelaar bij ggz-instelling Perspectief. Deze dossiers van deze 31 personen kwamen allemaal in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Het was echter niet mogelijk om een steekproef te trekken uit deze lijst, omdat het van tevoren niet duidelijk was of deze personen toestemming zouden verlenen voor inzage in hun dossiers. Er werd daarom gekozen om alle personen te benaderen voor deelname aan het onderzoek. De personen die toestemming verleenden werden geïnccludeerd in het onderzoek. Zij vormden een doelgerichte steekproef (Verhoeven, 2022, p. 176). Omdat de personen zelf niets te winnen hadden bij deelname, zij waren immers afgewezen voor zorg binnen de instelling, stelde de onderzoeker een cadeaubon van vijftien euro ter beschikking bij deelname.

De personen werden benaderd per e-mail met de vraag of zij toestemming wilden verlenen voor inzage in hun dossier, waarbij zij geïnformeerd werden door middel van een informatiebrief over het onderzoek en het verzoek om een toestemmingsverklaring te tekenen als zij akkoord gingen met inzage in het dossier (zie bijlage B1). Vervolgens werden de personen die niet hadden gereageerd gebeld met de vraag of zij wilden deelnemen. Van de benaderde 31 personen verleenden 12 personen toestemming.

Na het vaststellen van de steekproef van de dossiers werd in de dossiers gekeken wat de kenmerken waren van de personen die toestemming hadden gegeven voor deelname. Op toevallige wijze hadden vijf mannen en zeven vrouwen toestemming verleend. Een meerderheid van vrouwen was representatief voor de ggz-populatie, waar sprake is van 45 procent mannen versus 51 procent vrouwen (Ten Have et al., 2022). De dossiers die werden geïnccludeerd waren inhoudelijk vergelijkbaar met de andere dossiers op de lijst die niet werden geïnccludeerd wegens het niet verlenen van toestemming, er was hierdoor sprake van inhoudelijke generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2022, p. 170).

3.2.2. Selectie respondentent

De selectie van de behandelaars werd gemaakt nadat de dossiers waren geselecteerd. Per dossier werd bekeken welke behandelaar het dossier had behandeld. Hierdoor was er sprake van een selecte steekproef van de respondentent in de groep behandelaars (Verhoeven, 2022, p.

175). De geselecteerde respondenten vormden toevalligerwijs een representatieve steekproef van de behandelaars binnen de GGZ-instelling Perspectief op basis van het criterium beroepsregistratie. Dit was een belangrijke constatering, omdat registratie een onderscheidend criterium kan zijn bij de beoordeling van zorgvragen. Registratie is een aanduiding voor de genoten opleiding en hangt in de meeste gevallen samen met de werkervaring van de behandelaar. Deze factor kan bepalend zijn bij het maken van afwegingen om cliënten wel of niet in zorg te nemen. Minder ervaren behandelaars hebben doorgaans nog minder mensen behandeld en minder complexe problematiek gezien, wat hun inschatting kan beïnvloeden. In de groep respondenten bevonden zich twee verschillende beroepsregistraties, namelijk drie masterpsychologen, vier psychologen in opleiding tot GZ-psycholoog (vallen onder de groep masterpsychologen) en vijf GZ-psychologen. Afgezet tegen de verdeling in de totale groep behandelaars binnen de GGZ-instelling Perspectief, komen zeven niet BIG geregistreerde behandelaars (58%) en vijf BIG geregistreerde behandelaars (42%) overeen met de verdeling disciplines binnen de instelling (niet BIG geregistreerd ca 60%, BIG geregistreerd ca 40%). Voorts waren alle respondenten vrouw. Gezien de samenstelling van de groep behandelaars in de instelling, was dit ook een representatieve afspiegeling van de groep behandelaars. Ruim vijftien procent van de behandelaars in de instelling is vrouw. Doordat de geselecteerde groep in het onderzoek vergelijkbaar was met de behandelaar groep in de instelling, was er sprake van inhoudelijke generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2022, p. 170).

De selectie van de respondenten in de groep verwijzers werd gemaakt door vier verwijzers te selecteren uit de lijst met verwijzers die betrokken waren bij het verwijzen van de dossiers die geïnccludeerd waren in het onderzoek. Er werd gekozen om verwijzers te selecteren die via Perspectief op detachingsbasis werkzaam waren als Praktijk Ondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ), waardoor er sprake was van een doelgerichte steekproef (Verhoeven, 2022, p. 176). De reden voor deze keuze was pragmatisch van aard, namelijk het vergroten van de kans op deelname aan een interview en het experiment. Er was geen onderscheid tussen de geselecteerde verwijzers en de niet geselecteerde verwijzers op het criterium registratie, zij hadden allen dezelfde registratie als POH-GGZ. Daarnaast waren alle verwijzers met de registratie POH-GGZ vrouw. Er was hierdoor sprake van een representatieve afspiegeling van de beroepsgroep POH-GGZ. Bij twee interviews sloten huisartsen aan. Een huisarts was man en een huisarts was vrouw, dit was een representatieve afspiegeling van de groep huisartsen waarin bijna evenveel vrouwen als mannen werkzaam zijn (CBS, 2020). Omdat er geen onderscheid was tussen de verwijzers die waren geselecteerd voor de interviews en de

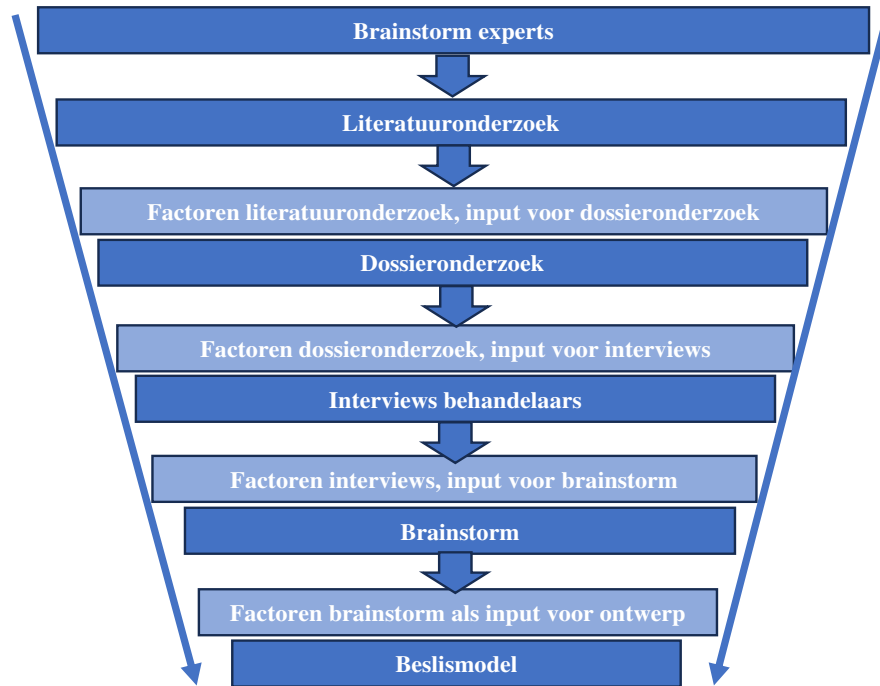
verwijzers die niet waren geselecteerd op de criteria registratie en geslacht, was er sprake van inhoudelijke generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2022, p. 170).

3.2.3. Selectie proefpersonen

De proefpersonen voor het quasi-experiment werden geselecteerd uit de groep POH-GGZ werkzaam in de regio waar de ggz-instelling Perspectief gevestigd is. Alle POH-GGZ die werkzaam waren in de regio werden uitgenodigd voor een bijeenkomst op een locatie van de ggz-instelling. Zij wisten vooraf niet dat zij deel zouden nemen aan een experiment. Er kwamen veertien POH-GGZ naar de bijeenkomst en een stagiair. De veertien POH-GGZ werden geïnccludeerd in het onderzoek op basis van hun registratie als POH-GGZ en hun dagelijkse werk waarin zij actief waren met het verwijzen van patiënten naar de GGZ. De stagiair werd niet geïnccludeerd, omdat zij niet voldeed aan bovengenoemde voorwaarden. De proefpersonen waren allen vrouw, wat representatief was voor de beroepsgroep POH-GGZ. Doordat de geselecteerde groep proefpersonen vergelijkbaar waren op registratie en geslacht met de groep POH-GGZ in Nederland, was er sprake van inhoudelijke generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2022, p. 170).

3.4. Data-analyse

In het onderzoek was er sprake van een inductief proces, waarbij er door het analyseren van de data uit verschillende instrumenten, steeds meer een beeld werd gevormd van de factoren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing (Verhoeven, 2022). Dit iteratieve proces, waarbij er na inzet van een instrument een analyse plaatsvond, maakte het mogelijk dat de gevonden factoren werden meegenomen bij een verdere stap in het onderzoek (Verhoeven, 2022). De analyse van de transcripten van de interviews volgde op de analyse van de dossiers, wat een vervolgstap was geweest op het literatuuronderzoek en zo verder. Het inductieve proces van data verzameling is schematisch weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Data verzameling factoren.

3.4.1. Analyse brainstorm

De gegevens verkregen uit de brainstorm werden handmatig geanalyseerd door de onderzoeker. Tijdens de brainstorm met experts maakte de onderzoeker aantekeningen en uit de notities haalde de onderzoeker na afloop doelstellingen waar het artefact aan zou moeten bijdragen. Daarnaast haalde de onderzoeker uit de notities een lijst met punten voor doorontwikkeling van het artefact (stip op de horizon).

Tijdens de brainstorm met behandelaars hield de onderzoeker een document bij waarin de formuleringen van de vragen over factoren door behandelaars werden genoteerd. Daarnaast hield de onderzoeker bij hoe vaak een soortgelijke formulering werd genoemd. Ook noteerde de onderzoeker in het document welke volgorde van de vragen was genoemd door behandelaars en hoe vaak. De analyse van de brainstorm bestond vervolgens uit het tellen van de formuleringen en het selecteren van de formuleringen die het meest waren genoemd. Hetzelfde werd gedaan met betrekking tot de volgorde van de vragen. Dit resulteerde in een concept van het artefact. De analyse van de brainstorm met experts en behandelaars zijn weergegeven in hoofdstuk 5.

3.4.2. Analyse interviews

De 16 interviews waren opgenomen en de geluidsbestanden werden vervolgens geüpload in Trint. Trint is een programma waarin gesproken tekst wordt omgezet naar geschreven tekst op basis van AI. Na het omzetten van de geluidsbestanden in tekst werden alle teksten nagelopen door de onderzoeker en werden er aanpassingen gedaan als er sprake was van een incorrecte weergave. De gecorrigeerde transcripten werden vervolgens geëxporteerd naar Word.

Voor de analyse van de transcripten werd gekozen voor de methode thematische analyse (Braun & Clarke, 2022; Verhoeven, 2022). Deze methode werd gekozen, omdat deze aansloot bij het onderbrengen van de data in categorieën, wat bij de start van het onderzoek was gedaan door de factoren in te delen in inhoudelijke psychologische factoren, behandelproces factoren en rand voorwaardelijke factoren (zie tabel 1). Bij de thematische analyse werden de zes stappen verkennen, coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structureren en presenteren doorlopen (Verhoeven, 2022, p. 276).

Voor de thematische analyseren van de transcripten, werd gebruik gemaakt van het programma voor kwalitatieve analyses ATLAS.ti. (Verhoeven, 2022, p. 271). Voordat de onderzoeker de definitieve analyses van de transcripten voltooide, werden er verschillende analyses uitgevoerd die niet tot het gewenste effect hadden geleid. Er was er sprake van een iteratief proces, waarin de onderzoeker steeds terugging naar de dataset en nieuwe analyses uitvoerde tot er een goede manier werd gevonden (Verhoeven, 2022).

De eerste analysepoging werd uitgevoerd door de transcripten van de twaalf interviews met behandelaars in de vorm van een Word bestand te uploaden ATLAS.ti. De onderzoeker koos bij deze poging voor AI-coding. Bij AI-coding werden de transcripten automatisch gecodeerd door ATLAS.ti. Het programma maakte hierbij gebruik van grote taalmodellen en maakte clusters van codes (ATLAS.ti., z.d). Het resultaat was een warboel van heel veel codes en veel niet passende codes. De onderzoeker had de transcripten onbewerkt ingediend en wilde onderzoeken of er een ander resultaat uit zou komen bij het gebruiken van bewerkte transcripten. De onderzoeker bewerkte de transcripten door de vragen eruit te halen. Vervolgens werd dit Word document geüpload in ATLAS.ti. Opnieuw koos de onderzoeker voor AI-coding. De resultaten uit deze poging waren aanmerkelijk beter en de onderzoeker heeft vervolgens alle codes bekeken en heeft waar relevant gekozen voor aanpassingen van de namen van codes door de optie 'rename' te kiezen. De onderzoeker groepeerde de codes onder de eerder gekozen thema's, namelijk inhoudelijke psychologische factoren, behandelproces

factoren en rand voorwaardelijke factoren (Verhoeven, 2022). Dit leidde tot een overzichtelijker geheel, maar er bleven nog erg veel codes over en het doorklikken op de tekstfragmenten werkte niet bij alle codes goed, omdat sommige codes apart geregistreerd waren en anderen waren samengevoegd. De onderzoeker vond de beperkingen van AI-coding te groot en koos ervoor om nog een analyse uit te voeren.

De onderzoeker heeft daarop een nieuwe strategie uitgevoerd, namelijk het ‘omgekeerd’ open coderen (Verhoeven, 2022). Door het uitvoeren van de tweede analyse was de onderzoeker goed bekend geraakt met de data en had zij zicht gekregen op de belangrijkste codes voor de tekstfragmenten. De onderzoeker had daarmee de eerste stap van het uitvoeren van een thematische analyse, het verkennen van de data, doorlopen (Verhoeven, 2022, p. 276). Na het starten van een nieuw project doorliep de onderzoeker stap twee van een thematische analyse, namelijk het coderen (Verhoeven, 2022, p. 276). Dit deed de onderzoeker door handmatig de codes aan te maken in ATLAS.ti. Daarop doorliep de onderzoeker alle bewerkte transcripten van alle interviews met behandelaars opnieuw en koppelde de onderzoeker handmatig codes aan alle tekstfragmenten. Het was nodig om de codelijst aan te vullen met codes die ontbraken. Daarnaast doorliep de onderzoeker stap drie van thematische analyse door de codes te groeperen onder de drie categorieën factoren, psychologische inhoudelijke factoren, behandelproces factoren en rand voorwaardelijke factoren (Verhoeven, 2022, p. 277). De codes waren soms gelijk aan de verschillende factoren die uit het literatuur- en dossieronderzoek naar voren waren gekomen en die ook herkend werden in de transcripten (zie tabel 6). Bij het nogmaals doorlopen van alle transcripten voerde de onderzoeker de stap ‘reviseren en verfijnen’ uit door codes een andere naam gegeven als deze beter aansloot bij een ander tekstfragment en daarmee de lading dekte van meerdere fragmenten (Verhoeven, 2022, p. 277). Zodoende vormde zich een overzichtelijke codelijst van codes gegroepeerd onder de drie thema’s. Stap vijf van de thematische analyse, het vaststellen van de codelijst, kon worden voltooid (Verhoeven, 2022, p. 277). Na het vormen van de definitieve codelijst, werden er exports gemaakt van de data, waarna er in Excel analyses werden gemaakt om de laatste stap van thematische analyse te kunnen uitvoeren en de data te kunnen presenteren (Verhoeven, 2022, p. 277). De resultaten zijn weergegeven in hoofdstuk 4.

Na het coderen van de transcripten van de behandelaars, zijn de transcripten van de vier interviews met verwijzers op dezelfde manier bewerkt door de antwoorden op de open vragen uit de transcripten te knippen en in een nieuw document te plaatsen (een document per interview). Deze documenten zijn geüpload in ATLAS.ti en er is opnieuw gekozen voor

handmatig coderen. Ook hier werden verschillende factoren uit het literatuur- en dossieronderzoek gebruikt als code (zie tabel 6). Daarbij werd een deel van de codes van de interviews met behandelaars ook voor deze analyse gebruikt en daaraan zijn nieuwe codes toegevoegd die passend waren bij de antwoorden van de verwijzers. Zodoende ontstond er een codeboek, waarbij de codes werden gegroepeerd in dezelfde categorieën (Verhoeven, 2022). Door voor een deel dezelfde codes te gebruiken, werd voorgesorteerd op mogelijke vergelijkingen in de analyses. Daarbij was het wel nodig om sommige codes negatief of positief toe te voegen. Het bleek namelijk dat sommige passages in teksten van behandelaars en verwijzers weliswaar om dezelfde code gingen, maar dat de code in het ene interview negatief geladen was en in het andere interview positief. Een voorbeeld hiervan was de code zelfinzicht. Behandelaars gaven aan dat bij hun afweging meespeelde als cliënten een tekort hadden aan zelfinzicht, dat wil zeggen ‘geen of beperkt zelfinzicht’, terwijl verwijzers cliënten verwezen die ‘zelfinzicht’ hadden. Na het vaststellen van de definitieve codelijst werden er exports gemaakt naar Excel en werd de data bewerkt tot tabellen en grafieken. De resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 4.

3.4.3. Analyse experiment

Het experiment werd geanalyseerd door alle 56 trials handmatig na te lopen in de online omgeving van het beslismodel en per trial te bekijken wat het advies was dat uit het beslismodel was gekomen voor de betreffende zorgvraag. De resultaten op de trials werden ingedeeld in een van de volgende vier categorieën: ‘zorg buiten Perspectief’, ‘zorg binnen Perspectief’, aanvraag voor ‘consultatie’ (eerst overleg en verwijzing uitstellen) en de categorie ‘onzeker’ en opgenomen in een tabel, zie bijlage C3.

De laatste categorie werd toegevoegd, omdat het model helaas bij twee diagnoses niet doorklikte naar de vervolgvragen. Dit waren de keuzes: ‘persoonlijkheidsproblemen’ en ‘angst’. Dit betrof een fout in het model dat onder zeer hoge tijdsdruk was gedigitaliseerd. Om te voorkomen dat de fouten in het model de uitkomsten zouden beïnvloeden, hebben de onderzoeker en de praktijkbegeleider tijdens het experiment de proefpersonen geholpen door de vragen die behoorden te verschijnen mondeling met de proefpersoon door te nemen, waardoor zij alsnog het model konden doorlopen. Enkele proefpersonen vroegen geen hulp, waardoor de uitkomst bij die trials onzeker was. Dit heeft de resultaten enigszins beïnvloed.

De onderzoeker is hier op de volgende manier meer omgegaan. De trials waarbij er was gekozen voor ‘persoonlijkheidsproblemen’ en waarbij doorklikken niet werkte, werden toegevoegd aan de groep ‘zorg buiten Perspectief’, omdat er met grote zekerheid verwacht kon worden dat de vervolgvragen bij de gebruikte casussen zodanig zouden worden beantwoord dat dat het verwijzingsadvies zou zijn. Het deel van de trials waarbij was gekozen voor ‘angst’, waarbij het doorklikken niet werkte, werd toegevoegd aan de groep ‘zorg binnen Perspectief’, omdat het onduidelijk was welk advies er zou volgen als de vervolgvragen zouden zijn beantwoord. Het kan zijn dat dit een nadelige inschatting is geweest van de onderzoeker. Maar wegens de fouten in het systeem vond de onderzoeker voorzichtigheid bij de interpretatie gepast.

Tot slot werd het gebruik van het model onderzocht door de afname van een evaluatievragenlijst in Google Forms. Deze werd door alle 14 proefpersonen ingevuld. De antwoorden op deze vragen werden door de onderzoeker geanalyseerd met gebruikmaking van de analysetool in Google Forms. De open vragen werden apart geanalyseerd door de onderzoeker.

Bij het invullen van de vragenlijst door de proefpersonen was er kans op een sociale waarschijnlijkheidsbias (Scribbr, z.d.). Een deel van de proefpersonen had een professionele werkrelatie met de onderzoeker in de vorm van een detachering. Dit kan bij zes van de veertien proefpersonen hebben geleid tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden (Scribbr, z.d.). Daarnaast was er kans op een respons bias, omdat het onderwerp van onderzoek relevant is voor de werkzaamheden van de proefpersonen en zij hierdoor mogelijk een meer positieve houding ten opzichte van het model hadden, dan zij zouden hebben gehad als zij een model hadden moeten testen wat niet met hun werk te maken had (Scribbr, z.d.). Het experiment en de evaluatie zijn beschreven in hoofdstuk zes. De onderzoeker heeft geprobeerd de kans op bias te beperken door de evaluatievragenlijst anoniem in te laten vullen.

3.5. Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid

Door de systematische aanpak bij de dataverzameling, is herhaling van het onderzoek mogelijk. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2022). Het vooraf opgestelde kader bij het literatuuronderzoek droeg bij aan het systematisch zoeken van literatuur (zie bijlage A) en de gevonden factoren uit het literatuuronderzoek zijn gebruikt bij

de uitvoering van het dossieronderzoek. De lijst factoren uit het literatuur- en dossieronderzoek werd getoetst in de gestructureerde vragen in de interviews (zie bijlage B2). Door deze aanpak werd met behulp van verschillende methoden steeds hetzelfde onderzocht, namelijk welke factoren een rol hadden gespeeld bij het verwijzen of afwijzen van ggz-zorgvragen. Door het onderzoek naar factoren uit te voeren met behulp van verschillende instrumenten was er sprake van herhaling en een iteratief proces wat bijdroeg aan de betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2022, p. 273). Bij de uitvoering en evaluatie van het experiment met het beslismodel werd ook een systematische aanpak gehanteerd. Er werd een vooraf een protocol opgesteld en dat werd tijdens het experiment doorlopen. Na afloop van het experiment vond een evaluatie plaats door middel van een semigestructureerde digitale vragenlijst (Verhoeven, 2022).

Door in het onderzoek gebruik te maken verschillende instrumenten voor dataverzameling waarmee de factoren werden onderzocht bij dezelfde groepen respondenten en proefpersonen en door rekening te houden met mogelijke biases, werd de interne validiteit vergroot (Verhoeven, 2022). Er was sprake van een representatieve steekproef van dossiers, respondenten en proefpersonen wat de externe validiteit heeft vergroot (Verhoeven, 2022).

Vanwege de representatieve steekproef van respondenten en proefpersonen, zijn de resultaten uit het onderzoek naar verwachting generaliseerbaar voor de organisatie Perspectief en bruikbaar bij vergelijkbare ambulante ggz-instellingen met een vergelijkbare organisatie van zorg en een vergelijkbaar behandelaanbod. Hieronder vallen andere ambulante ggz-instellingen in Nederland. Verder onderzoek is nodig om een uitspraak te kunnen doen over de generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere ggz-instellingen en instellingen buiten Nederland.

4. Vereisten aan het beslismodel

In dit hoofdstuk komen per instrument voor dataverzameling de belangrijkste resultaten aan de orde. Dit zijn de resultaten uit het dossieronderzoek, de interviews met behandelaars en de interviews met verwijzers. Aan de hand van deze gegevens worden aan het eind van dit hoofdstuk de drie deelvragen beantwoord. Ook wordt de wetenschappelijke vraag beantwoord. De beantwoording van de deelvragen en de wetenschappelijke vraag leidt tot het formuleren van de vereisten voor het te ontwerpen artefact in de vorm van een beslismodel. In hoofdstuk 5 worden deze vereisten gebruikt als bouwstenen voor het ontwerpen van het artefact.

4.1. Resultaten

4.1.1. Factoren uit dossieronderzoek

Als reden voor het afwijzen van zorgvragen werden bij de bestudering van de verslaglegging van 12 dossiers werden 6 factoren gevonden die in het literatuuronderzoek naar voren waren gekomen. Dit waren de inhoudelijke psychologische factoren: ‘ernstige suicidaliteit’, ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘te hoge complexiteit’ en ‘beperkt leervermogen’. Er werd één behandelproces factor uit de literatuur teruggevonden. Dat was de factor ‘behandelverleden (veel eerdere behandelingen in de ggz)’. Tot slot werd één rand voorwaardelijke factor uit het literatuuronderzoek teruggevonden, namelijk de ‘wachttijden’. De factoren zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3.

Factoren uit het literatuuronderzoek gevonden in het dossieronderzoek.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none">• Ernstige suicidaliteit of acute crisis• Ernstige Persoonlijkheidsproblematiek• Te hoge complexiteit• Beperkt leervermogen	<ul style="list-style-type: none">• Behandelverleden (veel eerdere behandelingen in de ggz)	<ul style="list-style-type: none">• Wachttijden

Naast factoren die uit het literatuuronderzoek naar voren waren gekomen, werden er 18 andere factoren gevonden die een rol hadden gespeeld bij de afwijzing van de dossiers. Dit waren de inhoudelijke psychologische factoren: ‘geen DSM-diagnose’, ‘complex trauma’, ‘ernstige eetstoornis’, ‘verslavingsproblematiek’, ‘te zware problematiek’, ‘Multi problematiek’, ‘motivatie voor behandeling is laag’ en ‘zware emotie regulatie problematiek’. De volgende nieuwe behandelproces factoren werden gevonden: ‘geen zorg nodig’, ‘intensieve therapie’, ‘klinische behandeling’, ‘crisisdienst achterwacht’, ‘specialistische therapie’, ‘specialistisch onderzoek’, ‘schematherapie’ en ‘online therapie’. Tot slot werden er twee nieuwe randvoorwaardelijke factoren gevonden: ‘cliënt woont in buitenland’ en ‘cliënt is mobiel’. De factoren zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4.

Factoren uit het dossieronderzoek.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Geen DSM-diagnose • Complex trauma • Ernstige eetstoornis • Verslavingsproblematiek • Te zware problematiek • Multi problematiek • Motivatie voor behandeling is laag • Zware emotie regulatie problematiek 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen zorg nodig • Intensieve therapie • Klinische behandeling • Crisisdienst achterwacht • Specialistische therapie • Specialistisch onderzoek • Schematherapie • Online therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Client woont in buitenland • Cliënt is mobiel

In tabel 5 zijn alle factoren opgenomen die gevonden werden in het dossieronderzoek, zowel de factoren die al bekend waren uit het literatuuronderzoek als de nieuwe factoren (de nieuwe factoren zijn onderstreept).

De verwijsbrieven van de 12 dossiers werden ook bestudeerd. In de tabel zijn de verwijsredenen uit de verwijsbrief opgenomen. Opvallend was dat er zeven keer werd verwezen voor behandeling in de basis-ggz en vijf keer voor de specialistische ggz, terwijl er negen keer sprake was van zeer ernstige problematiek. Bij één dossier waarbij er geen sprake was van een diagnose was juist verwezen naar de specialistische-ggz. Uit deze steekproef lijkt op te maken dat het selecteren van basis- of specialistische-ggz door de verwijzer vaak niet aansluit bij de ernst van de klachten.

Tabel 5

Factoren van belang bij het afwijzen van een zorgvraag, gegroepeerd per dossier, uit het dossieronderzoek.

Factor-> Dossier	Inhoudelijke psychologisch	Behandelproces	Rand voorwaarde	Verwijsreden verwijsbrief
1 (vrouw)	Ernstige suïcidaliteit of acute crisis Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	Intensieve therapie Crisisdienst achterwacht Schematherapie nodig		Regulier angststoornissen GBGGZ
2 (vrouw)	Ernstige suïcidaliteit of acute crisis (met mes op pols gestaan, neiging auto tegen boom rijden)	Klinische behandeling Crisisdienst achterwacht		Regulier stemmingsstoornis GBGGZ
3 (man)	Geen DSM-diagnose	Geen zorg nodig		Regulier angststoornissen GBGGZ
4 (vrouw)	Geen DSM-diagnose	Geen zorg nodig		Regulier angststoornissen GBGGZ
5 (man)	Ernstige persoonlijkheidsproblematiek naast ADHD	Intensieve therapie		Verwijsafpraak Persoonlijkheidsproblematiek SGGZ
6 (vrouw)	Ernstige eetstoornis	Specialistische therapie		Regulier stemmingsstoornis GBGGZ
7 (man)	Leervermogen Motivatie voor behandeling is laag Zware emotie regulatie problematiek	Specialistisch onderzoek en therapie	Wachttijden	Verwijsafpraak Persoonlijkheidsproblematiek SGGZ
8 (vrouw)	Zware problematiek Complexiteit Multi problematiek	Specialistische en (klinische) intensieve therapie nodig	Woont in buitenland	Verwijsafpraak psychotrauma SGGZ
9 (vrouw)	Zware problematiek Multi problematiek	Online therapie nodig	Cliënt is mobiel	Verwijsafpraak angststoornissen S-GGZ
10 (man)	Ontbreken van een psychiatrische diagnose	Geen zorg nodig		Verwijsafpraak psychotrauma SGGZ
11 (man)	Ernstige persoonlijkheidsproblematiek Alcoholverslaving	-Specialistische en (klinische) intensieve therapie nodig		Regulier angststoornissen GBGGZ
12 (vrouw)	Complexe PTSS (aaneenschakeling aan ingrijpende gebeurtenissen in haar leven)	-klinische behandeling nodig voor trauma en schematherapie		Regulier psychotrauma GB- GGZ

Tabel 6 is een overzicht van de 24 factoren die in het dossieronderzoek naar voren zijn gekomen. Voor de overzichtelijkheid is aangegeven of de factor was gevonden in het literatuuronderzoek (zie tabel 1) en opnieuw werd gevonden in het dossieronderzoek, of dat de factor werd toegevoegd vanuit het dossieronderzoek. Zes factoren uit het literatuuronderzoek zijn in het dossieronderzoek gevonden. Achttien factoren zijn toegevoegd aan de lijst, vanuit het dossieronderzoek.

Tabel 6

Factoren uit het dossieronderzoek.

Inhoudelijke psychologische factoren	Factor afkomstig uit
Geen DSM-diagnose	Dossieronderzoek
Ernstige suïcidaliteit of acute crisis	Literatuur en dossieronderzoek
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	Literatuur en dossieronderzoek
Complex trauma	Dossieronderzoek
Verslavingsproblematiek	Dossieronderzoek
Ernstige eetstoornis	Dossieronderzoek
Te zware problematiek	Dossieronderzoek
Te hoge complexiteit	Literatuur en dossieronderzoek
Multiproblematiek	Dossieronderzoek
Motivatie voor behandeling is laag	Dossieronderzoek
Zware emotieregulatie problemen	Dossieronderzoek
Leervermogen lijkt laag/snapt veel vragen niet	Literatuur en dossieronderzoek

Behandelproces factoren	
Geen zorg nodig	Dossieronderzoek
Behandelverleden: veel behandelingen in de ggz	Literatuur en dossieronderzoek
Intensieve therapie (bijv. dagbehandeling)	Dossieronderzoek
Klinische opname	Dossieronderzoek
Crisisdienst als achterwacht	Dossieronderzoek
Specialistische therapie	Dossieronderzoek
Specialistisch onderzoek	Dossieronderzoek
Schematherapie	Dossieronderzoek
Online therapie	Dossieronderzoek
Rand voorwaardelijke factoren	
De wachttijden	Literatuur en dossieronderzoek
Cliënt woont in het buitenland	Dossieronderzoek
Cliënt is niet mobiel	Dossieronderzoek

4.1.2. Factoren uit interviews behandelaars

De 12 interviews met behandelaars zijn vanwege de goede voorbereiding van de respondenten voorspoedig verlopen. Als reden voor het afwijzen van zorgvragen werden inhoudelijke psychologische factoren het vaakst genoemd (open vragen: 58%, gesloten vragen: 65%). Behandelproces factoren werden daarna het meest genoemd (open vragen: 34%, gesloten vragen: 33%). Rand voorwaardelijke factoren werden het minst vaak genoemd als reden voor het afwijzen van zorgvragen (open vragen: 8%, gesloten vragen: 2%).

4.1.2.1. Factoren uit open vragen behandelaars

Bij de openvragen werd de behandelaar gevraagd om zelf aan te geven welke factoren een rol hadden gespeeld bij het afwijzen van de betreffende zorgvraag. De antwoorden op de open vragen in de 12 interviews leverde 27 factoren op die een rol speelden bij het afwijzen een zorgvraag. Omdat een groot deel van de factoren slechts één of enkele keren werden genoemd, werd omwille van de overzichtelijkheid besloten om alleen de factoren die vijf of meer keer waren genoemd in kaart te brengen als meest belangrijk bij de keuze voor het afwijzen van een zorgvraag. Dit betrof 11 factoren. Deze factoren zijn weergegeven in figuur 8. In bijlage C1 zijn alle zeventientig factoren weergegeven.

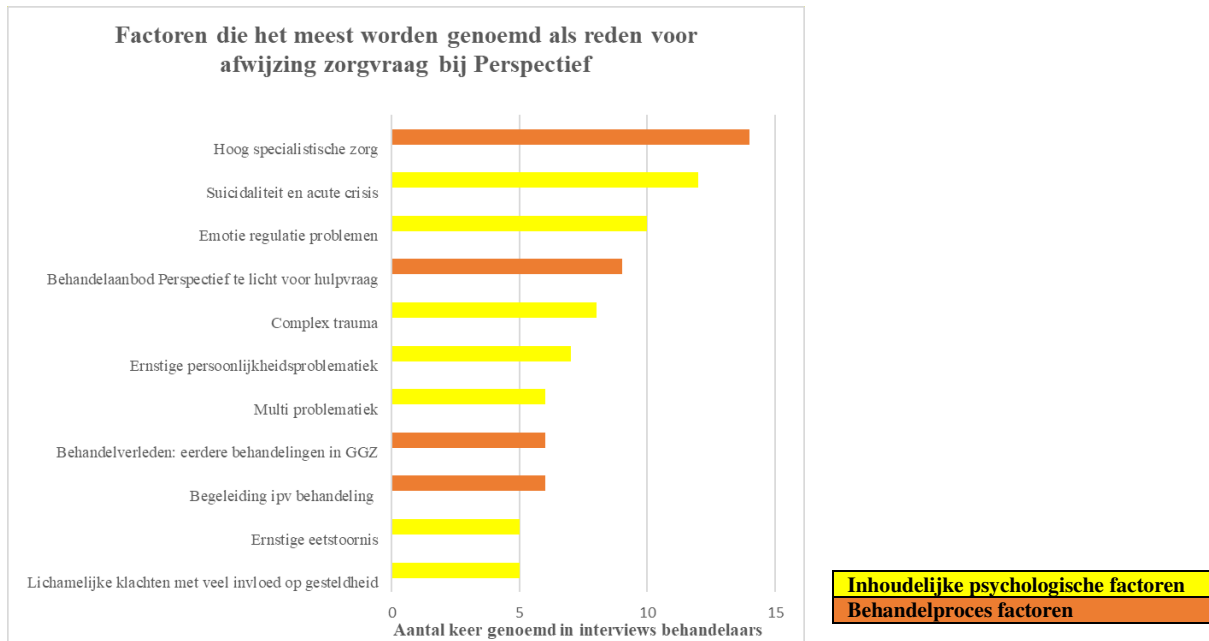
Van de 11 factoren die in de open vragen werden genoemd een rol te spelen bij het afwijzen van zorgvragen bij de ggz-instelling Perspectief, waren er vier bij die zowel in het literatuuronderzoek als in het dossieronderzoek waren gevonden. Dit waren de factoren: ‘ernstige suïcidaliteit of acute crisis’, ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘Multi problematiek’ en ‘behandelverleden: veel behandelingen in de ggz’. Vier factoren waren ook in het dossieronderzoek gevonden, dit waren: ‘complex trauma’, ‘ernstige eetstoornis’, ‘zware emotieregulatie problemen’ en ‘specialistische therapie’. Tot slot werden er drie nieuwe

factoren gevonden, een inhoudelijke psychologische factor: ‘lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid’ en twee behandelproces factoren: ‘behandelaanbod Perspectief te licht’ en ‘begeleiding i.p.v. behandeling’.

Een behandelaar vertelde dat factoren ‘suïcidaliteit en acute crisis’ en ‘behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz’ bij de besproken casus het meest doorslaggevend waren: *“Het belangrijkste was met name de suïcidaliteit, de acute suïcidaliteit. Maar ook wel een uitgebreide hulpverlenersgeschiedenis. Dat ze eerder behandeling heeft gehad en dat bij mij ook wel de vraag ontstond van goh wat maakt dat dat eerder onvoldoende effect heeft gehad dat ze daar onvoldoende baat bij heeft gehad? Dat vond ik opvallend.”*

Bij een andere behandelaar was de factor ‘emotieregulatie problemen’ de belangrijkste afweging om de zorgvraag af te wijzen: *“Daarnaast was er sprake van forse agressie/impuls regulatie problematiek. Hij was al eerder behandeld in het verleden voor mishandeling van zijn kind. En nu reden voor aanmelding maar opnieuw agressie problemen. En op de vraag hoe hij daar mee omging gaf hij aan dat hij dat onvoldoende kan beheersen. Ook in het gesprek tegen mij uitte hij zich heel grof, maar hij kon daar niet op reflecteren. Kon zich niet afremmen. Dat was een belangrijk punt.”*

Een derde behandelaar maakte de afweging om de zorgvraag af te wijzen op basis van de factor ‘lichamelijke klachten die veel invloed hebben op de gesteldheid’: *“En ik sprak haar ook in het interview, toen lag zij met migraine in bed. Met zo'n grote zonnebril op, wat ook al liet zien dat zij eigenlijk een gesprek amper aankon. En vanwege haar fysieke klachten kon ze zelfstandig niet uit huis. Ze had altijd de hulp nodig om naar de praktijk te kunnen komen. Ja en dat is een hele belangrijke indicatie waarvan je je af kunt vragen van ben je met al die lichamelijke klachten en de daarop opgebouwde psychologische klachten wel bij ons op je plek? Dus dat is een hele belangrijke contra-indicatie voor behandeling.”*



Figuur 8. Factoren vijf of meer keer genoemd in open vragen als reden voor afwijzing zorgvraag bij Perspectief.

4.1.2.2. Factoren uit gesloten vragen behandelaars

In het interviewprotocol werd na het stellen van de open vragen, door middel van gesloten vragen getoetst of de factoren uit het dossieronderzoek (zie tabel 6) een rol hadden gespeeld bij de afwijzing van de zorgvraag. De factoren waren ‘te zware problematiek’ en ‘crisisdienst achterwacht’.

4.1.2.3. Toegevoegde factoren

In de interviews hebben behandelaars toevoegingen gedaan op de factoren die werden uitgevraagd bij de gesloten vragen. Een factor werd vijf keer genoemd. Dit betrof de factor ‘timing’. Met ‘timing’ werd bedoeld of de zorgvrager ruimte heeft voor het volgen van een behandeling op dit moment.

De analyse van open en gesloten vragen in de interviews met behandelaars wees geen randvoorwaardelijke factor uit die vijf of meer keer werd genoemd. Een factor werd desondanks wel van belang geacht, namelijk de factor ‘cliënt is mobiel’. In de steekproef bleek een cliënt niet in staat te zijn om naar de praktijk te komen, en daarbij ook niet in staat te zijn om zittend zonder zonnebril een gesprek via beeld te voeren (zie citaat in paragraaf 4.1.2.1.). Voor een behandeling bij de ggz-instelling Perspectief werd het van belang geacht dat de cliënt in staat

was om (af en toe) naar de locatie te komen, maar andere zorgaanbieders hebben ook volledig online aanbod, waardoor deze factor onderscheidend is.

4.1.2.4. Overzicht factoren uit interviews behandelaars

Uit de open en gesloten vragen in de interviews met behandelaars kwamen 15 factoren die een rol speelden bij het afwijzen van zorgvragen binnen de ggz-instelling Perspectief. Deze factoren zijn in tabel 7 weergegeven.

Tabel 7

Factoren die een rol spelen bij het afwijzen van zorgvragen uit de interviews met behandelaars.

Inhoudelijke psychologische factoren	Factor afkomstig uit
Ernstige suïcidaliteit of acute crisis	Literatuur en dossieronderzoek en interviews behandelaars
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	Literatuur en dossieronderzoek en interviews behandelaars
Complex trauma	Dossieronderzoek en interviews behandelaars
Ernstige eetstoornis	Dossieronderzoek en interviews behandelaars
Te zware problematiek	Dossieronderzoek en in gesloten vragen interviews behandelaars
Multiproblematiek	Dossieronderzoek en interviews behandelaars
Zware emotieregulatie problemen	Dossieronderzoek en interviews behandelaars
Lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid	Interviews behandelaars
Behandelproces factoren	
Behandelverleden: veel behandelingen in de ggz	Literatuur en dossieronderzoek en interviews behandelaars
Crisisdienst als achterwacht	Dossieronderzoek en in gesloten vragen interviews behandelaars
Specialistische therapie	Dossieronderzoek en interviews behandelaars
Behandelaanbod Perspectief te licht	Interviews behandelaars
Begeleiding i.p.v. behandeling	Interviews behandelaars
Timing	Toevoeging in interviews behandelaars
Rand voorwaardelijke factoren	
Clïënt is niet mobiel	Dossieronderzoek

4.1.3. Factoren uit interviews verwijzers

De 4 interviews met verwijzers zijn voorspoedig verlopen. Bij twee POH-GGZ sloten de praktijk houdende huisartsen bij een deel van het interview aan. Uit de analyse van de factoren kwam dat bij het verwijzen naar de ggz ongeveer in gelijke mate inhoudelijke psychologische factoren (30%), behandelproces factoren (35%) als rand voorwaardelijke factoren (35%) meespeelden.

4.1.3.1. Factoren uit open vragen verwijzers

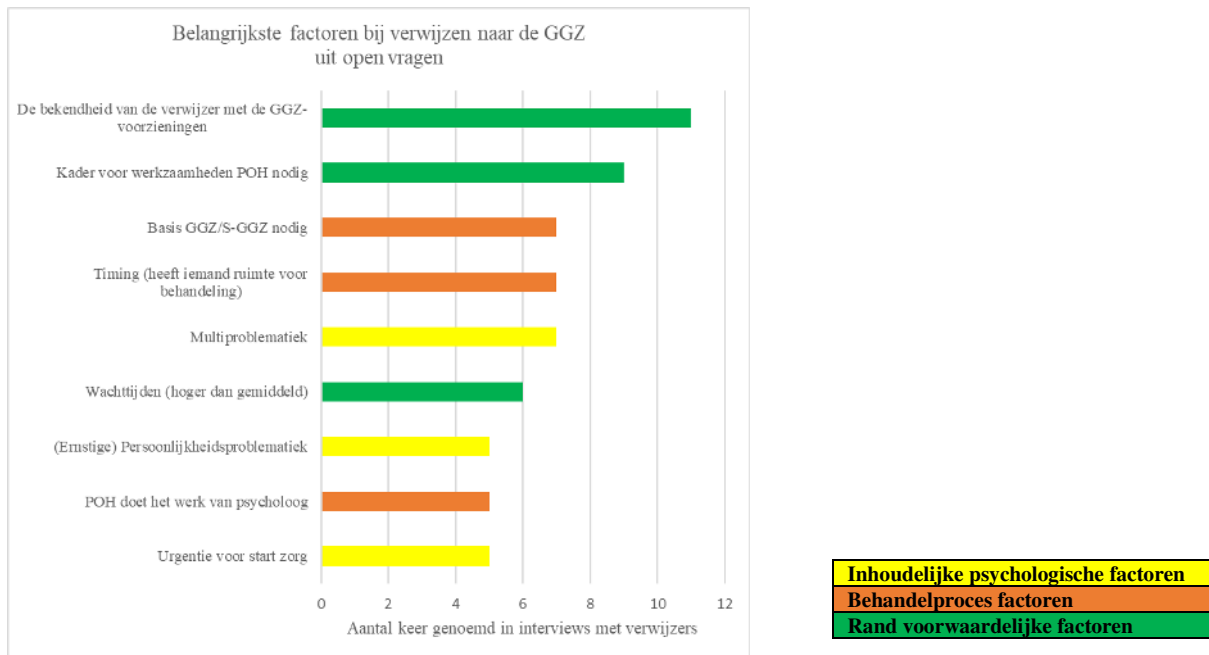
Bij de open vragen werd de verwijzer gevraagd om aan te geven welke factoren een rol hadden gespeeld bij het verwijzen van de zorgvraag. Er werden in totaal 36 factoren genoemd die een rol speelden bij het verwijzen naar de ggz. Factoren die vijf of meer keer werden genoemd zijn in kaart gebracht als meest belangrijk bij de keuze voor het verwijzen naar de ggz.

Er werden 9 factoren vijf of meer keer genoemd. Van deze factoren waren twee factoren zowel in het literatuur als dossieronderzoek gevonden. Dit waren de factoren: ‘wachtijden’ en ‘(ernstige) persoonlijkheidsproblematiek’. Eén factor was ook in de literatuur gevonden, namelijk ‘bekendheid met ggz-aanbod in omgeving’. En één factor was ook in het dossieronderzoek gevonden, dat was de factor ‘Multi problematiek’. Er werden 5 factoren toegevoegd door verwijzers, namelijk de inhoudelijke psychologische factor ‘urgentie voor start zorg’, de behandelproces factoren ‘basis of specialistische zorg’ en ‘timing’ en tot slot drie rand voorwaardelijke factoren ‘kader voor werkzaamheden POH’ en ‘POH-GGZ doet werk van psycholoog’. De factoren uit de open vragen zijn weergegeven in figuur 9. In bijlage C.2 zijn alle 36 factoren weergegeven.

Voor een verwijzer speelde de factor ‘wachtijden’ een belangrijke rol bij de afweging om te verwijzen: *“Uhm ja t is voor mensen ook best wel frustrerend, waarom duurt het zo lang weet je wel? Want ik wil nu eigenlijk vrij snel aan de slag hiermee. En mensen willen natuurlijk, dat is ook wel uh de tijdsgeest, hier snel vanaf komen.”*

Een andere verwijzer noemde de factor ‘Multi problematiek’: *“Binnen haar gezinssituatie, waren er nog heel wat dingen die speelden. En die dus ook van recent nog echt wel aan de gang waren. Waardoor ik wel zoiets had van waar moeten we beginnen?”*

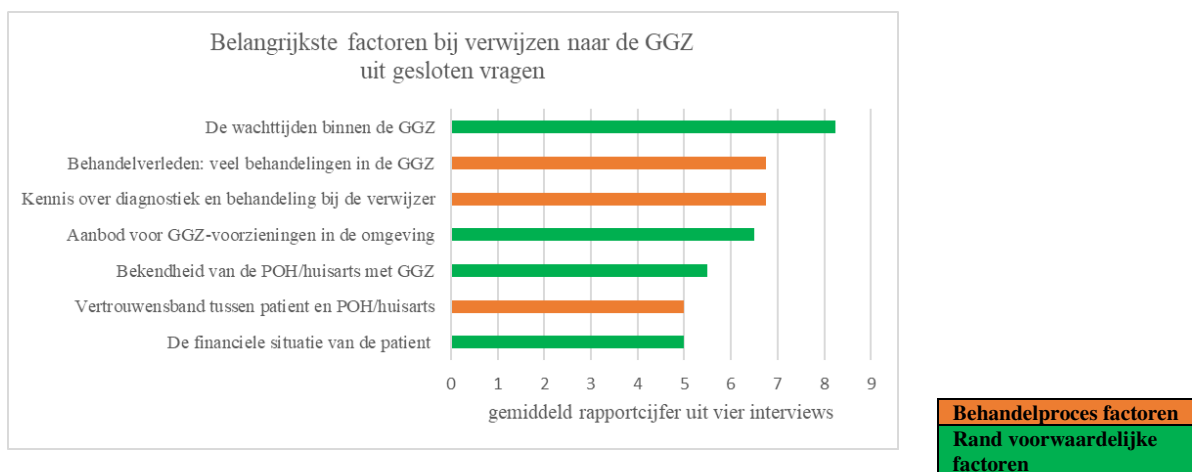
Over de factor ‘bekendheid van de verwijzer met ggz-voorzieningen’ vertelt een verwijzer het volgende: *“En sowieso een beetje door dat alle bomen het bos niet kunnen zien, want er is heel veel aanbod. Dus daar heb ik in het begin wel, heb ik een beetje m'n weg in moeten vinden. Ook wel echt collega's, POH's gevraagd van wat zijn dan plekken waar jullie echt naar verwijzen?”*



Figuur 9. Factoren als reden voor verwijzing naar de GGZ uit open vragen.

4.1.3.2. Factoren uit gesloten vragen verwijzers

In de gesloten vragen werd uitgevraagd welke behandelproces- en randvoorwaardelijke factoren uit de literatuur (zie tabel 1) meespeelden bij het verwijzen naar de ggz. Zeven factoren uit die lijst werden vijf of meer keer genoemd. Dit betrof de factoren ‘wachttijden’ en ‘behandelverleden in de ggz’. Bij een geschiedenis van eerdere behandelingen werd afgewogen wat een andere vorm van hulp kon zijn, maar het werkte soms ook andersom. Iemand met een behandelverleden in de ggz werd soms juist sneller terugverwezen naar de ggz. Eigen ‘kennis van de POH-GGZ over diagnostiek en behandeling’ bepaalde dat sommige POH-GGZ geneigd waren om zelf te gaan behandelen in plaats van te verwijzen. Het ‘aanbod van ggz in de omgeving’ speelde ook een rol. Bij de aanwezigheid van passende zorg, was een verwijzing sneller gemaakt. In het geval dat passende zorg verder weg zat en de ‘financiële situatie van de patiënt’ het niet toeliet om te reizen, werd er minder snel een verwijzing gemaakt. Ook speelde de ‘bekendheid van de verwijzer met het aanbod van de ggz-aanbieders’ in de omgeving een rol. Bij een ‘goede vertrouwensband met de patiënt’ was de verwijzer ook eerder geneigd om zelf te behandelen. Bij een minder goede vertrouwensband, werd de patiënt een andere behandelaar gegend en werd er verwezen. Deze resultaten waren herkenbaar uit het literatuuronderzoek. De factoren uit de gesloten vragen zijn weergegeven in figuur 10.



Figuur 10. Factoren die meespelen bij het verwijzen naar de ggz uit gesloten vragen.

4.1.3.3. Overzicht factoren uit interviews verwijzers

Uit de interviews met verwijzers kwamen 14 factoren naar voren die een rol speelden bij het afwijzen van zorgvragen binnen de ggz-instelling Perspectief. Deze factoren zijn in tabel 8 weergegeven.

Tabel 8

Factoren die een rol spelen bij het verwijzen van zorgvragen uit de interviews met verwijzers.

Inhoudelijke psychologische factoren	Factor afkomstig uit
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	Literatuur en dossieronderzoek en interviews verwijzers
Multiproblematiek	Dossieronderzoek en interviews verwijzers
Urgentie voor start zorg	Interview verwijzers
Behandelproces factoren	
Behandelverleden: veel behandelingen in de ggz	Literatuur en dossieronderzoek en interviews verwijzers
Basis of specialistische zorg	Interviews verwijzers
Timing	Interviews verwijzers
Kennis van diagnostiek en behandelingen bij de POH/huisarts;	Literatuur en Interviews verwijzers gesloten vragen
Vertrouwensband tussen patiënt en POH/huisarts	Literatuur en Interviews verwijzers gesloten vragen
Rand voorwaardelijke factoren	
De wachttijden	Literatuur en dossieronderzoek en interviews verwijzers
Bekendheid met ggz-aanbod in omgeving	Literatuur en Interviews verwijzers
Kader voor werkzaamheden POH	Interviews verwijzers
POH-GGZ doet werk van psycholoog	Interviews verwijzers
Aanbod ggz-voorzieningen in de omgeving	Literatuur en interviews verwijzers gesloten vragen
De financiële situatie van de patiënt.	Literatuur en interviews verwijzers gesloten vragen

4.1.3.4. Eisen verwijzers aan een verwijssysteem

In de open vragen aan verwijzers werd ook gevraagd naar de ervaringen met het verwijzen via het huidige verwijssysteem, eventuele gewenste aanpassingen, problemen bij het verwijzen en suggesties ter verbetering van het verwijzen.

Er werd door de verwijzers enige waardering uitgesproken voor het werken met het huidige systeem, omdat het structuur biedt. Verwijzers liepen ook aan tegen beperkingen van het

systeem. Zij gaven aan dat zij op dit moment zelf veel kennis moesten hebben van de zorgaanbieders om hen heen om goed te kunnen verwijzen. Dit ervoeren zij als een lastige opgave en zij gaven aan kennis tekort te komen. Er was behoefte aan ondersteuning daarbij vanuit het systeem. Er werd ook behoefte geuit aan een minder complex en persoonlijker doorverwijssysteem. Verwijzers gaven behoefte aan meer praktische en specifieke verwijsopties aan om verwijzingen meer persoonlijk te kunnen maken, zoals de optie om verschillende leden van een gezin naar één zorgaanbieder te verwijzen, te kunnen verwijzen voor een intake met een systeem en het kunnen verwijzen naar digitale zorg voor mensen die niet de deur uit kunnen.

Eis 1	Ondersteuning bij inzicht in totale aanbod zorg
Eis 2	Specifieke verwijsopties: <ul style="list-style-type: none"> → In een keer verschillende gezinsleden verwijzen naar 1 aanbieder verwijzen → Verwijzen voor een intake met het systeem (ipv individueel) → Verwijzen naar volledig digitale zorg

Naast beperkingen van het systeem gaven verwijzers aan dat zij last hebben van de wachttijden in de ggz en dat verwijzingen door zorgaanbieders niet worden geaccepteerd. Er is behoefte aan meer overleg en ondersteuning met en vanuit de ggz. Ook stelden de huisartsen ter discussie dat plekken in de ggz bezet worden gehouden door mensen die goed functioneren, terwijl mensen met complexe klachten in de wacht staan.

Eis 3	Kortere wachttijden
Eis 4	Consultatiefunctie in het verwijssysteem met ggz
Eis 5	Onderscheid op basis van urgentie en complexiteit klachten

Verwijzers zagen het als hun taak om te luisteren naar de wensen en behoeften van de patiënt en daarbij de juiste hulpverlening te vinden. Daarbij keken zij wel naar de motivatie van de patiënt voor het ontvangen van hulp, als deze te laag was, dan bespraken zij dat met de patiënt. Het was verschillend hoeveel doorverwijzingen een POH-GGZ maakte met het verwijssysteem per jaar, sommigen gaven aan dit maar vier of vijf keer te doen. Dit laatste hing samen met een ander opvallend punt dat werd genoemd. Dat was de behoefte bij twee verwijzers aan een duidelijk kader waarbinnen zij als POH-GGZ zouden moeten werken, wat hen zou kunnen helpen om te beslissen wanneer zij zorg moesten bieden en wanneer zij moesten verwijzen. Zelf zagen deze verwijzers veel verschil binnen de groep POH-GGZ met betrekking tot de

invulling van hun werkzaamheden. Een verwijzer meende dat sommige POH-GGZ het werk van een psycholoog deden, maar zichzelf zag haar rol meer als Poortwachter van de ggz. Het ontwikkelen van een beslisboom hierbij kan nuttig zijn. Dit valt echter buiten de scope van dit onderzoek.

Overig	Motivatie patiënt is voorwaarde voor verwijzing naar ggz
Overig	POH-GGZ met veel behandelkennis behandelt zelf meer
Overig	Kader voor doorverwijzen zou POH-GGZ helpen om te bepalen wanneer wel en niet te verwijzen (buiten scope onderzoek)

4.2. Vereisten voor het beslismodel

4.2.1 Beantwoording deelvragen

Zoals in hoofdstuk 1 is besproken, leidt het beantwoorden van de deelvragen tot de nodige input voor het ontwerpen van een beslismodel in hoofdstuk 5. De analyse van de interviews die voorgaand zijn besproken, hebben de benodigde data opgeleverd om de deelvragen en de wetenschappelijk vraag te kunnen beantwoorden. Dat is hieronder uitgewerkt.

Opvallend was dat in de interviews met behandelaars vooral inhoudelijke psychologische factoren naar voren kwamen en in de interviews met verwijzers sprake was van een gelijke verdeling van factoren over de drie categorieën. Dit linkt aan de expertise van de behandelaar die ligt op het inhoudelijke vlak en van de verwijzer die een generalistische blik heeft.

1. Welke factoren spelen een rol bij het verwijzen naar de ggz door de verwijzer?

Uit de interviews met de verwijzers kwamen in totaal 14 factoren naar voren (die vijf of meer keer zijn genoemd). Negen factoren kwamen uit de open vragen en zeven uit de gesloten vragen, waarbij er twee factoren in beide lijstjes genoemd werden. Dit waren de factoren: ‘wachtlijden’ en ‘bekendheid met aanbod van de ggz-aanbieders in de omgeving’. Hierdoor kwam het totaal op 14 factoren.

Van de 14 factoren zijn drie factoren uit de lijst verwijderd. Allereerst is de factor ‘GB of S-GGZ’ verwijderd naar aanleiding van de bevindingen in het dossieronderzoek dat deze factor bij de meeste dossiers niet goed was geselecteerd en daardoor geen informatie gaf over de benodigde behandeling en behandelsetting (zie paragraaf 4.1.1). De andere twee factoren zijn: ‘kader voor werkzaamheden POH’ en ‘POH doet werk van psycholoog’. Beide factoren zeggen iets over de POH zelf en niet over het verwijzingsproces. Daarmee voegen deze factoren in dit onderzoek geen informatie toe. De eerste factor is naar mening van de onderzoeker wel van belang en vraagt nader onderzoek, maar dit valt buiten de scope van dit onderzoek. De 11 factoren die overblijven, zijn hieronder weergegeven en zijn het antwoord op deelvraag 1.

Tabel 9.

Factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de ggz.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige persoonlijkheidsproblematiek • Multiproblematiek • Urgentie voor start zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandelverleden: veel behandelingen in de ggz • Timing • Kennis van diagnostiek en behandelingen bij de verwijzer • Vertrouwensband tussen patiënt en verwijzer 	<ul style="list-style-type: none"> • De wachttijden • Bekendheid van de verwijzer met de ggz-voorzieningen • Aanbod ggz-voorzieningen in de omgeving • De financiële situatie van de patiënt

2.a. Welke inhoudelijke psychologische factoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?

2.b. Welke procesfactoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?

2.c. Welke rand voorwaardelijke factoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz?

Uit de gesloten vragen kwamen 2 inhoudelijke psychologische factoren naar voren, namelijk: ‘te zware problematiek’ en ‘suïcidaliteit en acute crisis’. De 7 factoren die uit de open vragen naar voren kwamen waren: ‘suïcidaliteit en acute crisis’, ‘emotie regulatie problemen’, ‘complex trauma’; ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘Multi problematiek’, ‘ernstige eetstoornis’ en ‘lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid’. De factor ‘te zware problematiek’ heeft overlap met de zeven factoren uit de open vragen, deze factoren zijn allemaal voorbeelden van zware problematiek. Om die reden is ervoor gekozen om de factor ‘te zware problematiek’ te verwijderen.

Er is door de onderzoeker besloten om een factor, die uit de interviews met verwijzers naar voren was gekomen, toe te voegen als bepalend voor het maken van een goede verwijzing. Dat is de inhoudelijke psychologische factor ‘urgentie voor start zorg’. Vanwege de vele nieuwsberichten over mensen met zware problematiek die op wachtlijsten staan, terwijl mensen met lichte problematiek de plekken in de GGZ bezet houden, is er een momentum om hier wat mee te gaan doen. In de interviews met behandelaars heeft de onderzoeker hierover gespard en was de conclusie dat onderscheid op urgentie ook binnen de GGZ-instelling Perspectief mogelijk is.

Uit de interviews kwamen drie behandelproces factoren naar voren die vijf of meer keer werden genoemd, namelijk: ‘hoog specialistische zorg’, ‘behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz’ en ‘begeleiding in plaats van behandeling’. De factoren ‘hoog specialistische zorg’ en ‘begeleiding in plaats van behandeling’ zeggen niet over de zorgvrager, maar geven aan welk soort behandeling nodig is. Omdat dit niets zegt over de zorgvrager zelf, werd besloten deze factoren uit de analyse te halen. Behandelaars hebben een factor aan de lijst toegevoegd, die vijf keer werd genoemd. Dat is de factor is ‘timing’, daaronder werd verstaan of de cliënt op dit moment ruimte had voor het volgen van een behandeling.

De analyse van de interviews met behandelaars wees geen rand voorwaardelijke factor uit die vijf of meer keer werd genoemd. Eén factor werd desondanks wel van belang geacht, namelijk de factor ‘cliënt is mobiel’. Zoals eerder is besproken bleek een cliënt uit de steekproef niet in staat te zijn om naar de praktijk te komen (en daarbij ook niet in staat te zijn om zittend zonder zonnebril een gesprek via beeld te voeren). Voor een behandeling bij de GGZ-instelling Perspectief werd het van belang geacht dat de cliënt in staat was om (af en toe) naar de locatie te komen, maar andere zorgaanbieders hebben ook volledig online aanbod, waardoor deze factor onderscheidend is.

De brainstorm heeft nog drie factoren opgeleverd die zijn toegevoegd aan de factoren die hierboven zijn beschreven. De toegevoegde factoren zijn de factor ‘diagnose’, ‘leervermogen’ en de factor ‘1 uur per week zorg’. In paragraaf 4.2.2 zijn alle factoren weergegeven in een overzicht.

3. Wat zijn de eisen van de verwijzers aan het gebruik van een beslismodel?

Verwijzers gaven aan een verwijssysteem te willen dat hen helpt om zicht te krijgen op de zorgaanbieders om hen heen. Er was ook behoefte aan specifieke verwijsopties. Daarnaast was er behoefte om via het verwijssysteem contact te kunnen leggen met de ggz voor overleg en ondersteuning. De eisen van verwijzers zijn weergegeven in tabel 10.

Tabel 10.

Eisen van verwijzers aan een beslismodel.

Eisen van verwijzers
<ul style="list-style-type: none">• Consultatie met ggz vanuit beslismodel• Hulp bij inzicht in zorgaanbod• Onderscheid kunnen maken bij verwijzen op basis van urgentie• Specifieke verwijsopties:<ul style="list-style-type: none">○ In een keer verschillende gezinsleden naar 1 zorgaanbieder verwijzen○ Verwijzen voor een intake met het systeem (i.p.v. individueel)○ Verwijzen naar volledig digitale zorg

4.2.2 Beantwoorden Wetenschappelijke vraag

De wetenschappelijke vraag: “Welke factoren spelen een rol bij het maken van een goede verwijzing?”

Een goede verwijzing is een verwijzing waarbij de zorgvraag aansluit op het zorgaanbod van de zorgaanbieder. De beantwoording van de deelvragen 2a, 2b en 2c leverde de data voor het beantwoorden van de wetenschappelijke vraag. De 14 factoren die dit onderzoek heeft uitgewezen en die afgewogen moeten worden voor het maken van een goede verwijzing zijn in onderstaand overzicht weergegeven. Drie van de veertien factoren waren gevonden in het literatuuronderzoek, deze zijn schuingedrukt. Drie andere factoren zijn toegevoegd vanuit de brainstorm, deze zijn ook schuingedrukt. Van belang is te vermelden dat de factoren van belang zijn bij het maken van een goede verwijzing naar de ggz-instelling Perspectief en dat er voor verwijzing naar instellingen in de ggz met een andere organisatievorm en een ander behandelaanbod naar verwachting andere factoren moeten worden toegevoegd en/of factoren

moeten worden verwijderd. De gegevens zijn daarom niet van toepassing op alle verwijzingen naar de ggz. Wel kan worden opgemerkt dat er verschillende vergelijkbare ggz-instellingen actief zijn waarop de factoren in tabel 11 vermoedelijk van toepassing zijn.

Tabel 11.

Factoren die een rol spelen bij het maken van een goede verwijzing naar de ggz.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnose (uit brainstorm H5)</i> • <i>Suïcidaliteit en acute crisis;</i> • <i>Emotie regulatie problemen;</i> • <i>Complex trauma;</i> • <i>Ernstige persoonlijkheidsproblematiek;</i> • <i>Multi problematiek;</i> • <i>Ernstige eetstoomis;</i> • <i>Lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid;</i> • <i>Leervermogen (uit brainstorm H5)</i> • <i>Urgentie voor start zorg (uit analyse interview verwijzers)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Timing</i> • <i>Behandelverleden: eerdere behandelingen in ggz.</i> • <i>1 uur per week zorg (uit brainstorm H5)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clïënt is mobiel</i>

4.2.3 Vereisten voor ontwerp beslismodel

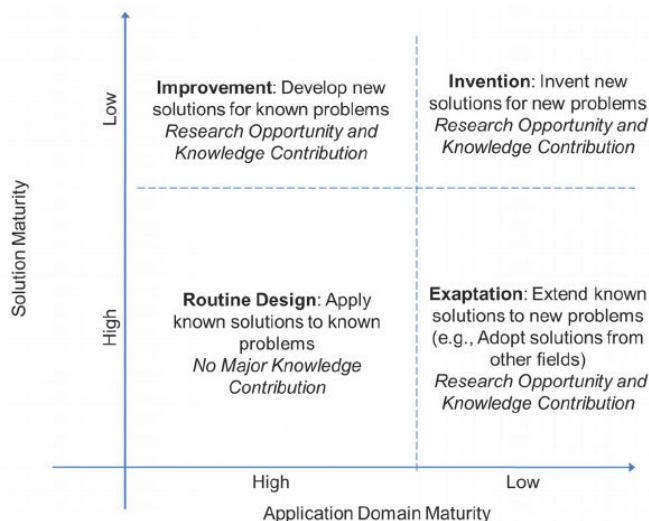
De factoren uit paragraaf 4.2.2 kunnen worden gezien als de vereisten voor het te ontwerpen artefact in hoofdstuk 5. Voor het ontwerpen van het artefact, werden de factoren eerst omgezet in vragen die de verwijzer moest beantwoorden als er een verwijzing werd gemaakt. Aan de hand van de antwoorden op de vragen over de factoren selecteerde het model het best passende zorgaanbod bij de zorgvraag. De opgestelde vragen per factor en de volgorde van de vragen vormden het ontwerp van het artefact in de vorm van een beslismodel voor het verwijzen naar de ggz. Daarnaast werden de eisen die verwijzers stelden aan een beslismodel verwerkt in het ontwerp. Door het verwerken van de eisen van verwijzers in het model, werd beoogd de kans te vergroten dat zij het beslismodel zouden willen gebruiken.

5. Ontwerp van het artefact: beslismodel

In dit hoofdstuk wordt het ontwerpproces en het ontwerp van het artefact besproken. Het experiment en de evaluatie van het beslismodel komt aan de orde in hoofdstuk 6.

5.1. Ontwerp

Het beoogde beslismodel op basis van factoren voor het verwijzen naar de ggz werd gepositioneerd in de categorie improvement van Johannesson en Perjons (2014). Het beslismodel diende als nieuwe oplossing voor een bestaand probleem (Johannesson & Perjons, 2014, p. 11). Het beslismodel beoogde een verbetering te bieden aan het huidige probleem van afgewezen zorgvragen in de ggz. Door het toevoegen van factoren werd beoogd het percentage goede verwijzingen te vergroten. De indeling van Johannesson en Perjons is in figuur 11 weergegeven. In de volgende paragrafen worden de stappen besproken die zijn gezet om te komen tot het uiteindelijke ontwerp.



Figuur 11. Kinds of design science contributions van Gregor en Hevner (2013), overgenomen door Johannesson en Perjons (2014).

5.2. Brainstorm

Naast het dossieronderzoek en de interviews werd informatie verzameld voor het ontwerp door het uitvoeren van brainstorm. Er werd aan het begin van het onderzoekstraject een brainstorm georganiseerd met als doel te komen tot de contouren van een beslismodel voor het verwijzen naar de ggz. Daarnaast heeft de onderzoeker met behandelaars brainstormsessies uitgevoerd aan het einde van de interviews over het formuleren van de vragen die zij van belang vonden om op te nemen in het beslismodel en de volgorde van de vragen.

5.2.1. Brainstorm contouren beslismodel

Er heeft een brainstorm plaatsgevonden met 6 mensen met uiteenlopende werkervaring in en buiten de ggz en met relevante kennis over ICT-toepassingen of proces denken. De aanwezige kennis van de deelnemers bestreek het gebied van ICT-projecten voor het automatiseren van het veilingproces; kennis van projecten ter verbetering van de logistiek van vervoer en doorstroom van het wegennet; kennis van automatiseringsprojecten in de langdurige zorg; kennis van samenwerkingsverbanden in de ggz en knelpunten bij de verdeling van zorgvragen; kennis van de logistiek in een ggz-instelling en kennis van de veranderbereidheid van stakeholders in de ggz. In de brainstorm werd gestart met een divergerende aanpak, wat verschillende ideeën en aanknopingspunten opleverde voor het vormgeven van een beslismodel (Johannesson & Perjons, 2014). Vervolgens droeg een meer convergerende aanpak bij aan het opstellen van een propositie voor het te ontwikkelen beslismodel, waarin het nut en de noodzaak werden benoemd, als ook de potentiële besparingen in wachttijd en in euro's (Johannesson & Perjons, 2014). In de brainstorm werd gesproken over een systeem voor de hele ggz in Nederland. Na enig intern beraad besloot de onderzoeker, in verband met de beperkte tijd en middelen, om een model te ontwerpen voor de verwijzing naar de eigen ggz-instelling. De optie blijft open om in een later stadium deze kennis te gebruiken als opmaat voor een landelijk systeem. De contouren die de brainstorm opleverde zijn hieronder weergegeven.

Doelstellingen beslismodel uit brainstorm:

- Kosten besparing in ggz
- Wachtijd verkorten in ggz
- Juiste zorg op juiste plek

Stip op de horizon:

1. Lerend systeem waarmee zorgvragen voorspeld kunnen worden.
2. Verminderen administratielast doordat data inzichtelijk zijn in het systeem (wachttijden, aantal wachtenden, ruimte in budgetten, zorgvraag toename/afname, verschuiving zorgvraag).
3. Oplossing voor huidige discussies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over zorgvragen en budgetten.
4. Systeem maakt knelpunten direct inzichtelijk (verwijzingen matchen niet met aanbod).
5. Systeem beschikbaar tegen lagere kosten dan huidig systeem.

5.2.2. Brainstorm vragen beslismodel

De 12 behandelaars die werden geïnterviewd, werden ook gevraagd om mee te denken over het ontwerp van het beslismodel aan het einde van het interview. Alle respondenten hebben input geleverd voor de formulering van de vragen, de selectie van de vragen en de volgorde van vragen. De factoren die uit de analyses waren gekomen werden met de behandelaars besproken en er werd gespard over de formulering van een vraag. De factoren die aan bod kwamen in de interviews waren 'timing', 'Multi problematiek', 'suïcidaliteit en acute crisis', 'behandelverleden: eerdere behandelingen in ggz' en 'ernstige persoonlijkheidsproblematiek'. Er zijn drie factoren toegevoegd door het uitvoeren van de brainstorm, namelijk: 'diagnose', 'leervermogen' en de afweging of iemand meer zorg nodig heeft dan '1 uur per week'. Hieronder staat uitgelegd wat de motivatie van behandelaars was bij de factoren.

Diagnose

In de interviews was naar voren gekomen dat behandelaars op basis van bepaalde diagnoses de keuze hadden gemaakt om zorgvragen af te wijzen. Dit was de reden dat behandelaars vonden dat 'diagnose' als factor opgenomen moest worden in het beslismodel. Zij gaven aan dat het relevant was om een diagnose te kiezen, omdat er nou eenmaal diagnoses zijn die behandelaars bij Perspectief niet kunnen behandelen (door gebrek aan expertise of noodzaak voor andere behandelsetting). Behandelaars vonden bovendien dat de vraag naar de diagnose een van de

eerste vragen in het model moest zijn, omdat daardoor veel zorgvragen al af zouden vallen. Er werd daarnaast gediscussieerd over bepaalde omstandigheden en kenmerken die bepalend zijn of een diagnose wel of niet bij Perspectief behandeld kon worden. Dit ging bijvoorbeeld over ‘complex trauma’, ‘eetstoornis’ en ‘lichamelijke klachten’. Er werd gespard over het toevoegen van vervolgvragen om inzicht te krijgen in de voorwaarden waaraan voldaan moest zijn voor behandeling bij de ggz-instelling Perspectief.

Timing en Multi problematiek

Verschillende behandelaars vonden de vraag over ‘timing’ het meest relevant. Als de zorgvrager geen ruimte heeft voor het volgen van een behandeling en geen ruimte heeft om naast de behandeling zelfstandig opdrachten uit te voeren, dan heeft het starten van een behandeltraject niet veel zin. Er werd een vraag geformuleerd om dit na te gaan. Er werd ook gespard over zorgvragers met problemen op meerdere levensgebieden. Er was behoefte om eruit te filteren of deze problemen zodanig interfereren met de psychische klachten, dat een behandeling nu niet succesvol zou kunnen zijn. Voorbeelden waren ofwel Multi problematiek, ofwel mensen die in een aanhoudend onveilige situatie zitten. Behandelaars vonden dat er dan afgewogen moest worden of behandeling nu wel de best passende hulp was (timing), of dat er eerst andere zaken aangepakt moesten worden. Ook hiervoor werd een vraag opgesteld.

Suïcidaliteit en acute crisis

Crisisgevoeligheid werd genoemd als een van de meest belangrijke punten, waarbij er werd genoemd dat wel duidelijk moest zijn wat daaronder wordt verstaan en dat het onderscheid is of er nu sprake is van crisis of dat dit in het verleden zo is geweest. Er werd een vraag aan het model toegevoegd.

Een uur per week zorg

Verschillende behandelaars vonden de vraag of een zorgvrager genoeg heeft aan ‘1 uur per week zorg’ erg relevant. Het antwoord op deze vraag hing volgens behandelaars omgekeerd samen met de noodzaak tot bijvoorbeeld hoog specialistische zorg of deeltijdbehandeling. Voor behandelaars was het antwoord op deze vraag ook een teken dat de zorgvrager voldoende adequate coping zou hebben om zichzelf staande te houden tijdens een behandeltraject.

Behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz

Behandelaars vonden ‘eerdere behandelingen in de ggz’ ook een belangrijke factor, om niet in herhaling te vallen, maar merkten ook op dat er soms verkeerd aanbod was geweest en met beter passend aanbod mogelijk wel resultaat bereikt kon worden. Behandelaars hadden het idee dat het werken met pop-ups of vragen aan de huisarts zou kunnen helpen om het verwijzen te verbeteren, bijvoorbeeld bij eerdere behandelingen in de ggz de pop-up om de terugkoppeling van het ggz-traject te controleren en om af te wegen of ggz wel de juist hulp is bij deze zorgvrager of dat andere hulp mogelijk beter aansluit. Een andere behandelaar noemde nog het maken van de afweging om in die gevallen eerst diagnostiek uit te voeren. Er werd een vraag geformuleerd om dit te toetsen.

Ernstige persoonlijkheidsproblematiek

De constatering dat ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’ niet goed behandeld kan worden bij de ggz-instelling Perspectief leidde tot de vraag of dat eruit gefilterd kan worden door een vraag in het beslismodel. De suggestie: ‘Is er sprake van hardnekkige patronen waardoor iemand steeds weer in de problemen komt, zijn deze patronen al jarenlang aanwezig?’ werd voorgesteld. Anderen hadden hier kritiek op, omdat een groot deel van de cliënten bij de ggz-instelling Perspectief op die vraag ‘ja’ zou moeten antwoorden. Dit gaf aan dat deze vraag verdere specificatie nodig had er werd een aanvullende vraag geformuleerd voor het model. Er werd gespard over welke uitingen van persoonlijkheidsproblematiek problemen opleverden in de behandelsetting bij Perspectief. Daaruit kwam de volgende vraag naar voren die aansloot bij de factor ‘emotieregulatie problematiek’: “Stelt iemand zich dwingend of intimiderend op en kan zich agressief uitlaten (schelden, boos worden, de les lezen)?”

Leervermogen

Een ander punt waar over gediscussieerd werd was of iemand leerbaar is voor praattherapie. Sommigen gaven aan dat IQ daarbij een rol speelt, anderen gaven aan dat nodig is dat iemand enige mate van (zelf)inzicht heeft. Hoewel deze factor niet uit de interviews naar voren was gekomen (niet vijf of meer keer was genoemd), kwam toch de behoefte bij de behandelaars duidelijk naar voren om deze factor te toetsen. Er werd gekozen om een vraag te formuleren voor het model.

Ideeën over behandel aanbod en samenwerking

Er kwamen ook verschillende ideeën op in de brainstorm voor het veranderen van de zorg binnen de instelling. Voorbeelden waren het toevoegen van andere disciplines aan de zorg die ggz-instelling Perspectief levert door samen te werken, zoals maatschappelijk werk, haptonoom, fysiotherapeut, diëtist, jobcoach, seksuoloog. Er werd verwacht dat de domein overstijgende consultatiefunctie zal helpen om vaker te overleggen met verwijzers en andere disciplines voor het afstemmen van zorgvragen. Een ander idee was het behandelen in een team bij zwaardere problematiek, waardoor er wel goede zorg kan worden geboden, maar de behandelaar er niet alleen voor staat. Deze ideeën zijn ondergebracht in de nieuw gestarte behandelwerkgroep binnen Perspectief en vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Output brainstorm, input voor ontwerp:

1. Toevoeging uit brainstorm: diagnoses die we niet behandelen zijn geen verwijsoptie.
2. Toevoeging uit brainstorm: leervermogen: is iemand leerbaar voor praattherapie?
3. Toevoeging uit brainstorm: heeft iemand meer zorg nodig dan 1 uur per week?
4. Timing: heeft iemand ruimte om nu te werken aan de klachten?
5. Multi problematiek: is er op allerlei gebieden iets aan de hand?
6. Is er sprake van acute crisis/acute suïcidaliteit?
7. Ernstige persoonlijkheidsproblematiek: is er sprake van een sterke dynamiek of agressie die het opbouwen van een werkrelatie met de behandelaar in de weg staat?
8. Behandelverleden: heeft iemand al veel behandelingen in de ggz gehad, en is herhaling wel een goed idee?
9. Vervolg vragen bij verschillende diagnoses om te bekijken of het wel of niet past.

5.3. Vereisten beslismodel omzetten in vragen

Voor het ontwerpen van het beslismodel op basis van factoren, was het nodig dat er voor elke factor een vraag werd geformuleerd die kon worden opgenomen in het model. Met het beantwoorden van de vraag werd beoogd om een inschatting te kunnen maken van de mate waarin er sprake was van een van de factoren bij de zorgvrager. Op deze manier werd het mogelijk om een zo genuanceerd mogelijke inschatting van de zorgvraag te maken en daarmee een zo goed mogelijke match te maken met passend zorgaanbod bij een zorgaanbieder. Voor

een deel van de factoren was in de brainstorm een vraag geformuleerd, voor de andere factoren werd door de onderzoeker een vraag geformuleerd.

5.3.1. Vereisten uit interviews behandelaars

Voor het ontwerpen van het beslismodel werden de factoren gebruikt die uit de resultaten naar voren waren gekomen (paragraaf 4.2.2.). De 3 nieuwe factoren die uit de brainstorm naar voren waren gekomen, werden toegevoegd. De 14 factoren die zijn gebruikt, zijn weergegeven in tabel 12.

Tabel 12

Factoren voor het ontwerpen van een beslismodel.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Suïcidaliteit en acute crisis • Emotie regulatie problemen • Complex trauma • Ernstige persoonlijkheidsproblematiek • Multi problematiek • Ernstige eetstoornis • Lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid • Urgentie voor start zorg (uit analyse interview verwijzers) <p><u>Toevoeging uit brainstorm:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Leervermogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandelverleden: eerdere behandelingen in GGZ • Timing <p><u>Toevoeging uit brainstorm:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 uur per week zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt is mobiel

De factoren uit tabel 12 vormden de basis voor het te ontwerpen beslismodel. In de brainstorm waren verschillende vragen geformuleerd voor een groot deel van de factoren. De onderzoeker vulde dit aan voor de factoren waar nog geen vraag voor was bedacht. Op een vraag na, konden alle vragen met ‘ja’ of ‘nee’ worden beantwoord. Alleen de vraag over urgentie voor het starten van de zorg kreeg andere antwoord categorieën, namelijk zeer hoog, hoog en middel.

In tabel 13 zijn de vragen per factor weergegeven. Het antwoord in het blauwe vlakje leidde tot zorg binnen de ggz-instelling Perspectief en het antwoord in het rode vakje leidde tot zorg elders. Omdat de onderzoeker in de interviews met de behandelaars uitgebreid had stilgestaan bij wat bij elk dossier een passend verwijzadvies was, en verwijzers aangaven behoefte te hebben aan meer zicht op verwijzsmogelijkheden, werd dit toegevoegd in het model in de oranje

vakjes. Hiermee werd het mogelijk om het model ook naar andere zorgaanbieders te laten verwijzen.

Tabel 13

Vragen per factor uit interviews voor ontwerp beslismodel.

Suïcidaliteit en acute crisis Verkeert iemand in acute crisis of is er sprake van suicidaliteit?	Ja	Geïntegreerde instelling met crisisdienst als achterwacht
Nee		
Emotie regulatie problemen Stelt iemand zich dwingend of intimiderend op en kan zich agressief uitlaten (schelden, boos worden, de les lezen)?	Ja	Instelling gericht op mensen met agressie regulatie problemen, bijvoorbeeld de Waag
Nee		
Complex trauma Is er een vermoeden van complex trauma (zeer veel traumatische gebeurtenissen, heftige herbelevingen)?	Ja	Gespecialiseerde instelling voor psychotrauma met dagbehandeling of klinische opname
Nee		
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek Is er een vermoeden van ernstige persoonlijkheidsproblematiek, is er sprake van een intense dynamiek in het contact met de patiënt?	Ja	Geïntegreerde instelling met afdeling persoonlijkheidsproblematiek
Nee		
Ernstige eetstoornis Is er sprake van een ernstige eetstoornis die de patiënt in beslag neemt?	Ja	Gespecialiseerde instelling voor eetstoornissen met dagbehandeling of klinische opname
Nee		
Lichamelijke klachten die veel invloed hebben Is er sprake van ernstige lichamelijke klachten die veel invloed hebben op de gesteldheid van de patiënt?	Ja	Afdeling medische psychologie van een Ziekenhuis
Nee		
Multiproblematiek Is er sprake van Multiproblematiek met problemen op het vlak van schulden, wonen, relatie, werk, sociale omgeving? Interfereren deze klachten dermate met de psychische problematiek dat een behandeling nu niet succesvol kan zijn?	Ja	Sociaal team voor samenwerking HA, sociaal domein en ambulante begeleiding/GGZ
Nee		
Timing Heeft iemand ruimte om naast de therapie zelfstandig te werken aan zijn klachten (is dit het moment om in therapie te gaan)?	Nee	Via sociaal team begeleiding aanvragen, bijvoorbeeld ambulante begeleiding
Ja		
Eerdere behandelingen GGZ Iemand heeft een of meer behandelingen in de GGZ gehad en het is de verwachting dat een volgende behandeling nog iets kan toevoegen?	Nee	Verwijzing naar sociaal team voor inventarisatie mogelijkheden buiten de GGZ
Ja		
Client is mobiel Is de cliënt in staat om naar een praktijklocatie te komen voor behandeling?	Nee	Verwijs naar online GGZ-aanbieder, bijvoorbeeld Mindler
Ja		

5.3.2. Vereisten uit brainstorm behandelaars

De 3 nieuwe factoren die in de brainstorm met behandelaars naar voren waren gekomen, en die een rol speelden bij de afwijzing van een zorgvraag, werden omgezet in vragen en zijn weergegeven in tabel 14. Het antwoord in het blauwe vlakje leidde tot zorg binnen de ggz-instelling Perspectief en het antwoord in het rode vakje leidde tot zorg elders. De licht rode

vakjes gaven aan dat er onder bepaalde voorwaarden zorg mogelijk was bij Perspectief, er volgde dan eerst nog een vraag. De oranje vakjes waren het verwijlsadvies.

Tabel 14

Vragen per factor uit brainstorm voor ontwerp beslismodel.

Is er vermoedelijk sprake van een psychiatrische diagnose?	Nee	Weeg aanmelding bij het sociaal team af voor begeleidingsmogelijkheden
Ja		
Aanvullende vraag uit brainstorm:		
Selecteer de vermoedelijke diagnose		
Aanpassing en verwerkingsproblemen	Ja	Geen vergoede zorg, verwijz naar een vrijgevestigde praktijk of het sociaal team
ADHD	Ja	Perspectief
Angstklachten	Ja	Perspectief
Autismespectrumstoornis waarbij flinke ondersteuning vereist is	Ja	Gespecialiseerde instelling voor autisme en of weeg verwijzing sociaal team af voor het opstarten van begeleiding
Cognitieve problemen (o.a. dementie)	Ja	Gespecialiseerde instelling of afdeling voor cognitieve stoornissen, bijvoorbeeld afdeling medische psychologie van een ziekenhuis
Eetproblematiek	Ja	Ernstige eetstoornis: gespecialiseerde kliniek voor Eetstoornissen (mild: Perspectief)
Klachten samenhangend met acute of recent doorlopen psychose	Ja	Geïntegreerde instelling met crisisdienst als achterwacht
Persoonlijkhedenproblematiek	Ja	Bij vermoeden ernstige persoonlijkheidsproblematiek: verwijzing naar afdeling persoonlijkheidsstoornissen (mild: Perspectief)
Relatie en gezinsproblemen	Ja	Sociaal team voor opstarten begeleiding
Seksuologische problemen	Ja	Seksuoloog
Somatoform	Ja	Ernstige lichamelijke klachten die de persoon volledig in beslag nemen: verwijzen naar afdeling medische psychologie ZH (mild: Perspectief)
Stemmingsklachten	Ja	Klachten samenhangend met een bipolaire stoornis: geïntegreerde instelling, (stemming en geen acute suïcidaliteit: Perspectief)
Trauma	Ja	Complex trauma en onvoldoende holding bij 1x per week behandeling: gespecialiseerde instelling voor psychotrauma (1x per week is voldoende: Perspectief)
Ernstige verslavingsproblematiek	Ja	Gespecialiseerde verslavingszorg instelling
Ernstige conversieklachten	Ja	Gespecialiseerde instelling, bijvoorbeeld expertisecentrum conversie van HSK
Aanvullende vragen uit brainstorm:		
Leervermogen	Nee	Via sociaal team begeleiding aanvragen van een gespecialiseerde instelling voor mensen met LVB, bijvoorbeeld stichting MEE (Ja: Perspectief)
Heeft iemand voldoende leervermogen, snapt iemand de vragen goed en kan iemand profiteren van gesprekstherapie?		
Ja		
1 uur per week zorg	Nee	Overweeg deeltijdbehandeling in een geïntegreerde instelling (Ja: Perspectief)
Iemand heeft voldoende aan een uur therapie per week		
Ja		

5.3.3. Vereisten uit interviews verwijzers

Verwijzers hebben aangegeven een hulpmiddel te kunnen gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorgaanbieders om hen heen. De oranje verwijlsadviezen zijn daarvoor toegevoegd in de figuren 12, 13 en 14. Daarnaast was er behoefte bij verwijzers aan specifieke verwijsopties om verwijzingen meer persoonlijk te kunnen maken. Ook gaven zij behoefte aan om consultatie te kunnen hebben via het model met de ggz, onderscheid te kunnen maken op basis van urgentie

voor start zorg en te kunnen verwijzen naar online zorg. De vereisten zijn omgezet in vragen en zijn verwerkt in tabel 15.

Tabel 15

Vereisten van verwijzers voor ontwerp beslismodel.

Consultatie Ik wil graag eerst contact met de ggz voor consultatie	Ja	Contact vraag wordt uitgezet bij instellingen die deze diagnose behandelen
Nee		
Hoe hoog is de urgentie voor start zorg?		
Zeer hoog	Ja	Geïntegreerde instelling met crisisdienst als achterwacht of aanmelden bij crisisdienst
Hoog	Ja	Snellere doorstroom realiseren/als eerste oppakken Perspectief
Middel	Ja	Gewone wachtrij Perspectief
Overige opties op verzoek verwijzers:		
Ik wil aanmelden voor volledig digitaal behandelaanbod	Nee	Perspectief
Ja		
Vervolg vraag: Als de behandelaar het nodig vindt is de client dan in staat om naar de praktijk te komen?	Ja	Perspectief
Nee		Volledig online aanbod
Ik wil de cliënt aanmelden voor een systeem intake?	Nee	Perspectief
Ja		Perspectief
Ik wil de gezinsleden ook aanmelden bij dezelfde instelling?	Nee	Perspectief
Ja		Perspectief

5.4. Ontwerpen beslismodel

5.4.1. Volgorde van vragen in het beslismodel

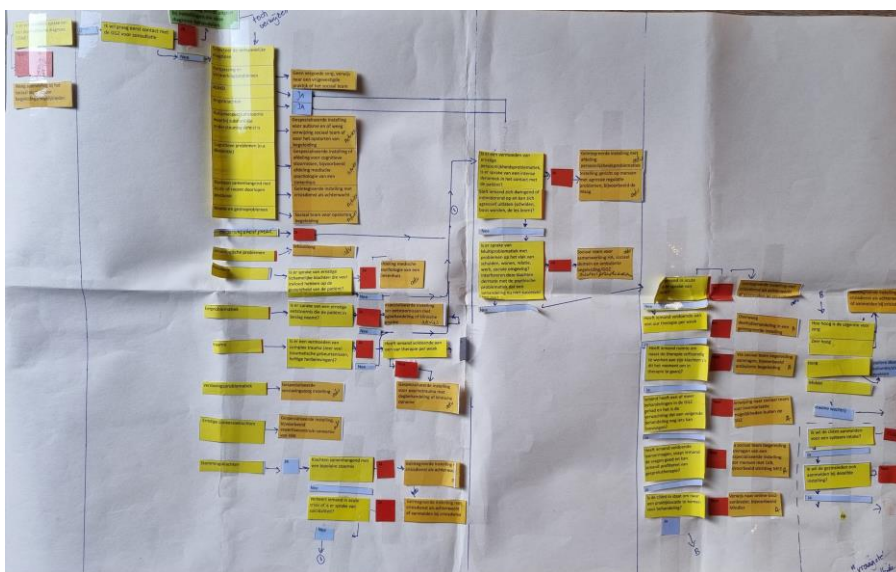
Na het formuleren van alle vragen bij alle factoren in de voorgaande paragrafen, heeft de onderzoeker alle vragen uitgeprint en uitgelegd op een groot blad papier (Johannesson & Perjons, 2014, p. 123). De onderzoeker maakte gebruik van de opzet van een beslismodel van Stewart et al., (2020), waarbij er verschillende vragen volgden op het beantwoorden van een vraag met ‘ja’ of ‘nee’. Na het uitleggen van alle opties op een groot vel, heeft de onderzoeker met verschillende behandelaars naar de opzet gekeken en zijn vragen en beslissingen heen en weer geschoven over het papier, tot het moment dat het model voldoende logisch werd bevonden. De gekozen volgorde van de vragen hing samen met de resultaten van de brainstorm met behandelaars.

Na het selecteren van de ‘diagnose’ werd er gevraagd naar de dynamiek in het contact, omdat dit kan wijzen op de aanwezigheid van ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’ of ‘emotie regulatieproblematiek’, waarbij behandeling binnen Perspectief niet mogelijk is. Dan werd er gevraagd naar de aanwezigheid van ‘Multi problematiek’, waarbij de afweging werd gemaakt

of de aanwezigheid van alle problemen het volgen van een behandeling in de weg zou staan en waarbij het de vraag is of de ggz de aangewezen hulp is. De reden voor het toevoegen van deze vragen was dat de verwijzer, bij co morbide problematiek, kan kiezen voor depressie, maar dat er onderliggend ook sprake zou zijn van persoonlijkheidsproblematiek wat een behandeling bij Perspectief in de weg kan staan. Hetzelfde gold voor Multi problematiek, als hier sprake van was dan volgde er een ander verwijsadvies. Dat was de reden om hier in het model bij alle verwijzingen naar te vragen.

Bij een antwoord op deze vragen dat aansloot bij behandeling binnen de ggz-instelling Perspectief (antwoord in blauw vlakje), volgden er nog zes vragen die bepalend waren voor de beslissing of Perspectief de juiste partij voor de zorgvraag was. Deze vragen gingen over de aanwezigheid van 'acute crisis', '1 uur per week zorg', 'timing' voor start behandeling, 'behandelverleden', 'leervermogen' en of de 'cliënt mobiel' is. Factoren die allemaal uit de interviews naar voren waren gekomen als belangrijk voor het maken van een goede verwijzing. De inschatting werd gemaakt dat verwijzers deze vragen redelijk vlot zouden moeten kunnen beantwoorden.

Tot slot werden er nog een aantal vragen toegevoegd op verzoek van de verwijzers, namelijk het aan kunnen geven van 'urgentie voor start zorg' en het aan kunnen vragen van een 'systeemintake' of het 'aanmelden van meerdere personen' bij een instelling. De eerste factor is opgenomen als standaardvraag. De laatste twee vragen zijn optioneel. Deze vragen hoeven niet te worden beantwoord als de verwijzer dat niet wil. Figuur 11 is het concept van het beslismodel, welke is gebruikt voor het ontwerpen van het digitale beslismodel.



Figuur 11. Concept beslismodel.

5.4.2. Digitaal beslismodel

Het digitale beslismodel werd gebouwd door een leverancier van ggz-instelling Perspectief. Deze leverancier heeft voor de instelling een ticketsysteem gebouwd voor het doorlopen van bepaalde stappen in de administratieve kant van het behandelproces. In dezelfde omgeving heeft deze leverancier het beslismodel (de routeplanner) gebouwd. Er werd gekozen voor samenwerking met deze leverancier vanwege goede ervaringen bij de bouw van een ticketsysteem. De keuze voor de omgeving waarin het model werd gebouwd, werd gemaakt omdat dit bijdroeg aan een goede toegankelijkheid van de routeplanner. Figuur 12 is een foto van de routeplanner.

The screenshot shows a web application interface for 'Perspectief Psychologenpraktijk'. The main content area is titled 'Nieuwe aanvraag' (New request) and includes the following elements:

- Header: 'Nieuwe aanvraag' and 'Indienen' (Submit).
- Form fields: 'Aangevraagd voor' (Requested for) with the value 'Marjolijn Vreeswijk', and 'Service instance' with the value 'Routeplanner GGZ'.
- Subject: 'Onderwerp' (Subject) with the value 'Routeplanner GGZ'.
- Section: 'DE RIJSTE WEG NAAR DE RIJSTE ZORG' (The right way to the right care).
- Question 1: 'Is er vermoedelijk sprake van een psychiatrische diagnose (DSM)?' (Is there likely to be a psychiatric diagnosis (DSM)?) with a dropdown menu.
- Question 2: 'Ik wil graag eerst contact met de GGZ voor consultatie.' (I would like to first contact the GGZ for consultation.) with a dropdown menu.
- Question 3: 'Selecteer de vermoedelijke diagnose:' (Select the suspected diagnosis:) with a dropdown menu.
- Question 4: 'Is er een vermoeden van ernstige persoonlijkheidsproblematiek en/of is er sprake van een intense dynamiek in het contact met de patiënt? Stelt iemand zich dwingend of intimiderend op en kan zich agressief uitlaten (schelden, boos worden, de les lezen)?' (Is there a suspicion of serious personality problems and/or is there a dynamic in the contact with the patient? Does someone behave insistently or intimidatingly and can they be aggressive (screaming, anger, reading the lesson)?) with a dropdown menu.
- Question 5: 'Is er sprake van Multiproblematiek met problemen op het vlak van schulden, wonen, relatie, werk, sociale omgeving? Interferen deze klachten dermate met de psychische problematiek dat een behandeling nu niet succesvol kan zijn?' (Is there multiproblematicity with problems in the area of debts, housing, relationship, work, social environment? Do these complaints interfere so much with the psychological problem that a treatment is now not successful?) with a dropdown menu.
- Question 6: 'Verkeert iemand in acute crisis of is er sprake van suicidaliteit?' (Is someone in acute crisis or is there a risk of suicidality?) with a dropdown menu.
- Field: 'Notitie' (Note) with a text input area.

Figuur 12. Routeplanner voor de GGZ.

6. Experiment en evaluatie artefact

In dit hoofdstuk wordt door middel van een quasi-experiment, het artefact in de vorm van een beslismodel op basis van factoren, geëvalueerd. Door het uitvoeren van het experiment kon de onderzoeksvraag worden beantwoord. Daarnaast leverde de evaluatie bruikbare informatie op voor aanpassingen aan het model en vervolgonderzoek. In het hoofdstuk hierna volgt de discussie en in hoofdstuk 8 de conclusie en aanbevelingen.

6.1. Quasi-Experiment

Er werd gekozen voor het uitvoeren van een quasi-experiment, omdat dit praktisch goed te organiseren en kosteneffectief was (Verhoeven, 2022, p.114). Het experiment werd afgenomen in een natuurlijke setting tijdens een bijeenkomst met verwijzers. De verwijzers waren de proefpersonen in het experiment. Zij werden tijdens de bijeenkomst gevraagd om gedurende anderhalf uur te participeren aan een experiment en werden gevraagd om aan de hand van vier geanonimiseerde casussen een verwijzing te maken met gebruikmaking van het ontworpen artefact door de vragen in het beslismodel te beantwoorden. Er werd gekozen voor deze setting, omdat dit de onderzoeker de mogelijkheid bood om 56 trials te doen met het artefact met een groep van 14 proefpersonen. Op deze manier kon er in korte tijd veel data worden verkregen over het effect van het gebruik van het model (Verhoeven, 2022).

Op 26 september 2023 vond het quasi-experiment plaats op een locatie van ggz-instelling Perspectief in Gorinchem (Verhoeven, 2022). Het experiment vond plaats tijdens een bijeenkomst voor POH-GGZ in de regio die periodiek wordt georganiseerd door Perspectief. Het experiment nam ongeveer anderhalf uur in beslag. Er namen 14 proefpersonen deel die allen de functie van POH-GGZ uitvoeren. Er was een stagiair POH-GGZ aanwezig. Ook was de coördinator POH-GGZ van Perspectief en de praktijkbegeleider van de onderzoeker aanwezig. De coördinator POH-GGZ kende alle deelnemers, de praktijkbegeleider kende niemand. De onderzoeker kende de helft van de aanwezige POH-GGZ. In totaal waren er achttien personen aanwezig.

Het doel van het experiment was het evalueren van het gebruik van het artefact op het percentage goede verwijzingen en het gebruiksgemak vanuit het perspectief van de verwijzer (Johannesson & Perjons, 2014, p. 33). De onderzoeker wilde weten in hoeverre het gebruik van model aan de hand van dezelfde casussen uit het dossieronderzoek, zou leiden tot een verwijsadvies buiten de ggz-instelling Perspectief. Een groot effect zou betekenen dat het model kon worden ingezet om te voorkomen dat zorgvragers ten onrechte werden verwezen naar ggz-instelling Perspectief en in plaats daarvan naar passende zorg zouden worden verwezen. Voor een bredere toepasbaarheid van het model was verder onderzoek nodig om de factoren die passend zijn voor verwijzing naar andere instellingen te onderzoeken en toe te voegen aan het model.

6.1.1. Selectie proefpersonen

Alle 14 aanwezige POH-GGZ werden geïnccludeerd voor deelname aan het experiment, omdat zij allen actief waren in hun dagelijkse werk in het verwijzen van mensen naar de ggz en geregistreerd waren als POH-GGZ. Uitzondering hierop was de stagiair, omdat zij nog niet zelfstandig mocht verwijzen naar de ggz.

6.1.2. Selectie verwijsbrieven en verdeling verwijsbrieven

De proefpersonen werden verdeeld over twee groepen. Elke deelnemer uit een groep kreeg een eigen mapje met daarin informatie over het onderzoek, een toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek, een instructieformulier, een invulblad en vier verschillende geanonimiseerde verwijsbrieven. Er werd gekozen om twee groepen te maken met ieder verschillende verwijsbrieven, om in een experiment zoveel mogelijk trials te kunnen doorlopen met het model. De verwijsbrieven die al in de interviews waren besproken, werden niet meegenomen in het experiment. De verwijsbrieven waren als volgt onderverdeeld, in het mapje met nummer een zaten de verwijsbrieven 1, 4, 7 en 8 en in het mapje met nummer twee zaten de verwijsbrieven 2, 3, 5 en 11. De verwijsbrieven waren gepaard op de aanwezigheid van vergelijkbare kenmerken in de beschreven casus en daarmee vergelijkbaar, zie tabel 16. Door te werken met een verdeling van de verwijsbrieven werd het mogelijk om het experiment in tijdsduur te beperken, met vier verwijsbrieven per proefpersoon, en het model toch te kunnen testen aan de hand van acht verschillende verwijsbrieven.

Door de opzet van het experiment, waarbij de proefpersonen casussen vanaf papier moesten beoordelen, was er sprake van verschil met de natuurlijke werksetting. In de natuurlijke

werksetting maken zij een verwijzing aan de hand van het verhaal en de beleving van een mens in hun spreekkamer. De onderzoeker nam echter aan dat het verschil wel overbrugbaar was, omdat de casussen geanonimiseerde verwijfsbrieven waren met journaalregels die de proefpersonen zelf ook schrijven over hun patiënten in hun natuurlijke werkomgeving. Hierdoor nam de onderzoeker aan dat de proefpersonen in staat zouden moeten zijn om een goede inschatting en beoordeling te kunnen maken aan de hand van de geschreven tekst.

Tabel 16

Verdeling verwijfsbrieven op basis van kenmerken aan 2 groepen.

Dossiers groep 1	Kenmerken	Dossiers groep 2	Kenmerken
1	Crisisgevoelig, persoonlijkheidsproblematiek	2	Crisisgevoelig, onveiligheid, trauma
7	Persoonlijkheidsproblematiek en agressie	5	Persoonlijkheidsproblematiek, dwingende dynamiek
4	Geen diagnose bij hulpvraag	3	Geen diagnose
8	Compleet vastgelopen, trauma	11	Compleet vastgelopen, eetproblemen en suïcidaal

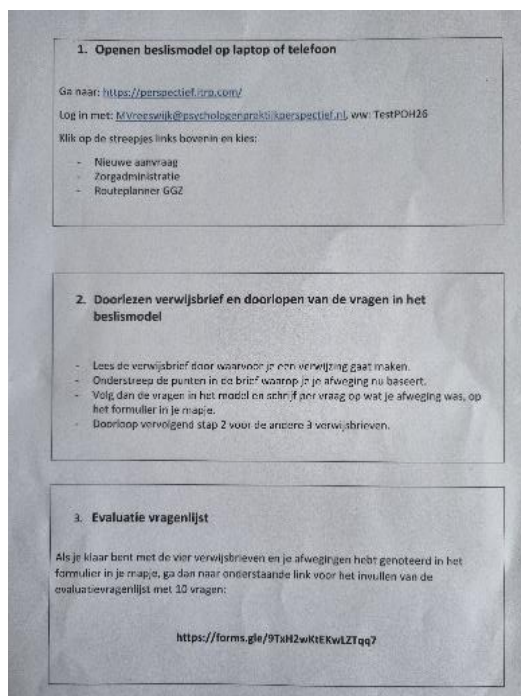
6.1.3. Mogelijk verschil in kennis tussen proefpersonen

Omdat 4 proefpersonen hadden deelgenomen aan de interviews van het onderzoek, kon er sprake zijn van enig verschil in kennis over het onderwerp. De onderzoeker heeft afgewogen om een voormeting te doen met de andere proefpersonen, maar heeft hier toch vanaf gezien. De reden hiervoor was dat de interviews drie maanden voorafgaand aan het experiment waren uitgevoerd en een voormeting zou kunnen resulteren in kennisachterstand bij de deelnemers aan de interviews. Daarnaast was het verwijzen naar de ggz het dagelijkse werk van alle proefpersonen, waardoor werd besloten alle proefpersonen gelijk te behandelen. De onderzoeker heeft er wel voor gekozen om de verwijfsbrieven die in de interviews ter sprake waren gekomen, niet te gebruiken in het experiment om de eventuele kennisvoorsprong te minimaliseren.

6.1.4. Procedure experiment

Bij de start van de bijeenkomst vertelde de onderzoeker dat de deelnemers werden gevraagd om deel te nemen aan een experiment. Vooraf was dit niet bekend gemaakt. De onderzoeker gaf vervolgens uitleg over de aanleiding van het onderzoek en wat er van de proefpersonen

werd verwacht. Daarop werden zij gevraagd te tekenen voor toestemming voor hun deelname. De onderzoeker vertelde dat de proefpersonen een mapje zouden krijgen met daarin vier geanonimiseerde verwijsbrieven en dat zij gevraagd zouden worden aan de hand van de kenmerken in verwijsbrieven de vragen in het beslismodel te doorlopen. Ook werd er aangegeven dat er in hun mapje een formulier zat waarop zij bij elke vraag die zij in het beslismodel zouden doorlopen, gevraagd werden aan te geven wat hun afweging was. Er werd verteld dat de proefpersonen, na het doorlopen het experiment, gevraagd zouden worden om een evaluatievragenlijst in te vullen via Google Forms, waarna een evaluatiegesprek in de groep zou volgen. Figuur 13 is de instructie voor de proefpersonen voor deelname aan het experiment.



Figuur 13. Instructies voor experiment.

6.1.5. Uitvoering experiment

De proefpersonen kregen at random van de praktijkbegeleider die aanwezig was, en niemand van de proefpersonen kende, een mapje uitgedeeld met nummer een of twee. De proefpersonen werd verteld dat zij tijdens het experiment niet met elkaar mochten overleggen en zij werden gevraagd om twijfels of opmerkingen op te schrijven op hun formulier. Ook werd verteld dat de proefpersoon in het model altijd een keuze moesten maken en dat het geen mogelijkheid was om geen antwoord te selecteren. Omdat een proefpersoon online deel zou nemen, maar

zich uiteindelijk toch afmeldde toen het experiment al was gestart, waren er acht mapjes met nummer twee uitgedeeld en zes mapjes met nummer een. De proefpersonen mochten zelf een plek kiezen in het pand waar zij het experiment rustig konden uitvoeren. Zij verdeelden zich vervolgens over meerdere kamers in het pand.

Nadat de proefpersonen een rustige plek hadden gevonden, werden zij gevraagd om in te loggen via perspectief.itrp.com en te kiezen voor 'routeplanner ggz'. Vervolgens konden zij starten met het lezen van de eerste verwijsbrief. Zij mochten op de formulieren belangrijke informatie onderstrepen. Daarop doorliepen zij de vragen in het beslismodel en noteerden zij hun argumentatie op het formulier in hun mapje. Sommige proefpersonen schreven hun afwegingen niet op.

Na het doorlopen van het model voor de vier verwijsbrieven, werden de proefpersonen gevraagd om de evaluatievragenlijst in te vullen via de link in Google Forms, zie figuur 14. Er werden tien gesloten vragen gesteld, waarbij konden kiezen voor de antwoordmogelijkheden van 1 helemaal niet, tot 5 helemaal wel. Daarnaast werden er drie open vragen gesteld. De onderzoeker, de praktijkbegeleider en de coördinator liepen langs bij de proefpersonen om te assisteren waar nodig.

The image shows a Google Form titled "Evaluatie vragenlijst beslismodel". The form contains 10 questions, each with a 5-point Likert scale from "Helemaal niet" (1) to "Helemaal wel" (5). The questions are:

1. Was het model duidelijk?
2. Hield het model jou bij het nemen van de beslissing?
- 3a. Leidt het gebruik van het model tot een andere beslissing (dan je had verwacht)?
- 3b. Hoe leidde het gebruik van het model tot een andere beslissing?
4. Leidt het gebruik van het model tot herleidbare (transparente) beslissingen?
- 5a. Zitten er vragen in het model die gewoonlijk niet bij beslissingen wordt meegenomen?
- 5b. Zo ja, welke vragen zitten er in het model die gewoonlijk niet bij beslissingen worden meegenomen?
6. Hoe tevreden ben je met de uiteindelijke beslissing?
7. Hield het model jou om beter zicht te krijgen op mogelijke verwijsopties in de GGZ?
8. Zou je het model een volgende keer willen gebruiken?
9. Welk cijfer geef je het gebruik van het model?
10. Heb je nog aanvullende opmerkingen of ideeën met betrekking tot het model?

At the bottom of the form, there is a "Verzenden" button and a "Formulier wissen" link.

Figuur 14. Evaluatievragenlijst experiment.

6.2. Evaluatie artefact

6.2.1. Analyse werking artefact

Het experiment leverde 56 trials op met het artefact. Dit waren 4 trials door 14 proefpersonen. Een trial bleek achteraf niet bruikbaar, dit wordt onderstaand besproken. Er waren vijftig trials bruikbaar voor de analyse. De uitgebreide analyse is opgenomen in bijlage C3.

In totaal werd er van de vijftig pogingen acht keer gekozen om eerst een consultatie aan te vragen nog voor het maken van een verwijzing. In die gevallen werd er dus nog geen verwijzing gemaakt. De onderzoeker haalt uit de hoogte van het gebruik van consultatie dat dit een goede toevoeging is in het systeem. Door het uitvoeren van een consultatie voorafgaand aan het maken van een verwijzing zal het aantal goede verwijzingen toenemen.

Daarnaast wees het beslismodel achttien keer uit dat er zwaardere zorg nodig was en werd er zeven keer gekozen voor persoonlijkheidsproblematiek, waarbij er sprake was van een fout in het systeem. De verwachting is echter dat als de fout er niet was geweest deze trials ook hadden geleid tot een verwijzing naar zorg buiten de instelling Perspectief. Deze verwachting was gebaseerd op de inhoud van de casussen en de vermoedelijke antwoorden op de vervolgvragen in het model. Aangenomen dat voorgaande klopt, dan zou het experiment hebben opgeleverd dat achttien plus zeven verwijzingen waren doorgestuurd naar zorg buiten de ggz-instelling Perspectief en nog eens acht verwijzingen na consultatie waren verwezen naar zorg buiten Perspectief. Hiermee leidde het experiment met het beslismodel in tweeëndertig gevallen tot zorg buiten de instelling.

Daarbij was er volgens de proefpersonen tien keer sprake van het ontbreken van een diagnose, waarbij er evenmin een verwijzing werd gemaakt naar Perspectief. Dit bracht het totaal op tweeëndertig plus tien, dus tweeënveertig verwijzingen die werden gemaakt naar zorg buiten Perspectief of geen zorg.

In negen gevallen was er wel sprake van een verwijzing naar Perspectief. En in drie gevallen, waarbij er ook sprake was van verwijzing naar Perspectief, was er sprake van een fout in het systeem. Bij deze trials kon er niet worden doorgelikt door de verwijzers. Het is mogelijk dat deze verwijzingen, zonder fout in het systeem, waren verwezen naar zorg buiten Perspectief, maar dat is niet zeker. Tot slot was een trial op meerdere manieren te interpreteren, er werd 'nee' geantwoord op 'complex trauma', waardoor het systeem verwees naar

Perspectief, maar in de toelichting werd door de verwijzer geschreven ‘complex trauma’. Deze trial is niet meegenomen in de analyse.

Door het model te testen aan de hand van geanonimiseerde verwijfsbrieven van zorgvragen die door het huidige verwijfssysteem waren verwezen naar ggz-instelling Perspectief, maar na intake door behandelaars van Perspectief waren afgewezen, was elke verwijfzing die door het beslismodel werd verwezen naar zorg buiten Perspectief een verbetering ten opzichte van het huidige verwijfssysteem. Vanwege twee fouten in het systeem was het analyseren van de trials enigszins gecompliceerd en zijn er keuzes gemaakt met betrekking tot de trials waarbij de fout een rol speelde. Hierdoor is enige voorzichtigheid geboden bij het doen van uitspraken over de werking van het beslismodel. Vanwege de aantallen en de meerderheid van trials waarbij het verwijfsadvies naar instellingen buiten de ggz-instelling Perspectief verwees, kan worden geconcludeerd dat het model een goede potentie heeft op het bijdragen aan meer goede verwijfzingen naar de ggz. Vanwege de representatieve groep proefpersonen en representatieve casussen in de vorm van geanonimiseerde verwijfsbrieven, is het aannemelijk dat generalisatie van de resultaten mogelijk is naar andere ggz-instellingen in Nederland met een vergelijkbaar profiel.

6.2.2. Beantwoorden Onderzoeksvraag

Naar aanleiding van de analyse van het experiment met het beslismodel kon de onderzoeksvraag worden beantwoord. In het experiment was een goede verwijfzing, een verwijfzing naar zorg buiten de ggz-instelling Perspectief. Het gebruik van het artefact, in de vorm van een beslismodel op basis van factoren, leidde in bijna tachtig procent van de gevallen tot een goede verwijfzing.

In hoeverre leidt het gebruik van een beslismodel op basis van factoren tot een hoger percentage goede verwijfzingen?

Van de vijfenvijftig geldige trials met het beslismodel werden er acht aangemeld voor een consultatie, wat betekende dat er geen verwijfzing werd gemaakt. Vijfendertig zorgvragen werden verwezen naar zorg buiten Perspectief of naar geen zorg. Dit betekende dat drieënveertig van de vijfenvijftig zorgvragen niet werden verwezen naar Perspectief, die eerder (ten onrechte) waren verwezen naar Perspectief. Dit betekende dat het gebruik van het beslismodel op basis van factoren in bijna tachtig procent (78%) van de trials leidde tot een

goede verwijzingen. Dit is weergegeven in tabel 17. Als de drie verwijzingen naar Perspectief, waarbij er sprake was van een fout in het systeem, ook hadden geleid tot zorg bij een andere zorgaanbieder, dan had het gebruik van het beslismodel geleid tot meer dan tachtig procent goede verwijzingen (83,6%).

Tabel 17

Uitkomst experiment in percentage verwijzingen.

	Consultatie	Nee Perspectief	Ja Perspectief	Totaal
Definitief	8	18+10	9	45
Onzeker		7	3	10
Verwijderd			1	1
Totaal	8	35	12	55
Percentage	14%	64%	22%	100%

6.2.3. Analyse evaluatievragenlijst

De evaluatievragenlijst (zie figuur 14) leverde informatie op over de ervaringen van de proefpersonen met het gebruik van het model.

De evaluaties waren grotendeels positief en het gebruik van het model werd beoordeeld met een zes punt twee. De meeste proefpersonen vonden het model duidelijk (86%) en gaven aan dat het hielp bij het maken van hun beslissing (86%). Zij gaven aan dat het leidde tot een andere beslissing dan verwacht (64%) en tot een transparante beslissing (93%). Ook gaven zij aan dat het model vragen bevatte die zij anders niet meenamen in hun beslissing (71%). Zij waren tevreden met hun beslissing (86%). Het gebruik van het model bood inzicht in verwijsopties in GGZ (71%) en de proefpersonen gaven aan dat zij het model weer wilden gebruiken (79%). Er kan voorzichtig worden geconcludeerd dat het model aan verschillende eisen van gebruikers voldeed, onder meer het bieden van ‘ondersteuning bij inzicht in zorgaanbod’ en de beschikbaarheid van ‘specifieke verwijsopties’ (zie paragraaf 4.1.3.3.).

De drie open vragen leverde aanvullende informatie over het gebruik van het model. Er werd aangegeven dat het gebruik van het model tot een andere beslissing had geleid. Twee respondenten gaven aan dat zij een ander advies kregen in het model dan wat zij zelf hadden bedacht. Een andere respondent haalde uit het experiment dat zij vaker de consultatiefunctie zou gaan benutten. Nog een andere gaf aan dat het model haar een uitgebreider aanbod van zorgaanstellingen en mogelijkheden opleverde wat haar beslissing beïnvloedde. Iemand gaf aan dat er in het model bepaalde eisen werden getoetst, die ze zelf misschien over het hoofd

zag. Er werd ook een tip gegeven om het sociaal domein als verwijsadvies wat meer te specificeren wat daaronder valt. Respondenten gaven aan dat er in het model vragen zaten die gewoonlijk niet bij beslissingen werden meegenomen. Bijvoorbeeld vragen over complexiteit (2x), Multi probleem (3x) en leerbaarheid (2x).

Respondenten vulden verschillende opmerkingen en ideeën in met betrekking tot het model. Er werd aangegeven dat iemand het zeker wilde gebruiken in gevallen dat zij twijfelde. Een andere respondent gaf aan dat zij graag meerdere DSM-diagnoses zouden willen aanvinken. Iemand gaf aan dat ze het gebruik van het model fijn vonden, maar zich afvroeg of er geen gerelateerde klachten gemist worden bijvoorbeeld stemmingsklachten bipolair of borderline of andere opties. Nog iemand gaf aan dat er nu nog te veel fouten in het model zaten om het goed te kunnen beoordelen en dat zij het lastig vond om het model te testen met de casuïstiek. Ook gaf deze persoon aan dat een van de verwijsadviezen in de regio nog niet bestaat en dat het de vraag is hoeveel samenwerking er daarin mogelijk zal zijn (Mentaal gezondheidscentrum). Tot slot gaf iemand aan het super te vinden dat dit ontwikkeld werd en het leuk te vinden dat de knelpunten door middel van een experiment naar boven kwamen.

Het percentage en de aantallen respondenten die een drie of hoger scoorden op een vijfpuntschaal op de verschillende vragen in de evaluatievragenlijst zijn opgenomen in tabel 18. De uitgebreide resultaten zijn opgenomen in bijlage C.4.

Tabel 18

Uitkomst evaluatievragenlijst gebruik beslismodel na experiment.

Vraag	Percentage met score 3 of hoger op 5 punt schaal	Aantal proefpersonen met score 3 of hoger
Model is duidelijk	86%	12
Model hielp bij beslissing	86%	12
Model leidt tot andere beslissing	64%	9
Model leidt tot transparante beslissing	93%	13
Model bevat vragen die gewoonlijk niet worden meegenomen in beslissing	71%	10
Hoe tevreden met beslissing	86%	12
Model geeft inzicht in verwijsopties in GGZ	71%	10
Wil model weer gebruiken	79%	11
Cijfer voor gebruik model	6,2	

6.2.4. Onbedoelde neveneffecten van artefact

Het model is ontworpen om meer goede verwijzingen te realiseren, doordat verwijzers meer vragen moeten beantwoorden die bepalend zijn voor het maken van een goede match met een zorgaanbieder. Dit zal ertoe leiden, zoals ook gebleken is in dit experiment, dat er meer verwijzingen naar andere zorgaanbieders gaan. Het is helaas zo dat de wachttijden in de ggz bij aanbieders voor zwaardere zorg, zoals verschillende verwijsadviezen die zijn opgenomen in het model, met enorm lange wachttijden kampen. Een van de proefpersonen gaf tijdens de evaluatie dan ook aan dat zij soms liever verwijst en wel ziet wat ervan komt, dan nog langer met een patiënt zit die zij ook niet van de juiste zorg kan voorzien. Daarmee heeft het verwijzen naar potentieel verkeerde partijen de functie dat de verwijzer zich tijdelijk ontlast voelt. Het goed gebruiken van het model kan dus een verzwaring voor de verwijzer betekenen, omdat deze langer verantwoordelijk is voor de patiënt. Dit zou in de hand kunnen werken dat verwijzers het model anders in gaan vullen, om hun patiënt toch sneller te kunnen verwijzen. Vanzelfsprekend zal dat betekenen dat het aantal goede verwijzingen zal afnemen en de werking van het model teniet wordt gedaan.

Bovenstaande geeft een van de kernproblemen in de ggz weer welke eerder is besproken in hoofdstuk een. Er lijkt te weinig behandelaanbod toegankelijk voor mensen met zware en complexe problematiek (Noordam et al., 2023).

6.2.5. Analyse verbetermogelijkheden artefact

Er zijn verschillende verbeterpunten naar voren gekomen tijdens de uitvoering van het experiment. Het verwerken van deze punten zal de bruikbaarheid van het model vergroten.

Het model was onder hoge tijdsdruk gebouwd in verband met de deadline van het onderzoek. Kort voor de start van het experiment bleek dat twee verwijsopties (diagnoses) niet doorklikten naar de volgende vragen, dit ging om de diagnoses ‘angst’ en ‘persoonlijkheidsproblemen’.

Verbeterpunt 1: Zorgen dat alle verwijsopties in het model werken.

Een ander belangrijk verbeterpunt was de lay-out van de app, deze was nog erg basaal en daardoor was het wat minder snel duidelijk waar de proefpersoon op moest klikken. Met behulp van de uitleg die verstrekt was, lukte dit de meeste proefpersonen goed, maar een enkeling had

wel extra aanwijzingen nodig. Het werken met kleuren zal helpen om het model te verduidelijken.

Verbeterpunt 2: Lay-out verbeteren.

Een verzoek van enkele proefpersonen was om meerdere diagnoses in een verwijzing aan te kunnen klikken. De onderzoeker denkt dat dit het model te veel compliceert, omdat er dan per combinatie diagnoses vervolgvragen moeten worden toegevoegd en dat kunnen oneindige combinaties zijn. Een mogelijke oplossing hiervoor is dat verwijzers de mogelijkheid krijgen om een aanvullende opmerking te maken in een invulveld dat wordt meegenomen bij de verwijzing. De andere optie bij meervoudige problematiek is dat verwijzers kiezen voor Multi problematiek (de optie die wel in het model is opgenomen).

Verbeterpunt 3: Opnemen van een invulveld voor opmerkingen van verwijzers.

De diagnoses ‘acute stressstoornis’ werd gemist in het model. Dit is een specificatie van trauma (type trauma). De onderzoeker denkt niet dat dit nodig is voor de match met de zorgaanbieder. Ook werd ‘tic stoornissen’ gemist. Deze diagnose komt niet veel voor als primaire diagnose, waardoor toevoegen niet noodzakelijk is. In beide gevallen kan de verwijzer gebruik maken van het notitie veld (verbeterpunt 3). Middelengebruik werd ook gemist. Bij middelgebruik als tweede probleem naast bijvoorbeeld depressie, kan gekozen worden voor depressie kiezen en kan er vervolgens een notitie worden ingevuld met middelengebruik. Bij de keuze voor de verwijsoptie ‘verslaving’ verandert het verwijsadvies. Er werd ook gevraagd om ‘acute crisis en suïcide’ nog verder te specificeren. De onderzoeker denkt dat dat niet nodig is, omdat de keuze voor acuut voldoende zegt over de urgentie voor de zorg die nodig is. Het is wel van belang gebruikers van het model te informeren dat zij specificaties of toevoegingen kunnen weergeven in het notatieveld.

Verbeterpunt 4: Verwijzers informeren over gebruik notitie veld voor specificatie of toevoegingen.

Tot slot bleek een vraag niet goed geformuleerd te zijn, het ging om de vraag: *“Heeft iemand één of meer behandelingen in de ggz gehad en het is de verwachting dat een volgende*

behandeling nog iets kan toevoegen?” Deze vraag zou gesplitst moeten worden in twee vragen, bij een ja op meerdere behandelingen, zou de tweede vraag moeten verschijnen in het model.

Verbeterpunt 5: Vraag splitsen in twee vragen: “*Heeft iemand één of meer behandelingen in de ggz gehad?*” en bij een ‘ja’ de volgende vraag: “*Is het de verwachting dat een volgende behandeling nog iets kan toevoegen?*”

7. Discussie

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het onderzoek in relatie tot de literatuur besproken. De resultaten uit het onderzoek hebben een aantal bevindingen uit de literatuur bevestigd. Daarnaast heeft het onderzoek nieuwe inzichten opgeleverd. Ook worden de beperkingen van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 8 volgen de conclusie en aanbevelingen.

7.1. Bevestiging van bestaande kennis en nieuwe inzichten

Het onderzoek heeft nieuwe inzichten opgeleverd over factoren die een rol spelen bij het maken van een goede verwijzing naar de ggz. Met deze kennis kon de wetenschappelijke vraag: *“Welke factoren spelen een rol bij het maken van een goede verwijzing (goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod)?”* worden beantwoord. Vanwege de nieuwe inzichten was er sprake van een bijdrage aan wetenschappelijk kennis over deze factoren. Daarnaast heeft het experiment uitgewezen dat het gebruik van een beslismodel op basis van factoren leidt tot een hoger percentage goede verwijzingen. Met deze kennis kon de onderzoeksvraag: *“In hoeverre leidt het gebruik van een beslismodel op basis van factoren tot een hoger percentage goede verwijzingen?”* worden beantwoord. Het gebruik van het model leidde tot bijna tachtig procent meer goede verwijzingen. Deze kennis draagt bij aan kennis over het gebruik van beslismodellen in de ggz voor het verwijzen van zorgvragen, waar nog weinig over bekend is. Tot slot draagt het onderzoek bij aan kennis over de eisen van verwijzers aan het gebruik van een digitaal beslismodel. Deze kennis is van belang voor het doorvoeren van verdere verbeteringen aan het ontworpen artefact, waardoor er in de toekomst nog betere resultaten kunnen worden behaald.

7.1.1. Bevestiging van bestaande kennis

In de literatuurverkenning werden verschillende factoren gevonden die een rol speelden bij het verwijzen naar de GGZ en het afwijzen van zorgvragen in de GGZ. In het dossieronderzoek, de interviews en de brainstorm werd bekeken of die factoren ook een rol hadden gespeeld bij de zorgvragen die door Perspectief waren afgewezen. Onderstaand overzicht in tabel 19 laat

zien dat 5 factoren uit de literatuur werden teruggevonden in het onderzoek. Dit waren de inhoudelijke psychologische factoren ‘diagnose’, ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘suïcidaliteit of acute crisis’ en ‘leervermogen’. Daarnaast werd de behandelproces factor ‘behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz’ teruggevonden. Door het bevestigen van deze factoren in huidig onderzoek, soms wel twee keer, kon met nog meer zekerheid worden vastgesteld dat deze factoren een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing (Verhoeven, 2022; Johannesson & Perjons, 2014, p. 55).

Tabel 19

Factoren uit literatuur die in onderzoek worden bevestigd een rol te spelen bij afwijzen van zorgvragen.

Inhoudelijke psychologische factoren	Factor afkomstig uit
Diagnose	Literatuur en brainstorm
Ernstige suïcidaliteit of acute crisis	Literatuur en dossieronderzoek en interviews behandelaars
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	Literatuur en dossieronderzoek en interviews behandelaars
Leervermogen	Literatuur en brainstorm
Behandelproces factoren	
Behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz	Literatuur en dossieronderzoek en interviews behandelaars

7.1.2. Nieuwe inzichten en bijdrage aan wetenschappelijke kennis

Naast de factoren uit tabel 19 leverde het onderzoek nieuwe inzichten op. Er werden in het onderzoek 9 factoren gevonden die niet uit de literatuur naar voren waren gekomen. Deze factoren worden toegevoegd aan de vijf factoren uit het literatuuronderzoek. Omdat er nog maar weinig literatuur beschikbaar is over dit onderwerp, dragen deze inzichten bij aan de wetenschappelijke kennis over factoren die een rol spelen bij het maken van een goede verwijzing.

Zes van de negen factoren vielen in de categorie inhoudelijke psychologische factoren. Dit betrof de factoren: ‘complex trauma’, ‘Multi problematiek’, ‘ernstige eetstoornis’, ‘lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid’, ‘emotieregulatie problemen’ en ‘urgentie voor start zorg’. Ook werden er twee behandelproces factoren gevonden die konden worden toegevoegd aan de bestaande kennis, namelijk ‘timing’ en ‘1 uur per week zorg’. Tot slot werd een rand voorwaardelijke factor toegevoegd, namelijk ‘cliënt is mobiel’.

De negen factoren die kunnen worden toegevoegd aan de wetenschappelijke kennis over factoren die een rol spelen bij het maken van een goede verwijzing naar de ggz, zijn weergegeven in tabel 20.

Tabel 20

Bijdrage aan kennis: factoren die een rol te spelen bij het maken van een goede verwijzing naar de ggz.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Complex trauma • Multi problematiek • Ernstige eetstoornis • Lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid • Emotieregulatie problemen • Urgentie voor start zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Timing • 1 uur per week zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt is mobiel.

7.1.3. Combinatie bestaande kennis en nieuwe inzichten

Voor het volledige beeld zijn alle factoren die in het onderzoek zijn gevonden, en een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing, weergegeven in tabel 21. De veertien factoren zijn: diagnose', 'suïcidaliteit of acute crisis', 'emotieregulatie problemen', 'complex trauma', 'ernstige persoonlijkheidsproblematiek', 'Multi problematiek', 'ernstige eetstoornis', 'lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid', 'leervermogen', 'urgentie voor start zorg', 'timing', 'behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz', '1 uur per week zorg' en 'cliënt is mobiel'.

Tabel 21

Veertien factoren die een rol spelen bij het maken van een goede verwijzing naar de ggz.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Suïcidaliteit en acute crisis • Emotie regulatie problemen • Complex trauma • Ernstige persoonlijkheidsproblematiek • Multi problematiek • Ernstige eetstoornis • Lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid • Leervermogen • Urgentie voor start zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Timing • Behandelverleden: eerdere behandelingen in ggz • 1 uur per week zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt is mobiel

7.1.4. Inhoudelijke psychologische factoren het meest van belang

De onderzoeker verwachtte voor de start van het onderzoek dat evenveel behandelproces factoren en rand voorwaardelijke factoren als inhoudelijke factoren een rol zouden spelen bij het maken van een goede verwijzing. Deze verwachting was gebaseerd op een eerste verkenning in de literatuur die een diversiteit aan factoren opleverde en ervaringen uit de praktijk van de onderzoeker. De onderzoeker dacht dat een van de meest onderscheidende factoren zou zijn hoeveel uur zorg iemand in de week nodig had en of er budget beschikbaar was bij de zorgverzekeraar. Uit het dossieronderzoek en de interviews met behandelaars kwam echter naar voren dat zij vooral keken naar factoren die iets zeggen over de inhoud van de zorgvraag en in tweede orde keken naar hoeveel uur zorg nodig was of naar budgetplafonds. Zij wogen factoren die iets zeggen over het behandelproces en de randvoorwaarde om zorg te kunnen verlenen wel af, maar niet als eerste vraag. Daarbij kwam uit het onderzoek naar voren dat zij ook naar minder factoren keken in die categorieën.

7.2. Bijdrage kennis door ontwikkeld artefact

Met de kanttekening dat het model nog twee fouten bevatte, wees het experiment met het beslismodel uit dat het gebruik ervan leidde tot bijna tachtig procent meer goede verwijzingen. Vanwege geringe beschikbare kennis over het gebruik van digitale beslismodellen voor het verwijzen naar de ggz, draagt dit onderzoek bij aan kennis over dit onderwerp. Ook draagt het onderzoek bij aan kennis over de eisen die verwijzers stellen aan het gebruik van een digitaal beslismodel. Dit leverde inzichten op die relevant zijn voor de verdere ontwikkeling van het artefact en het ontwikkelen en gebruiken van andere digitale beslismodellen in de ggz.

7.2.1. Beslismodel legt onderliggend probleem bloot

Door het stellen van vragen, hielp het beslismodel de verwijzer om een goede verwijzing te maken. De antwoorden op de vragen leidden tot een verwijzing naar een zorgaanbieder. Er waren verschillende zorgaanbieders opgenomen in het model, welke gezamenlijk een afspiegeling vormden van het zorgaanbod in de ggz in Nederland. De wachttijden per zorgaanbieder verschillen echter sterk en deze kunnen oplopen tot een jaar of meer. Wachttijden van die lengte komen vaker voor bij hoog specialistische zorgaanbieders, die behandelaanbod hebben voor hoog complexe zorgvragen.

In het huidige verwijfsmodel selecteren verwijzers een zorgaanbieder op basis van twee factoren en beslissen zij aan de hand van hun eigen kennis van het zorgaanbod naar welke partij zij vervolgens een verwijzing maken. Daarbij maken zij een afweging of een zorgvraag past bij een zorgaanbieder en kan er door de ruimte die het systeem biedt, een verkeerde match worden gemaakt. Bij het doorlopen van de vragen in het ontworpen digitale beslismodel is die ruimte er niet (mits alle vragen naar waarheid worden beantwoord). De verwachting vanuit de praktijk van de onderzoeker was bij aanvang van dit onderzoek dat bij het volgen van het model vaker een verwijzing naar hoog specialistische zorgaanbieders zou worden gemaakt. Hierdoor zou het aantal verwijzingen naar die aanbieders kunnen stijgen, wat de wachttijden bij die aanbieders verder zou kunnen vergroten.

Dit is een tegengesteld effect van het gebruik van het model, omdat het model beoogt de toegang tot zorg te verbeteren. Echter, legt dit effect het onderliggende probleem in de ggz bloot. Namelijk dat er te weinig zorgaanbod hoog specialistisch zorgaanbod is (Noordam et al., 2023) en deze zorgvragen daarom vaak worden verwezen naar minder specialistische zorgaanbieders. Deze aanbieders hebben niet de expertise om deze zorgvragen te behandelen. Het gevolg is dat er overbruggingszorg wordt geleverd, tot de zorgvrager terecht kan binnen de hoog specialistische zorg. Overbruggingszorg leidt niet tot afname van de klachten, maar erop gericht is om verergering te voorkomen. Het model kan helpen om de zorgvrager gelijk in de juiste wachtrij te plaatsen en overbruggingszorg te voorkomen, maar dan ligt de zorg langer bij de verwijzer.

7.2.2. Onbedoeld neveneffect

Bij het verwijzen van een groter deel van de zorgvragen door de verwijzer naar hoog specialistische zorg en als gevolg daarvan het toenemen van de wachttijden bij die zorgaanbieders, leidt tot het nadelige effect dat verwijzers nog langer verantwoordelijk zijn voor die zorgvragers, wat op hen drukt (Noordam et al., 2023). Het onbedoelde neveneffect hiervan kan zijn dat verwijzers uit nood gaan proberen om zorgvragers op een andere plek in zorg te krijgen, door andere antwoorden in het model te selecteren. Dat zou dan betekenen dat het aantal goede verwijzingen juist zal afnemen en de werking van het model teniet kan worden gedaan.

Een ander potentieel neveneffect kan zijn dat verwijzers onder tijdsdruk de vragen in het model met te weinig aandacht doorlopen, wat de waarde van de antwoorden en beslissingen in het model kan verlagen. Verwijzers zijn nu gewend twee vragen te beantwoorden en daarna een

verwijzing te kunnen maken en in het ontworpen beslismodel worden zij gevraagd om soms wel 12 vragen te beantwoorden, wat meer tijd kost dan het huidige systeem. Zie figuur 12 uit hoofdstuk 4 voor een impressie van de routeplanner.

The screenshot displays a web application interface for 'Perspectief Psychologenpraktijk'. The main content area is titled 'Nieuwe aanvraag' and 'Indienen'. It shows a form for a new request for 'Marjolijn Vreeswijk'. The form includes a dropdown menu for 'Aangevraagd voor' (selected as 'Service instance Routeplanner GGZ'), a text field for 'Onderwerp' (filled with 'Routeplanner GGZ'), and several multiple-choice questions. The questions are: 'DE RIJSTE WEG NAAR DE RIJSTE ZORG', 'Is er vermoedelijk sprake van een psychiatrische diagnose (DSM)?', 'Ik wil graag eerst contact met de GGZ voor consultatie.', 'Selecteer de vermoedelijke diagnose:', 'Is er een vermoeden van ernstige persoonlijkheidsproblematiek en/of is er sprake van een intense dynamiek in het contact met de patiënt? Stelt iemand zich dwingend of intimiderend op en kan zich agressief uitlaten (schelden, boos worden, de les lezen)?', 'Is er sprake van Multiproblematiek met problemen op het vlak van schulden, wonen, relatie, werk, sociale omgeving? Interferen deze klachten dermate met de psychische problematiek dat een behandeling nu niet succesvol kan zijn?', and 'Verkeert iemand in acute crisis of is er sprake van suicidaliteit?'. There is also a 'Notitie' field at the bottom.

Figuur 12. Routeplanner voor de GGZ.

7.3. Evaluatie onderzoeksproces

7.3.1. Onderzoek als inspiratiebron

Het uitvoeren van het onderzoek was een leerzaam proces. De keuze om het onderzoek uit te voeren in de eigen organisatie heeft veel mooie dingen teweeggebracht. De gesprekken met behandelaars waren een bron van inspiratie voor de onderzoeker en de respondenten. Uit deze gesprekken zijn ideeën voortgekomen om de zorg te verbeteren die nu al worden uitwerkt. Een voorbeeld is de oprichting van een behandelwerkgroep waarin wordt gekeken naar het huidige zorgaanbod en de mogelijkheden om zorgaanbod te ontwikkelen om meer complexe zorgvragen op te pakken, waar een groot tekort aan is. Daarnaast levert het onderzoek een bijdrage aan wetenschappelijke kennis over factoren op en tot slot een bruikbaar beslismodel. De uitvoering van het onderzoek had ook beperkingen, deze worden hieronder besproken.

7.3.2. Beperkingen van de onderzoeker

De onderzoeker is zelf al jarenlang werkzaam in de ggz en neemt naast het werk als zorgverlener en directeur van de ggz-instelling Perspectief zitting in de landelijke Stuurgroep ‘Toegankelijke GGZ en Wachttijden’. De onderzoeker kan door deze betrekkingen niet gezien worden als onbevooroordeeld en er was hierdoor kans op een bevestigingsbias bij de onderzoeker (Scribbr, z.d.). De onderzoeker heeft zich ingespannen om dit tegen te gaan, door triangulatie toe te passen en het onderzoeksonderwerp vanuit allerlei verschillende oogpunten en met behulp van verschillende instrumenten voor dataverzameling (Verhoeven, 2022, p.157). Ook heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van kritische tegenlezers, met als doel een zo open mogelijke blik te houden.

7.3.3. Beperkingen van de respondenten en proefpersonen

7.3.3.1. Sociale waarschijnlijkheidsbias

Bij de afname van de interviews bij respondenten en het invullen van de evaluatievragenlijst na afloop van het experiment door de proefpersonen, was er kans op een sociale waarschijnlijkheidsbias (Scribbr, z.d.). De respondenten en een deel van de proefpersonen had een professionele werkrelatie met de onderzoeker in de vorm van een dienstbetrekking. Dit kan bij de 12 respondenten en zes van de veertien proefpersonen hebben geleid tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden (Scribbr, z.d.). Bij het experiment werd de vragenlijst anoniem afgenomen. Dit was een maatregel om de invloed van deze bias te beperken.

7.3.3.2. Respons bias

Daarnaast was er kans op een respons bias bij de respondenten en proefpersonen, omdat het onderwerp van onderzoek relevant is voor hun werkzaamheden en zij hierdoor mogelijk een meer positieve houding ten opzichte van het artefact hadden, dan zij vermoedelijk zouden hebben gehad als zij een artefact hadden moeten ontwerpen of testen wat niet met hun werk te maken had (Scribbr, z.d.). De onderzoeker heeft geprobeerd om de sociale waarschijnlijkheids- en respons bias te voorkomen, door de respondenten voorafgaand aan de interviews het quasi-experiment te benadrukken dat de onderzoeker graag wil achterhalen wat de argumentatie of mening was en dat deze niet goed of fout kon zijn en zij vrijuit konden spreken.

7.3.3.3. Vraagvolgorde bias

Door te starten met open vragen in de interviews werd voorkomen dat er een vraagvolgorde bias ontstond (Scribbr, z.d.). De respondenten werden eerst gevraagd om hun eigen mening over factoren te geven en pas daarna gevraagd of zij bij hun afweging gebruik hadden gemaakt van factoren die uit het literatuur- en dossieronderzoek naar voren waren gekomen (Scribbr, z.d.).

7.3.3.4. Herinneringsbias

De respondenten werden gevraagd naar hun afwegingen bij een zorgvraag die zij enkele maanden daarvoor hadden behandeld. Zij werden gevraagd retrospectief alle vragen te beantwoorden, waarbij het mogelijk was dat zij niet alle afwegingen die zij toen hadden gemaakt nog in hun bewustzijn konden ophalen (Scribbr, z.d.). Dit kan worden gezien als een beperking van het onderzoek.

7.3.4. Beperkingen van het dossieronderzoek

In het dossieronderzoek heeft de onderzoeker de schriftelijke informatie die de behandelaar had opgeschreven bestudeerd. De limitatie hierbij was dat er gekeken is naar de bevindingen van een andere persoon. De aanwezigheid van een bias bij deze persoon, bijvoorbeeld een bevestigingsbias, kan ertoe hebben geleid dat deze persoon eenzijdig heeft gerapporteerd (Scribbr, z.d.). Hierdoor kan het zijn dat de onderzoeker beschikking had over eenzijdige informatie, zonder dit te weten. Ook kan een bevestigingsbias aan de kant van de onderzoeker hebben gespeeld, wat de inhoudsanalyse van de dossiers kan hebben gekleurd (Scribbr, z.d.). Het is het mogelijk dat een andere onderzoeker nog andere factoren uit de analyse zou hebben gehaald. Echter, door het systematisch werken bij de analyse en door de inzet van triangulatie, wordt verwacht dat dit effect beperkt is gebleven (Verhoeven, 2022, p. 157).

7.3.5. Beperkingen van het experiment

7.3.5.1. Indeling in twee groepen

Bij het ontwerpen van het experiment werd ervoor gekozen om het artefact te testen aan de hand van de geanonimiseerde verwijsbrieven van de afgewezen dossiers die in het onderzoek waren bestudeerd. De verwijsbrieven die gebruikt waren in de interviews werden uitgesloten van het experiment. De andere acht verwijsbrieven werden gebruikt voor het experiment. De

onderzoeker koos ervoor om de groep in tweeën te delen, zodat de proefpersonen niet meer dan vier trials met vier verschillende verwijsbrieven zouden uitvoeren. Dit omwille van de concentratie en tijd. Daarvoor was het nodig dat de onderzoeker de verwijsbrieven verdeelde over de twee groepen. Dit werd gedaan door de verwijsbrieven te paren op vergelijkbare inhoud. Hoewel de inhoud bij benadering gelijk was, was er wel sprake van verschillen in de casussen. Dit kan effect hebben gehad op de trials van de verschillende proefpersonen en kan van invloed zijn geweest op de resultaten van het experiment.

7.3.5.2. Trials niet herleidbaar naar proefpersonen

Bij de uitvoering van het experiment werd door alle proefpersonen gebruik gemaakt van dezelfde inlogcode. Het was daardoor niet mogelijk om te achterhalen welke proefpersoon uit welke groep de trial in het model had doorlopen. Hierdoor was het niet mogelijk om de resultaten van de groepen te vergelijken en kan niet worden bepaald of de verschillen in casussen een effect hebben gehad op de uitkomsten.

7.3.5.3. Papieren casus

Een andere beperking van het experiment was dat de proefpersonen het beslismodel moesten doorlopen aan de hand van een op papier beschreven casus. Normaliter maken zij een verwijzing op basis van een gesprek met een persoon. Het is niet waarschijnlijk dat zij vanuit de gegevens op papier dezelfde informatie tot hun beschikking hadden als de werkelijke situatie waarbij zij een persoon in hun spreekkamer hebben. Aan de andere kant zijn de proefpersonen wel gewend om zelf verwijsbrieven te maken en kan worden verwacht dat zij daarom vanuit de verwijsbrief wel zoveel als mogelijk informatie konden halen. Toch kan dit wel gezien worden als een beperking van dit onderzoek.

7.3.5.4. Model bevatte twee fouten

Ook was een beperking van het experiment dat het model niet helemaal af was en dat er bij twee verwijsopties geen vervolgvragen verschenen. Dit zorgde ervoor dat deelnemers het model niet konden doorlopen, zonder hulp van de onderzoeker of de praktijkbegeleider. Ook dit zorgde voor een andere beleving dan de beleving die zij normaal gesproken hebben in hun praktijk als zij een verwijzing maken.

7.3.5.5. Setting experiment

Tot slot kan als beperking van het quasi-experiment worden gezien dat er veel deelnemers aanwezig waren en de deelnemers met meerdere proefpersonen in een ruimte de vragen van het beslismodel moesten doorlopen. Dit is een veel drukker setting, dan de één op één situatie waarin zij normaal gesproken hun verwijzingen maken.

7.4. Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek

Ondanks de beperkingen van het onderzoek, zijn er ook veel keuzes gemaakt die de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben verhoogd. De keuze om gebruik te maken van verschillende methoden voor dataverzameling (Verhoeven, 2022, p. 157) en de systematische aanpak bij de dataverzameling door het werken met protocollen, hebben geleid tot een hogere betrouwbaarheid en maakt herhaling van het onderzoek mogelijk (Verhoeven, 2022).

Door in het onderzoek gebruik te maken van verschillende instrumenten voor dataverzameling waarmee de factoren werden onderzocht bij dezelfde groepen respondenten en proefpersonen en door rekening te houden met mogelijke biases, werd de interne validiteit vergroot (Verhoeven, 2022). Er was sprake van een representatieve steekproef van dossiers, respondenten en proefpersonen wat de externe validiteit heeft vergroot (Verhoeven, 2022).

Vanwege de representatieve steekproef van respondenten en proefpersonen, zijn de resultaten uit het onderzoek naar verwachting generaliseerbaar voor de organisatie Perspectief en bruikbaar bij vergelijkbare ambulante ggz-instellingen met een vergelijkbare organisatie van zorg en een vergelijkbaar behandelaanbod. Hieronder vallen andere ambulante ggz-instellingen in Nederland. Verder onderzoek is nodig om een uitspraak te kunnen doen over de generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere ggz-instellingen en instellingen buiten Nederland.

8. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies uit het onderzoek besproken en worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

8.1. Conclusie

Het quasi-experiment met het artefact heeft uitgewezen dat het gebruik van een beslismodel op basis van factoren bijdraagt aan het vergroten van het aantal goede verwijzingen met bijna tachtig procent. Dit resultaat betekent dat het model een oplossing biedt voor het managementprobleem, zonder dat er extra menskracht voor nodig is. Dit is een belangrijke bevinding, omdat het een aanzienlijke vermindering van de wachtlijst kan betekenen en daarmee een verbetering van de toegang tot de ggz. Ook draagt het onderzoek bij aan nieuwe kennis over factoren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing en kennis over de eisen van verwijzers aan het gebruik van een digitaal beslismodel. Deze kennis is een toevoeging op de bestaande kennis en is van belang voor het doorvoeren van verdere verbeteringen in het artefact, waardoor nog betere resultaten haalbaar kunnen zijn in de toekomst. In de volgende paragrafen volgt de opsomming van de conclusies die dit onderzoek heeft opgeleverd.

8.1.1. Beantwoorden deelvragen en de wetenschappelijke vraag

1. Welke factoren spelen een rol bij het verwijzen naar de ggz door de verwijzer?

De 11 factoren die een rol speelden bij het verwijzen naar de ggz, zijn opgenomen in onderstaande tabel 9, uit hoofdstuk 4. Het zijn de factoren ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘Multiproblematiek’, ‘urgentie voor start zorg’, ‘behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz’, ‘timing’, ‘kennis van diagnostiek en behandeling bij de verwijzer’, ‘vertrouwensband tussen patiënt en verwijzer’, ‘wachttijden’,

‘bekendheid van de verwijzer met de ggz-voorzieningen’, ‘aanbod ggz-voorzieningen in de omgeving’ en ‘de financiële situatie van de patiënt’. Deze factoren zijn het antwoord op deelvraag een.

Tabel 9.

Factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar de ggz.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige persoonlijkheidsproblematiek • Multiproblematiek • Urgentie voor start zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandelverleden: veel behandelingen in de ggz • Timing • Kennis van diagnostiek en behandelingen bij de verwijzer • Vertrouwensband tussen patiënt en verwijzer 	<ul style="list-style-type: none"> • De wachttijden • Bekendheid van de verwijzer met de ggz-voorzieningen • Aanbod ggz-voorzieningen in de omgeving • De financiële situatie van de patiënt

2.a-c. Welke inhoudelijke psychologische-, behandelproces- en rand voorwaardelijke factoren spelen een rol bij het afwijzen van zorgvragen in de GGZ?

De wetenschappelijke vraag: “Welke factoren spelen een rol bij het maken van een goede verwijzing?”

De 14 inhoudelijke psychologische-, behandelproces- en rand voorwaardelijke factoren die een rol spelen bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz zijn opgenomen in tabel 21 uit hoofdstuk 7 en hieronder weergegeven. Deze factoren zijn ook het antwoord op de wetenschappelijke vraag naar de factoren die een rol speelden bij het maken van een goede verwijzing. Voor het maken van een goede verwijzing is het van belang dat er vragen worden gesteld over de factoren ‘diagnose’, ‘suïcidaliteit en acute crisis’, ‘emotieregulatie problemen’, ‘complex trauma’, ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘Multiproblematiek’, ‘ernstige eetstoornis’, ‘lichamelijke klachten die veel invloed hebben op de gesteldheid’, ‘leervermogen’, ‘urgentie voor start zorg’, ‘timing’, ‘behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz’, ‘1 uur per week zorg’ en tot slot de factor ‘cliënt is mobiel’.

Tabel 21

Veertien factoren die een rol spelen bij het afwijzen van zorgvragen in de ggz.

Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelproces factoren	Rand voorwaardelijke factoren
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Suïcidaliteit en acute crisis • Emotie regulatie problemen • Complex trauma • Ernstige persoonlijkheidsproblematiek • Multi problematiek • Ernstige eetstoornis • Lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid • Leervermogen • Urgentie voor start zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Timing • Behandelverleden: eerdere behandelingen in ggz • 1 uur per week zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt is mobiel

Vijf van deze factoren waren gevonden in het literatuuronderzoek, dit waren de factoren ‘diagnose’, ‘suïcidaliteit en acute crisis’, ‘ernstige persoonlijkheidsproblematiek’, ‘leervermogen’ en ‘behandelverleden: eerdere behandelingen in de ggz’. De factoren die naar aanleiding van het onderzoek kunnen worden toegevoegd aan de bestaande kennis in de literatuur zijn: ‘emotie regulatie problemen’; ‘complex trauma’; ‘Multi problematiek’; ‘ernstige eetstoornis’; ‘lichamelijke klachten die veel invloed hebben op gesteldheid’; ‘urgentie voor start zorg’; ‘timing’, ‘1 uur per week zorg’ en ‘cliënt is mobiel’.

Omdat er nog maar weinig literatuur beschikbaar is over factoren die een rol spelen bij het maken van een goede verwijzing, draagt het onderzoek bij aan wetenschappelijke kennis over dit onderwerp. Daarnaast draagt deze ontwerpstudie bij aan kennis over het gebruik van een beslismodel op basis van factoren voor het verwijzen naar de ggz.

3. Wat zijn de eisen van de verwijzers aan het gebruik van een beslismodel?

Uit het onderzoek kwamen verschillende eisen naar voren van verwijzers aan het gebruik van een digitaal beslismodel voor het verwijzen van ggz-zorgvragen. Zij gaven aan hulp te willen vanuit het verwijssysteem om zicht te krijgen op de zorgaanbieders om hen heen. Zij hadden daarnaast behoefte aan specifieke verwijsopties. Ook was er behoefte om via het verwijssysteem contact te kunnen leggen met de ggz voor overleg en ondersteuning. Omdat er nog weinig kennis bestaat over de eisen van verwijzers aan een beslismodel voor het verwijzen,

vormen deze bevindingen een toevoeging. In tabel 10 uit hoofdstuk 4, zijn de eisen van de verwijzers onderstaand weergegeven.

Tabel 10.

Eisen van verwijzers aan een digitaal beslismodel.

Eisen van verwijzers	
<ul style="list-style-type: none">• Consultatie met ggz vanuit beslismodel• Hulp bij inzicht in zorgaanbod• Onderscheid kunnen maken bij verwijzen op basis van urgentie• Specifieke verwijsopties:<ul style="list-style-type: none">○ In een keer verschillende gezinsleden naar 1 zorgaanbieder verwijzen○ Verwijzen voor een intake met het systeem (i.p.v. individueel)○ Verwijzen naar volledig digitale zorg	

8.1.2. Beantwoorden Onderzoeksvraag en managementvraag

In hoeverre leidt het gebruik van een beslismodel op basis van factoren tot een hoger percentage goede verwijzingen?

Door het uitvoeren van het experiment met het beslismodel kon de onderzoeksvraag worden beantwoord. Het beslismodel werd 56 keer getest door 14 proefpersonen en leidde tot bijna tachtig procent meer goede verwijzingen. Het model verwees bijna tachtig procent van de verwijzingen, die eerder ten onrechte naar ggz-instelling Perspectief waren verwezen, door naar andere zorg of geen zorg. In vierenzestig procent van de trials werden zorgvragen naar andere zorgaanbieders of niet naar zorg verwezen en in veertien procent van de trials werd er geen verwijzing aangemaakt, maar een consultatie aangevraagd. Vanwege de beperkingen in het model die zijn besproken in hoofdstuk 6 en 7, is bij het trekken van conclusies over de werkzaamheid van het model enige voorzichtigheid geboden. Toch kan gesteld worden dat het gebruik van een beslismodel op basis van factoren in de meeste gevallen leidt tot een hoger percentage goede verwijzingen. De uitkomst van het experiment is weergegeven in onderstaande tabel 17, overgenomen uit hoofdstuk 6.

Tabel 17

Uitkomst experiment in percentage verwijzingen.

	Consultatie	Nee Perspectief	Ja Perspectief	Totaal
Definitief	8	18+10	9	45
Onzeker		7	3	10
Verwijderd			1	1
Totaal	8	35	12	55
Percentage	14%	64%	22%	100%

Met de kanttekening dat het artefact nog beperkingen had, kan de managementvraag aan de hand van het quasi-experiment positief worden beantwoord. Het gebruik van het artefact leidt tot een hoger percentage goede verwijzingen. Doordat het model in bijna tachtig procent van de geteste casussen leidde tot een verwijfsadvies waarbij zorgvragers direct naar juiste zorg werden verwezen, kan het gebruik van het model bijdragen aan het realiseren van substantieel kortere wachttijden in de ggz en het voorkomen van verspilling van menskracht en middelen.

De managementvraag: “Kan het percentage goede verwijzingen worden vergroot, de toegang tot de GGZ worden verbeterd en miljoenen aan zorgkosten worden bespaard door het gebruik van een digitaal beslismodel op basis van factoren voor het voor het matchen van ggz-zorgvragen en zorgaanbod?”

Ook gaven gebruikers bij de evaluatie van het experiment aan dat het gebruik van het model een oplossing bood voor het vergroten van hun inzicht in de mogelijke verwijsopties bij de ggz. Uit het onderzoek was naar voren gekomen dat verwijzers daar behoefte aan hadden en in eerder onderzoek was gevonden dat oplossingsrichtingen voor het beter laten aansluiten van zorgvraag op zorgaanbod lagen bij het verbeteren van het inzicht in de verschillende verwijsmogelijkheden in regio’s (Noordam et al., 2023).

Het model wees in iets meer dan twintig procent van de trials toch naar zorg binnen de ggz-instelling Perspectief. Dat betekende dat het model niet alle problemen bij het verwijzen had opgelost. Verdere verbetering van het model kan het percentage goede verwijzingen naar verwachting verhogen. Deze worden hieronder besproken.

Daarnaast is het niet reëel te verwachten dat een model met deze toepassing een foutpercentage van nul procent kan halen. Dit omdat er gewerkt wordt met interpretaties van mensen (verwijzers) van problematiek en er altijd verschil mogelijk is in de interpretatie en daarmee het model anders doorlopen kan worden.

8.2. Aanbevelingen

8.2.1. Model verbeteren

Zoals besproken in hoofdstuk 6 zijn er verschillende verbeterpunten genoemd voor het beslismodel. Allereerst het zorgen dat alle verwijsopties in het model werken; het opnemen van een invulveld voor opmerkingen van verwijzers; het verbeteren van de lay-out; het toevoegen diagnose ‘tic-stoornissen’ en het opsplitsen van de vraag *“Heeft iemand één of meer behandelingen in de GGZ gehad?”* en bij een ‘ja’ de vervolgvraag: *“Is het de verwachting dat een volgende behandeling iets kan toevoegen?”* Nadat deze bewerkingen zijn gedaan, zou het model opnieuw getest moeten worden op het effect van de aanpassingen op het percentage goede verwijzingen. De onderzoeker zal de aanpassingen die uit het experiment naar voren zijn gekomen door laten voeren in het model en het model op korte termijn in gaan zetten binnen de eigen GGZ-instelling als hulpmiddel voor behandelaars bij het bepalen of een zorgvraag binnen de instelling behandeld kan worden. Door het model te gaan gebruiken in de praktijk kan verder in kaart worden gebracht welke verbeteringen nog meer nodig zijn.

8.2.2. Onderzoek repliceren

In hoofdstuk 7 zijn verschillende beperkingen besproken die zijn geconstateerd bij de uitvoering van het huidige onderzoek. Een aanbeveling is om, na het doorvoeren van de aanpassingen aan het model uit voorgaande paragraaf, het onderzoek nogmaals uit te voeren en bij de uitvoering de invloed van de beperkingen te minimaliseren door daar maatregelen op te nemen. Een voorbeeld om de beperkingen te minimaliseren is het onderzoek te laten uitvoeren door een externe onderzoeker.

8.2.3. Aanvullende mogelijkheden voor het model

In het beslismodel wordt de verwijzer gevraagd om de vermoedelijke diagnose te stellen, waarna deze de vervolgvragen in het model worden doorlopen en een verwijzing naar een zorgaanbieder volgt. Omdat de verwijzer niet altijd zeker zal zijn van de diagnose, vormt dit is een kwetsbaarheid in het huidige model. Een oplossing die nu al voorhanden is, is het kiezen voor een consultatie met de ggz. In overleg met een ggz-professional kan de verwijzer ondersteund worden bij de keuze voor de diagnose. Maar er zijn ook verschillende beslissingsondersteunende tools voor handen die gebruikt kunnen worden bij het stellen van een psychiatrische diagnose (Tutun et al., 2022). Door het koppelen van een dergelijke tool aan

het beslismodel, kan de verwijzer ook ondersteund worden bij het stellen van een vermoedelijke diagnose (Tuntun et al., 2022). Dit zou de kwetsbaarheid in het model grotendeels kunnen opheffen. Verder onderzoek is nodig om te beoordelen of een dergelijke uitbreiding van het model wenselijk is en ook werkbaar is voor de verwijzer in verband met de tijd die dat kost. Er kan dan onderzocht worden of het nodig is om het percentage goede verwijzingen te vergroten. Er zou een test gedaan kunnen worden om het verschil te bepalen tussen het gebruik van het beslismodel zoals ontworpen in dit onderzoek en het gebruik van het model met de toevoeging van een tool om de diagnose te stellen. Daarnaast werd voorafgaand aan het onderzoek beoogd om een lerend systeem te ontwikkelen voor het verwijzen naar de ggz. Dit was een te groot project voor dit onderzoek, maar er liggen veel kansen bij de inzet van machine learning voor het verbeteren van processen in de ggz (Thieme et al., 2020). Deze zouden verder kunnen worden onderzocht.

8.2.4. Routeplanner voor de GGZ

Voor het vergroten van de toepassingsmogelijkheden van het beslismodel is een belangrijke vervolgstap om het model uit te breiden met de factoren die van belang zijn bij andere GGZ-instellingen (en eventueel ook zorg uit andere domeinen), zodat de verwijzing via een routeplanner in principe altijd naar een zorgaanbieder wordt geleid (nu eindigt het volgen van het beslismodel in een verwijzing naar Perspectief of bij een verwijsadvies naar zorg elders). Om dit te bereiken is onderzoek nodig in andere ggz-instellingen naar de factoren die een rol spelen bij het afwijzen van zorgvragen, het omzetten van deze factoren in vragen en het toevoegen van deze vragen aan het model. De stip op de horizon zou zijn dat er voor elke zorgaanbieder vragen in het model worden toegevoegd en het model altijd leidt tot het verwijzen naar een passende zorgaanbieder.

Zoals hiervoor is besproken, zou het model gebouwd kunnen worden als ‘lerend systeem’ waarbij het op basis van de antwoorden in het beslismodel op termijn ook kan gaan voorspellen welke zorg voor een persoon met bepaalde criteria nodig zal zijn. Daarvoor zou er moeten worden aangegeven als de zorg wordt gestart en de zorg wordt gestopt. Een andere wenselijke toevoeging aan het systeem zou informatie zijn over de budgetten per zorgaanbieder, zodat het systeem stopt met verwijzen naar een zorgaanbieder waarbij het budget op is en het systeem kan voorspellen wanneer de budgetten op zullen zijn in een regio. Deze signalen zouden zorgverzekeraars moeten krijgen om tijdig oplossingen te kunnen zoeken. Ook kan het model in deze vorm inzicht verschaffen in wachttijden, en in tekorten in zorgaanbod. Deze data zou

het gesprek in regio's aanzienlijk vooruithelpen en oplossingen kunnen bieden voor andere problemen in de ggz. Ook zou deze toepassing zorgaanbieders aanzienlijk veel administratie schelen, omdat zij nu gevraagd worden deze gegevens op allerlei verschillende plekken aan te leveren.

8.2.5. Beslismodel op basis van factoren versus andere verwijsmodellen

Er worden op dit moment ook andere verwijsmodellen ontwikkeld in Nederland om het percentage goede verwijzingen te vergroten. Het verschil met andere modellen en het model dat ontwikkeld is in deze studie, is dat er in dit model verdiepende vragen worden gesteld over de zorgvraag(er). Hierdoor wordt er een genuanceerder beeld verkregen waardoor er een betere match gemaakt kan worden met zorgaanbod. De gebruikte factoren in het model zijn aan de hand van verschillende instrumenten voor dataverzameling soms meerdere keren bevestigd, waardoor deze factoren met meer zekerheid kunnen worden vastgesteld (Verhoeven, 2022, p. 26). Het ontbreken van deze factoren in een ander model, kan ertoe leiden dat er minder goede verwijzingen worden gemaakt.

8.2.6. Privacy risico's

Bij het ontwikkelen van een artefact is het van belang te kijken naar de implicaties die het gebruik ervan heeft op de privacy en veiligheid van de zorgvrager. Het door ontwikkelen van het model in de richting die is beschreven in voorgaande paragraaf, kan betekenen dat er voorspellingen gedaan kunnen worden op basis van de kenmerken van een zorgvrager en dat die data beschikbaar komt. Het is van groot belang de privacy van zorgvragers te blijven borgen en het model zo in te richten dat het informatie gaat verschaffen die nodig is, maar geen informatie oplevert die de persoon kan schaden of naar de persoon te herleiden is (Johannesson & Perjons, 2014, p. 191).

Referenties

- ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Integraal Zorgakkoord*. Geraadpleegd op 16 oktober 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- ATLAS.ti. (z.d.) *ATLAS.ti 23 Windows – Gebruikershandleiding*. Geraadpleegd op 16 november 2023, van <https://doc.atlasti.com/ManualWin/SearchAndCode/AICoding.html>
- Bakker, P., & Jansen, P. (2012, 30 januari). *Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Bureau HHM. Geraadpleegd op 14 oktober 2023, van https://www.zio.nl/wp-content/uploads/2018/07/hhm_rapportage_generalistische-53033233d781f.pdf
- Boumans, J., Kroon, H., & Van der Hoek, B. (2023). *GGZ uit de knel*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 15 oktober 2023, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/01/AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 9 juli). *Huisarts vaker vrouw en gemiddeld jonger*. Geraadpleegd op 18 oktober 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2020/28/huisarts-vaker-vrouw-en-gemiddeld-jonger#:~:text=Van%20alle%20in%20een%20praktijk,mannelijke%20huisartsen%20in%20dezelfde%20periode>

- CZ, Embloom, & Lionarons GGZ (2020, 24 juni). *Screening: Op de juiste plek op de wachtlijst*. Geraadpleegd op 12 november 2023, van <https://wegvandewachtlijst.nl/screening-op-de-juiste-plek-op-de-wachtlijst>
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op 15 oktober 2023, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af0898-nemesis-2-de-psychische-gezondheid-van-de-nederlandse-bevolking.pdf>
- Den Blijker, J. (2023, 17 september). *Mind: Het recht op zorg in de ggz is onvoldoende gegarandeerd*. Geraadpleegd op 19 november, van <https://www.trouw.nl/zorg/mind-het-recht-op-zorg-in-de-ggz-is-onvoldoende-gegarandeerd~b555b35f/>
- Elissen, A. M. J., Struijs, J. N., Baan, C. A., Ruwaard, D. (2014). *Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek*. Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, School for Public health and Primary care, Department of Health Services Research. Geraadpleegd op 5 november 2023, van [\(PDF\) Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek. \(researchgate.net\)](#)
- Fleury, M., Farand, L., Aubé, D., & Imboua, A. (2012). Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician*, 58(12), 732-738. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23242904>
- GGZ Breburg. (2021, 13 oktober). *Mentale gezondheidscentra: ggz-inzet aan de voordeur*. Wegvandewachtlijst. Geraadpleegd op 5 november 2023, van <https://wegvandewachtlijst.nl/mentale-gezondheidscentra-ggz-inzet-aan-de-voordeur>
- Hevner, A.R., March, S.T., Park, J. & Ram, S. (2004). Design Science in Information Systems Research. *Management Information Systems Quarterly*, 28(1), 75–105. <https://doi.org/10.2307/25148625>
- Heins, M., Bes, J., Weesie, Y., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., Hellwich, M., Van Dijk, L., Knottnerus, B., Overbeek, L, Hasselaar, J., Hek, K., & Vanhommerig (2023, juni). *Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2023*. NIVEL. Geraadpleegd op 12 november 2023, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004432.pdf>
- Johannesson, E., & Perjons, E. (2014). *An Introduction to Design Science*. Springer. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-10632-8>

- Lubbes, E., Pansier-Mast, L., & Schutte, S. (2019, 20 mei). *Eindrapport Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden ggz Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen*. Geraadpleegd op 12 november 2023, van <https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2019/09/SS190660-Rapportage-Onderzoek-specifieke-clientgroepen-bij-aanpak-wachttijden-ggz.pdf>
- MIND. (2023, 20 september). *MIND onderzoek naar toegankelijkheid ggz*. Geraadpleegd op 12 november 2023, van <https://mindplatform.nl/nieuws/mind-onderzoek-naar-toegankelijkheid-ggz-helpt-van-zorgvragers-geweigerd>
- Mould, G., Bowers, J., & Ghattas, M. (2010). The evolution of the pathway and its role in improving patient care. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), e14. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032961>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2023, 23 maart). *Geen daling wachttijden ggz ondanks regionale inzet: Meerdere factoren van invloed*. Geraadpleegd op 5 november 2023, van <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/03/07/geen-daling-wachttijden-ggz-ondanks-regionale-inzet-meerdere-factoren-van-invloed>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). *Informatiekaart wachttijden GGZ 2022-Februari 2023 – Nederlandse Zorgautoriteit*. Geraadpleegd op 5 november 2023 van, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_733990_22/
- Noordam, D., Heijmans, M., & Van Dulmen, S. (2023). *Zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek vanuit de huisartspraktijk: ervaringen van huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten*. NIVEL. Geraadpleegd op 15 oktober 2023, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004253.pdf>
- Peters, K.M., Sadler, G., Miller, E., & Radovic, A. (2018). An Electronic Referral and Social Work Protocol to Improve Access to Mental Health Services. *Pediatrics*, 142(5), 1-10. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2417>
- Peffer, K., Tuunanen, T., Rothenberger, M. A., & Chatterjee, S. (2007). A Design Science research Methodology for Information Systems research. *Journal of Management Information Systems*, 24(3), 45–77. <https://doi.org/10.2753/mis0742-122240302>
- Schrijvers, G., Van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The Care Pathway Concept: Concepts and Theories: An Introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12(6), 1-7. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.812>

- Scribbr. (z.d.). *Soorten Research Bias | Betekenissen & Voorbeelden*. Geraadpleegd op 18 november, van <https://www.scribbr.nl/category/onderzoeksbias/>
- Stewart, S.L., Celebre, A., Hirdes, J.P., & Poss, J.W. (2020). Risk of Suicide and Self-harm in kids: The development of an algorithm to identify High-Risk individuals within the children's Mental Health system. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(6), 913-924. <https://doi.org/10.1007/S10578-020-00968-9>
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorselaer, S., Schouten, F., & De Graaf, R. (2022). *NEMESIS, Nederlandse studie naar gezondheid en welzijn*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 15 oktober 2023, van https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/over-nemesis/achtergrond/?create_pdf_nemesis=1&urlid=9533,9569,9612,9596,9604
- Thieme, A., Belgrave, D., & Doherty, G. (2020). Machine learning in mental health. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*, 27(5), 1–53. <https://doi.org/10.1145/3398069>
- Tutun, S., Johnson, M., Ahmed, A., Albizri, A., Irgil, S., Yesilkaya, I., Ucar, E. N., Sengun, T., & Harfouche, A. (2022). An AI-based decision support system for predicting mental health disorders. *Information Systems Frontiers*, 25(3), 1261–1276. <https://doi.org/10.1007/s10796-022-10282-5>
- Van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., & Bensing J. (2010, 1 maart). Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services*, 61(3), 250-257. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.3.250>
- Van Dijk, C.E., Korevaar, J.C., De Jong, J.D., Koopmans, B., Van Dijk, M., & De Bakker, D.H. (2013). *Kennisvraag Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns naar eerstelijnszorg*. NIVEL. Geraadpleegd op 14 oktober 2023, van https://beroepseer.nl/images/stories/documenten/rapport_ruimte_voor_substitutie_van_nivel.pdf
- Verhoeven, N. (2022). *Wat is onderzoek?* (7^e ed). Boom.
- ZorgDomein. (z.d.). *91% van de huisartsen werkt met ZorgDomein voor het vinden van vervolgzorg*. Geraadpleegd op 12 november 2023, van <https://zorgdomein.com/over-ons/#cases-facts>
- Weda, M., De Bruijn, A., Alves, T. M. L., & De Vries, C. (2019). *Digitale beslissingsondersteuning in de zorg: Een verkenning*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://doi.org/10.21945/rivm-2018-0150>

Wieland, J., Denayer, A., & Van Amelsvoort, T. (2019, 15 november). Geestelijke gezondheidszorg voor mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(11), 819-823.

Bijlage A. Overzicht literatuurstudie

Keywords: Mental health study in the Netherlands; Reasons for referring mental health patients; GP and mental health patients				
RAPPORTEN				
Thema's -> Auteurs	Inhoudelijke psychologische factoren	Behandelprocesfactoren	Rand voorwaardelijke factoren	Factoren grotere kans op verwijzing naar de GGZ
Bakker & Jansen, 2013 HHM	- Vermoeden DSM-stoornis; - Ernst van de problematiek; - Risico; - Complexiteit; - Beloop van de klachten; - Leervermogen.	- De competentie van de huisarts of POH-GGZ met betrekking tot diagnostiek en psychische klachten.	- De aanwezige GGZ-voorzieningen in de omgeving; - De bekendheid van de huisarts met deze voorzieningen.	
De Graaf et al., 2010 NEMESIS-2	Incidentie psychische aandoeningen in 2010: 17,6%, aantal volwassenen: 1.800.000			
Elissen et al. (2014) Maastricht University	Diagnose/risico/klinische status, functionele status (actuele klachten, problemen en behoeften) en de persoonskenmerken leeftijd en herkomst/ethniciteit.	De complicaties van chronische ziekte en het waargenomen risico compliceren het voorspellen van zorgvraagwaarde en het bieden van passende zorg.		
Heins et al., 2023 NIVEL	Jaarcijfers huisartsenzorg en doorverwijzen naar GGZ.			
ActiZ et al., 2022	Alloceren van zorgvragen verbeteren door middel van multidisciplinaire triagetafels.			
Noordam et al., 2023 NIVEL	- Vermoeden van een DSM-stoornis; - Ernst van de problematiek; - (Suicide)risico; - Complexiteit; - Beloop en duur van de klachten; - De gezondheidsvaardigheden; - De aanwezigheid van een sociaal netwerk en de kwaliteit van dit netwerk.	- Voorkeuren van patiënt; - Behandelverleden in GGZ; - Vertrouwensband/'klik' huisarts/POH-GGZ en patiënt; - De competentie van de huisarts of POH-GGZ met betrekking tot diagnostiek en psychische klachten; - Werkdruk bij huisartsen; - Consultatiemogelijkheden bij de GGZ.	- GGZ-voorzieningen in de omgeving; - Bekendheid huisarts met deze voorzieningen; - De wachttijden bij zorgaanbieders; - De indeling van het zorgaanbod binnen de GGZ-instellingen; - De financiële situatie van de patiënt	- Mensen met vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek
Ten Have et al., 2022 NEMESIS-3	- Comorbiditeit; - Mensen met een stemmingsstoornis maken het meest gebruik van de GGZ; - Daarna mensen met ADHD; een angststoornis en een middelenstoornis.			- Volwassenen met meerdere psychische aandoeningen (comorbiditeit)
Ten Have et al., 2022 NEMESIS-3	Incidentie psychische aandoeningen in 2022: 26%, aantal volwassenen: 3.300.000			
Van Dijk et al., 2013 NIVEL				- Geslacht -> Vrouwen; - Leeftijd -> Ouderen; - Co morbiditeit: Patiënten met een chronische aandoening.
ARTIKELLEN				
Keywords: Mental health study in the Netherlands; Reasons for referring mental health patients; GP and mental health patients				
Fleury et al., 2012	Mensen met ernstige psychische problemen werden sneller verwezen, en mensen met minder ernstige klachten bleven vaker in de huisartsenpraktijk			
Van Beljouw et al., 2010	- Comorbide aandoeningen; - Handicap. - Mensen met een persoonlijkheidsstoornis.			- Vrouw van middelbare leeftijd; - Relatief hoog opleidingsniveau; - (Niet meer) getrouwd; - Werkeloos; - Wonend stedelijk gebied.
ARTIKELLEN				
Keywords: Decision making AND GP AND mental health disorders				
Mould et al., 2010	Het in kaart brengen van processen binnen de zorg met behulp van flowcharts geeft inzicht in alle taken die uitgevoerd worden en helpt om knelpunten inzichtelijk te krijgen en op te lossen. Ook is het mogelijk om vergelijkingen te maken tussen verschillende zorgaanbieders.			

Schrijvers et al., 2012	Het werken met zorgpaden vergroot de effectiviteit van de zorginstelling, maar heeft als nadeel dat er minder ruimte is voor de creativiteit van de behandelaar.
ARTIKELLEN	
Keywords: Electronic referral system AND mental health care	
Peters et al., 2018	Eigen verwijssysteem ontworpen voor onderzoek, om jonge patiënten te verwijzen naar sociaal werk. Er is onderzocht of de combinatie van elektronisch verwijzen en het volgen van een protocol voor het sociaal werk, zou leiden tot een toename van eerste afspraken, een beter gebruik van mentale gezondheidszorg en een hoger percentage cliënten dat op afspraken verschijnt. De onderzoekers concludeerden dat een aantal factoren bijdragen aan het vergroten van het gebruik van mentale gezondheidszorg door adolescenten, namelijk: elektronisch verwijzen, een gedeeld elektronisch patiëntendossier, multidisciplinaire samenwerking, zorgmanagement door sociaal werkers met klinische en coördinerende vaardigheden.
Stewart et al., 2020 Snowballing uit Tuntun et al. (2022)	De onderzoekers hebben een beslismodel ontwikkeld voor het voorspellen van suïcide risico bij kinderen. Het model kan gebruikt worden om inschattingen te maken en de juiste hulp te kunnen bieden. Het ontwerp was behulpzaam bij het ontwerpen van het beslismodel voor het verwijzen naar de GGZ.
Thieme et al., 2020 Snowballing uit Tuntun et al. (2022)	Machine learning wordt ook toegepast in de GGZ. Het onderzoek, en de toepassingen van machine learning, zijn nog sterk in ontwikkeling. Van het onderzoek dat voorhanden is, bestaat een groot uit onderzoek naar toepassingen van machine learning op psychische stoornissen op te sporen en te diagnosticeren. Onderzoek naar toepassingen van machine learning voor het onderscheiden van verschillende stoornissen en om behandelingen meer op de persoon af te kunnen stemmen is wenselijk. Ook kan machine learning worden ingezet voor preventie doeleinden. Tot slot wordt benadrukt dat machine learning kan worden ingezet om processen in de GGZ te verbeteren. Er dient bij verder onderzoek uitgebreid gekeken te worden naar de ethische afwegingen in het ontwikkelen van toepassingen.
Tuntun et al. (2022)	Vanwege de hoge incidentie van psychische stoornissen (Have, ten, et al., 2022), is er volgens Tuntun et al. (2022) behoefte aan innovatieve tools die GGZ-professionals kunnen helpen om efficiënter en meer accuraat diagnostische beslissingen te nemen. De er is veel te vinden over beslissingsondersteunende tools, zoals de tool ontwikkeld door Tutun et al. (2022). Door het gebruik van het op AI gebaseerde beslissingsondersteunend systeem (DSS) kunnen psychische stoornissen worden gediagnosticeerd met behulp van achtentwintig (Tutun et al., 2022).
RAPPORT	
Keywords: Digital AND Decision making	
Weda et al., 2018 RIVM	Review van beslissingsondersteunende instrumenten die in de zorg worden gebruikt, geen is bestemd voor het verwijzen van zorgvragen.
RAPPORT	
Keywords: Access to mental health care	
Boumans et al., 2023 TRIMBOS	Heel veel exclusiecriteria: ben je niet zo slim, ben je suïcidaal, heb je comorbiditeit, ben je een beetje asociaal, zit er een vlekje aan.
GGZ Breburg. (2021)	Expertise naar de voorkant, met meer professionals kijken naar de zorgvraag.
NZa, z.d.	Aantal wachtenden binnen en buiten treeknorm.
NZa, 2023	Geen daling wachttijden ggz ondanks regionale inzet. Meerdere factoren van invloed.
ARTIKEL	
Keywords: Access to mental health care	
Wieland et al., 2019	Er is sprake van problemen bij de toegang tot de GGZ voor mensen met een lager IQ en psychische of verslavingsproblemen. Het is nodig dat er meer wordt samengewerkt tussen GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg en dat er heldere afspraken komen voor het bieden van passende zorg aan deze groep.
BOEKEN EN ARTIKELLEN	
Keywords: Research methods, thematic analysis, design science	
Braun & Clarke, 2022	Thematische analyse
Byrne, 2021	Thematische analyse
Hevner et al., 2004	Design science
Johannesson & Perjons, 2014	Design science
Peffer et al., 2007	Design science
Verhoeven, 2022	Beschrijving methode van onderzoek.
ATLAS.ti. (z.d.)	Analysetool
Scribbr (z.d.)	Research bias
Overig	
CBS, 2020	Huisartspopulatie man en vrouw verdeling.
MIND, 2023	Onderzoek naar Toegankelijkheid GGZ
Den Blijker, 2023	Mind: Het recht op zorg in de ggz is onvoldoende
ZorgDomein, 2023	Huisartsen gebruiken bij 91% van de verwijzingen ZorgDomein als verwijfsplatform.

Bijlage B. Dossieronderzoek en interviews

B.1. Informatiebrief en toestemmingsverklaring

Breukelen, 25-04-2023, Marjolijn Vreeswijk
Nyenrode Business Universiteit
MVreeswijk@psychologenpraktijkperspectief.nl
Onderwerp: Verwijzen in de GGZ, 25-04-2023

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor je interesse om deel te nemen aan dit onderzoek. Vooraf willen we je graag informeren over wat dit onderzoek inhoudt en wat dit voor jou betekent.

Aanleiding onderzoek:

Het komt met regelmaat voor dat Perspectief een verwijzing voor zorg ontvangt, die niet aansluit bij het zorgaanbod dat wij kunnen leveren. Landelijk is dit ook een groot probleem. Perspectief wil in het kader van een afstudeeronderzoek graag in kaart brengen wat de kenmerken zijn van die verwijzingen, om er naar de toekomst toe zoveel als mogelijk te voorkomen dat iemand voor niets wordt verwezen. Om dit doel te bereiken worden er in het onderzoek vier stappen gezet: brainstorm, dossieronderzoek, interviews, en een experiment.

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld door de onderzoeker (Marjolijn Vreeswijk) en worden geanonimiseerd. Derden (beoordelaars vanuit Nyenrode, medestudenten en een klankbordgroep) krijgen alleen geanonimiseerde gegevens te zien (die niet naar de respondenten te herleiden zijn).

De deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Je hebt op elk moment het recht om niet meer deel te nemen, ook achteraf. Hiervoor hoeft je geen reden op te geven.

Indien er vragen zijn over het onderzoek of hoe er wordt omgegaan met gevoelige informatie, dan kunnen deze gesteld worden via MVreeswijk@psychologenpraktijkperspectief.nl.

Met vriendelijke groet,

Marjolijn Vreeswijk

Student MBA Nyenrode en algemeen directeur Perspectief

Toestemmingsverklaring

Voor deelname aan het onderzoek 'Verwijzen naar de GGZ'

Ik ben over het onderzoek geïnformeerd en weet wat het doel, de opzet en de procedure van het onderzoek zijn. Ik heb tijd gehad om aanvullende vragen over het onderzoek te stellen en mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik weet dat mijn gegevens veilig worden opgeslagen voor minstens 10 jaar, zoals verplicht bij onderzoek.

Mijn deelname aan dit onderzoek is geanonimiseerd met een code. Dit houdt in dat mijn gegevens anoniem zijn gemaakt en alleen met bijzondere moeite zijn te herleiden naar mij. Mijn naam (of herleidbare informatie) is niet terug te vinden in rapporten, presentaties of wetenschappelijke publicaties

Ik stem toe met deelname aan het onderzoek, en geef hierbij tevens toestemming voor de verwerking en opslag van mijn onderzoeksgegevens, zoals beschreven in de informatiebrief met kenmerk 'Verwijzen naar de GGZ'.

Als de onderzoeker op anonieme wijze een quote van mij wil gebruiken in een rapportage of wetenschappelijke publicatie over dit onderzoek, dan geef ik hier nu toestemming voor / wil ik dat hierover contact wordt opgenomen / geef ik hier geen toestemming voor.*

Ik wil wel / niet* geïnformeerd worden over de groepsresultaten van het onderzoek.

Ik ben hiervoor te bereiken via: _____

*S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is

Naam deelnemer onderzoek:

Handtekening:

Datum:

Ik verklaar dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovengenoemde onderzoek is geïnformeerd. Ik verklaar tevens dat een vroegtijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon geen gevolgen voor deze persoon zal hebben. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de geïnterviewde zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem / haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Functie:

Handtekening:

Datum:

B.2. Interview protocollen

Interviewprotocol behandelaar

Interview behandelaar

In het komende uur zal ik bij jou een kwalitatief interview afnemen voor mijn afstudeeronderzoek in het kader van de MMBA op Nyenrode en zal ik mij opstellen als onderzoeker. Het doel van mijn afstudeeronderzoek is het achterhalen welke factoren kunnen worden toegevoegd aan het beslismodel voor verwijzing naar de GGZ, waardoor het aantal afgewezen zorgvragen kan afnemen. Onder verkeerde verwijzing verstaan we in dit interview verwijzingen die niet aansluiten bij het zorgaanbod van Perspectief.

In dit interview wil ik graag samen met jou inzicht verkrijgen in de afwegingen die jij hebt gemaakt bij de screening van X die hebben geleid tot jouw conclusie dat er sprake was van een verkeerde verwijzing. Door middel van dit onderzoek wil ik graag achterhalen welke factoren volgens jou het meest voorspellend zijn voor het matchen van zorgvragen met ons zorgaanbod, zodat we in de toekomst het aantal afgewezen zorgvragen kunnen gaan verminderen.

Ik zal, als jij dat goed vindt het interview opnemen. Ik zal vertrouwelijk met al jouw gegevens omgaan. De opname zal ik alleen gebruiken voor het uitwerken van het interview. Daarna zal ik de opname vernietigen. In het uitgewerkte interview zal ik zorgdragen voor het anonimiseren van jouw gegevens. Jouw gegevens zullen nergens in de uitwerking of in het onderzoeksverslag terug te vinden zijn. Graag wil ik je nu vragen om het informed consent te tekenen, waarmee je aangeeft het eens te zijn met de afspraken die we nu maken over de wijze van verwerking van jouw gegevens.

Heb je nog vragen vooraf?

OPNAME STARTEN

OPEN VRAGEN

1. Kun je mij stap voor stap vertellen hoe jij de screening van X hebt uitgevoerd?
2. Op basis van welke factoren heb jij besloten dat deze cliënt niet bij ons in zorg kan komen?

Thesis Modulair Executive MBA Nyenrode Business Universiteit

Routeplanner voor de GGZ: Het ontwerpen van een beslismodel voor de juiste zorg op de juiste plek

3. Wat was de meest belangrijke factor bij jouw beslissing?
4. Wat waren jouw twijfel punten?

GESTRUCTUREERDE VRAGEN

5. Hieronder noem ik verschillende factoren op die uit de literatuur en dossier onderzoek naar voren zijn gekomen en wil ik graag van jou horen of deze factor een rol heeft gespeeld bij je afweging.

FACTOR	FACTOR HEEFT EEN ROL GESPEELD BIJ AFWEGING
Inhoudelijke psychologische factoren	
Geen DSM-diagnose	
Ernstige suïcidaliteit of acute crisis	
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	
Complex trauma	
Verslavingsproblematiek	
Ernstige eetstoornis	
Te zware problematiek	
Te hoge complexiteit	
Multiproblematiek	
Motivatie voor behandeling is laag	
Zware emotieregulatie problemen	
Leervermogen lijkt laag/snapt veel vragen niet	
Behandelproces factoren	
Geen zorg nodig	
Behandelverleden: veel behandelingen in de GGZ	
Intensieve therapie (bijv. dagbehandeling)	
Klinische opname	
Crisisdienst als achterwacht	
Specialistische therapie	
Specialistisch onderzoek	
Schematherapie	
Online therapie	
Rand voorwaardelijke factoren	
De wachttijden	
Cliënt woont in het buitenland	
Cliënt is niet mobiel	

OPEN VRAGEN

6. Zo alles overziend, wat zijn volgens jou belangrijke exclusiecriteria voor behandeling bij Perspectief voor deze cliënt?
7. Hebben we nu alle belangrijke zaken besproken, of heb jij nog aanvullingen?

Interviewprotocol verwijzers

Interview POH-GGZ en huisarts

In het komende uur zal ik bij jou/jullie een kwalitatief interview afnemen voor mijn afstudeeronderzoek in het kader van de MMBA op Nyenrode en zal ik mij opstellen als onderzoeker. Het doel van mijn afstudeeronderzoek is het achterhalen welke factoren kunnen worden toegevoegd aan het beslismodel voor verwijzing naar de GGZ, waardoor het aantal afgewezen zorgvragen kan afnemen. Onder verkeerde verwijzing verstaan we in dit interview verwijzingen die niet aansluiten bij het zorgaanbod van Perspectief.

In dit interview wil ik graag samen met jou/jullie inzicht verkrijgen in het doorverwijsproces vanuit jullie naar Perspectief. Ik wil graag weten hoe dit nu loopt en wat erin verbeterd kan worden. Ook wil ik graag inzoomen op een casus in de afwegingen die jij hebt gemaakt bij de doorverwijzing van X, die wij uiteindelijk niet in zorg hebben kunnen nemen. Door middel van dit onderzoek wil ik graag achterhalen op basis van welke factoren jij/jullie nu bepalen welke zorgaanbieder jullie selecteren en wil ik kijken welke factoren moeten worden toegevoegd om het aantal goede verwijzingen te vergroten.

Ik zal, als jij dat goed vindt het interview opnemen. Ik zal vertrouwelijk met al jouw gegevens omgaan. De opname zal ik alleen gebruiken voor het uitwerken van het interview. Daarna zal ik de opname vernietigen. In het uitgewerkte interview zal ik zorgdragen voor het anonimiseren van jouw gegevens. Jouw gegevens zullen nergens in de uitwerking of in het onderzoeksverslag terug te vinden zijn. Graag wil ik je nu vragen om het informed consent te tekenen, waarmee je aangeeft het eens te zijn met de afspraken die we nu maken over de wijze van verwerking van jouw gegevens.

Heb je nog vragen vooraf?

OPNAME STARTEN

OPEN VRAGEN

1. Kun je mij stap voor stap vertellen hoe jij een doorverwijzing naar de GGZ/Perspectief maakt?

Thesis Modulair Executive MBA Nyenrode Business Universiteit

Routepanner voor de GGZ: Het ontwerpen van een beslismodel voor de juiste zorg op de juiste plek

2. Op basis van welke factoren besluit jij een cliënt/client X naar Perspectief te verwijzen?
3. Wat was bij X/is doorgaans de meeste belangrijke factor bij jouw beslissing?
4. Wat was bij X/wat waren jouw twijfel punten?

GESTRUCTUREERDE VRAGEN

5. Hieronder noem ik verschillende factoren op die ik uit het interview met de screeners heb gehaald van de verwijzing van X en wil ik graag van jou horen of jij deze factor ook hebt gezien bij het maken van de verwijzing en wat jouw afweging daarbij was?

Factor Respondent	INHOUDELIJK PSYCHOLOGISCH
6 (POH-GGZ 1)	Eetproblemen Verslavingsprobleem partner I.v.m. openheid over eetprobleem, dit graag goed aan willen pakken bij specialist
9 (POH-GGZ 2)	Beperkte gezondheidsvaardigheden Onderliggend zware problematiek Lag in bed met zonnebril door migraine, geen contact
10 (POH-GGZ 3)	Ontbreken DSM-diagnose (ondanks trauma geen stoornis ontwikkeld)
12 (POH-GGZ 4)	Te Zware problematiek (complexe PTSS) Te hoge complexiteit Multiproblematiek Geen/beperkt soc. netwerk
Factor Respondent	BEHANDELPROCES
6	Eetstoornis behandeling nodig
9	Behandelverleden (zijn de klachten resistent tegen therapie?)
10	Geen behandeling nodig
12	Behandeling complexe PTSS Schematherapie nodig (langdurig)
Factor Respondent	RAND VOORWAARDELIJK
6	
9	Client is niet mobiel/kan niet komen
10	
12	

OPEN VRAGEN OVER VERWIJZEN

6. Hoe ervaar jij/jullie het verwijzen met behulp van Zorgdomein?
7. Welke eisen stel je aan een verwijssysteem?
8. Welke aanpassingen in het verwijssysteem zouden jou helpen?
9. Waar loop jij tegenaan bij verwijzing naar Perspectief?
10. Heb je suggesties ter verbetering van de samenwerking met Perspectief?
11. Tot slot ben ik nog benieuwd of de volgende factoren bij jou een rol spelen bij het maken van een verwijzing naar de GGZ?

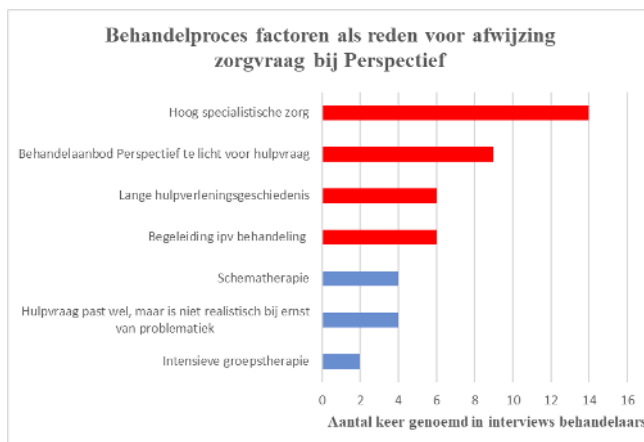
FACTOR	FACTOR HEEFT EEN ROL GESPEELD BIJ AFWEGING
Behandelprocesfactoren	
Voorkeur van patiënt	
Behandelverleden: veel behandeling in de GGZ	
Vertrouwensband tussen patiënt en POH/huisarts	
Kennis van diagnostiek en behandelingen bij de POH/huisarts	
Hoge werkdruk bij POH/huisarts	
Consultatiemogelijkheden bij de GGZ	
Rand voorwaardelijke factoren	
Aanbod van GGZ-voorzieningen in de omgeving	
Bekendheid van de POH/huisarts met GGZ-voorzieningen	
De wachttijden	
De indeling van het zorgaanbod binnen de GGZ-instellingen bij verwijzen van Multi-problematiek of complexere klachten	
De financiële situatie van de patiënt	

Bijlage C. Analyse

C.1. Meest genoemde factoren door behandelaars



Inhoudelijke psychologische factoren als reden voor afwijzing zorgvraag bij Perspectief uit open vragen.

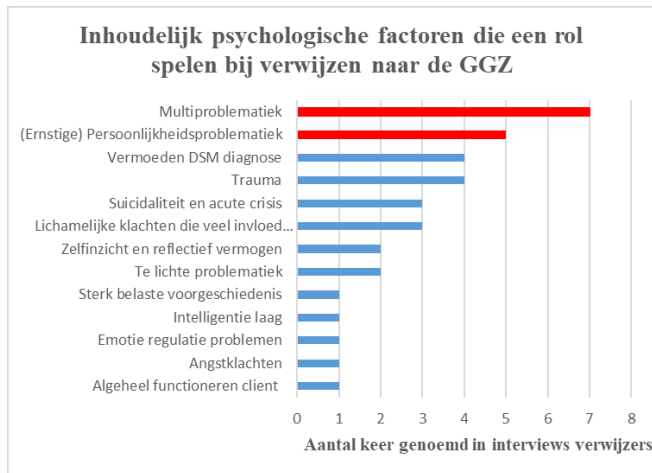


Behandelproces factoren als reden voor afwijzing zorgvraag bij Perspectief uit open vragen.



Rand voorwaardelijke factoren als reden voor afwijzing zorgvraag bij Perspectief uit open vragen

C.2. Meest genoemde factoren door verwijzers



Inhoudelijke psychologische factoren als reden voor verwijzing naar GGZ uit open vragen.



Behandelproces factoren als reden voor verwijzing naar GGZ uit open vragen.



Rand voorwaardelijke factoren als reden voor verwijzing naar GGZ uit open vragen.

C.3. Analyse experiment beslismodel

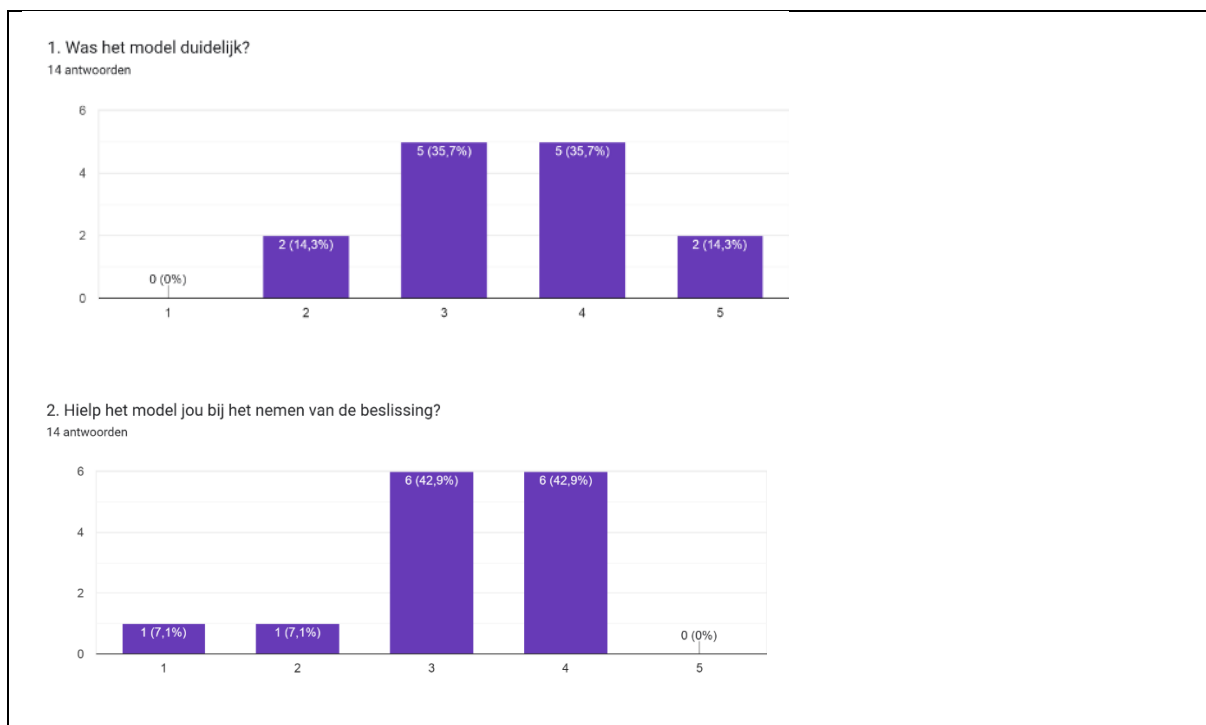
Trial	Consultatie	Niet bij Perspectief		In zorg bij Perspectief	Opmerking
		Intensievere zorg	Geen zorg		
1	38584197	Ja			
2	38584343	Ja			
3	38584331	Ja			Is autisme problematiek achterliggend?
4	38584296	Ja			
5	38584236	Ja			Op basis van gebrek aan informatie. Is het een herhaling van trauma/mishandeling/misbruik?
6	38584118	Ja			Mw. is al langer bekend en heeft zelf aangegeven weer welkom te zijn. Klopt dit en/ of past dit bij haar huidige situatie? Mogelijk heeft ze opnieuw psychologische ondersteuning nodig.
7	38584049	Ja			
8	38584026	Ja			Surmenage
1	38584302			Geen diagnose	
2	38584217			Geen diagnose	Casus no. 3 Ik kan op basis van deze info geen uitspraak doen over vermoeden DSM-stoornis. Ik vermoed dat er sprake is van stress gerelateerde klachten, maar hierbij denk ik niet direct aan (bijv.) PTSS omdat er behalve het A-criterium geen info is over de overige criteria van PTSS. Op basis van alléén lichamelijke klachten zou ik niet verwijzen maar eerst meer info verzamelen en/of eerst zelf starten met behandelen.
3	38584047			Geen diagnose	Vooraf life events eerst even verder uitzoeken en in de tussentijd kijken hoe hij met paniek aanval om kan gaan en werk/studie weer op kan pakken
4	38584101			Geen diagnose	
5	38584117			Geen vergoede diagnose: aanpassing/verwerkingsprobl	Er is nog te weinig kennis over de ernst vd somberheid en/of paniek
6	38584143			Geen diagnose	Soc. team of POH-GGZ event. voor begeleiding bij psychosociale omstandigheden
7	38584136			Geen diagnose	Me basierend op de beperkte informatie: vermoed ik dat er sprake is van overspannenheid (aanpassingsstoornis). Ik zou meer willen uitvragen m.n. op depressieve klachten of evt. consultatie via RCD maar nog niet direct verwijzen.
8	38584234			Geen vergoede diagnose: aanpassing/verwerkingsprobl	
9	38584392			Geen diagnose	
10	38584447			Geen diagnose	Ik denk mediator voor werk. Casus nr. 7
1	38584526		Trauma + MP		Onduidelijk of sociaal team al is ingezet voor relatiegedeelte vd problematiek.

						Wel goede vraag om in verwijsmodel op te nemen!
2	38584354		Persoonlijkheidsproblematiek			Mentaal gezondheidscentrum of deeltijdbehandeling; vaak afwijzing door topggz, kan pt tussen wal en schip vallen
3	38584271		Stemming, maar niet naar de praktijk kunnen komen.			
4	38584240		Somatoform (ja op lichamelijke klachten die veel invloed hebben op pt)			
5	38584230		Stemming, urgentie zeer hoog			
6	38584225		Somatoform (ja op lichamelijke klachten die veel invloed hebben op pt)			
7	38584126		Stemming en acute crisis			
8	38584123		Stemming en acute crisis			Bij suïcidaliteit zou onderverdeling goed zijn, wel/ geen plannen etc.
9	38584186		Stemming en ernstige persoonlijkheidsproblematiek			
10	38584190		Somatoform (ja op lichamelijke klachten die veel invloed hebben op pt)			
11	38584382		Stemming, heeft niet voldoende aan 1 uur per week			
12	38584395		Trauma + MP			
13	38584407		ADHD + ernstige persoonlijkheidsproblematiek			
14	38584423		Stemming en ernstige persoonlijkheidsproblematiek			
15	38584468		Trauma + MP			
16	38584473		ADHD + ernstige persoonlijkheidsproblematiek			
17	38584476		Verslavingsproblematiek			
18	38584508		Trauma, heeft niet voldoende aan 1 uur per week			
1	38584287		Persoonlijkheidsproblemen en stemming (niet doorgeklikt)			
2	38584286		Persoonlijkheidsproblemen (niet doorgeklikt)			
3	38584256		Persoonlijkheidsproblemen (niet doorgeklikt)			
4	38584183		Persoonlijkheidsproblemen (niet doorgeklikt)			
5	38584127		Persoonlijkheidsproblemen (niet doorgeklikt)			
6	38584111		Persoonlijkheidsproblemen (niet doorgeklikt)			
7	38584110		Persoonlijkheidsproblemen (niet doorgeklikt)			
43	38584379		Zie opmerking:		Trauma	Meervoudig complex toegevoegd en in vraag is dat met nee beantwoord
1	38584269				Trauma	
2	38584248				Stemming, urgentie hoog	
3	38584140				Trauma	
4	38584036				Stemming	Vraag klopt niet: Heeft iemand één of meer behandelingen in de GGZ gehad en het is de verwachting dat een volgende behandeling nog iets kan toevoegen?
5	38584351				Stemmingsklachten	

6	38584390				Trauma, urgentie middel	
7	38584418				Stemming, urgentie middel	
8	38584428				Stemming, urgentie hoog	
9	38584514				ADHD, urgentie hoog	
1	38584281				Persoonlijkheidsproblematiek (niet doorgeklikt)	Casus no. 5 Vermoeden Persoonlijkheidsproblematiek DD (complexe) PTSS DD problemen impulscontrole. Ik zou wel overleg willen om te differentiëren tussen verwijzen naar GB- of S-GGZ.
2	38584232				Angstklachten (niet doorgeklikt)	
3	38584203				Angstklachten (niet doorgeklikt)	
	Totaal: 56	8x eerst consultatie (i.p.v. direct verwijzen)	18 x verwijzen zwaardere zorg, 7x fout in systeem (vermoedelijk ook zwaardere zorg)	10 keer geen diagnose	9 keer in zorg bij Perspectief + 3 (fout in systeem)	

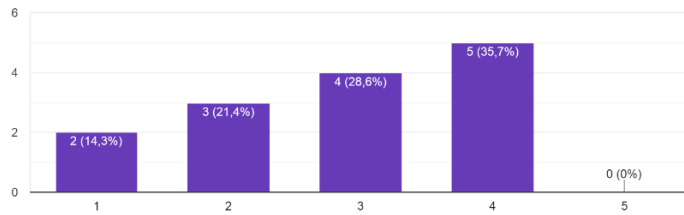
Analyse trials beslismodel uit experiment.

C.4. Antwoorden op evaluatievragenlijst experiment



3a. Leidt het gebruik van het model tot een andere beslissing (dan je had verwacht)?

14 antwoorden



3b. Hoe leidde het gebruik van het model tot een andere beslissing? 10 antwoorden

N.v.t.

Advies was anders dan zelf bedacht

Tot opties waar ik zelf niet aan had gedacht.

Meer RCD-overleg

Uitgebreider aanbod zorgaanstellingen + mogelijkheden

Het was me niet duidelijk

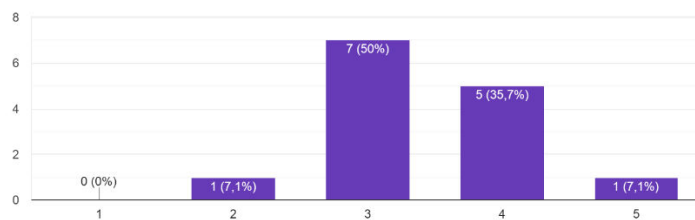
Bepaalde eisen worden getoetst wat ik zelf misschien over het hoofd zie

Toch meer specificeren of sociaal domein nog iets zou moeten betekenen

Zie het antwoord formulier

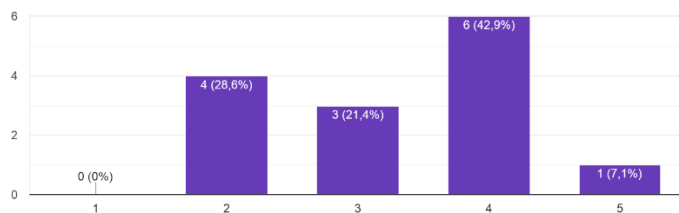
4. Leidt het gebruik van het model tot herleidbare (transparante) beslissingen?

14 antwoorden



5a. Zitten er vragen in het model die gewoonlijk niet bij beslissingen wordt meegenomen?

14 antwoorden



5b. Zo ja, welke vragen zitten er in het model die gewoonlijk niet bij beslissingen worden meegenomen? 9

antwoorden.

Complexiteit, Multi probleem, leerbaarheid

Ik heb in het beslismodel geen vervolgvragen gekregen.

De urgentie, de leerbaarheid van de persoon, is iemand mobiel.

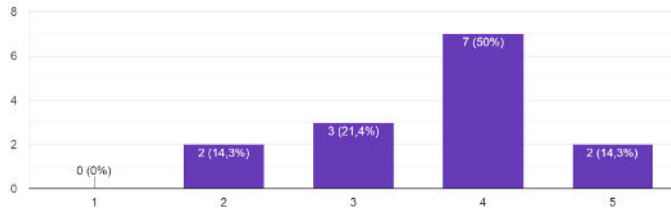
Beschikbare tijd, complex trauma, kan therapie nog wat toevoegen na eerdere behandelingen.

Over persoonlijkheid

Meervoudige problematiek, complexiteit + somatiek conversie
 Met name over Multi problematiek, waarbij uiteindelijk ST een betere optie is
 Dynamiek met de patiënt
 Weet ik helaas niet meer

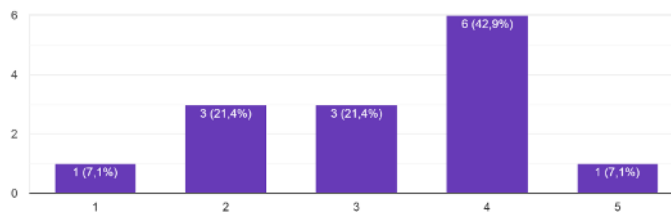
6. Hoe tevreden ben je met de uiteindelijke beslissing?

14 antwoorden



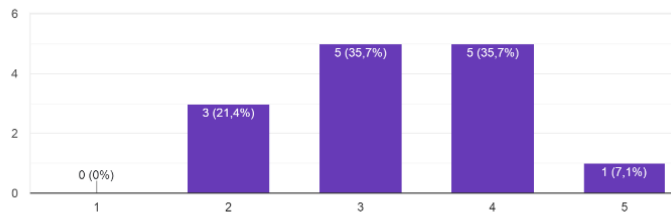
7. Hielp het model jou om beter zicht te krijgen op mogelijke verwijsopties in de GGZ?

14 antwoorden



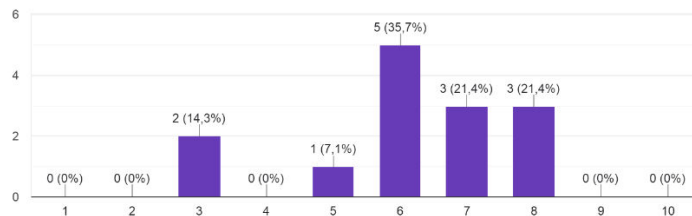
8. Zou je het model een volgende keer willen gebruiken?

14 antwoorden



9. Welk cijfer geef je het gebruik van het model?

14 antwoorden



10. Heb je nog aanvullende opmerkingen of ideeën met betrekking tot het model? 6 antwoorden

Doordat ik geen vervolgvragen kreeg kan ik niet zeggen of het mij in andere cases (wel) zou kunnen ondersteunen of tot andere conclusies zou leiden. Ik ben wel benieuwd en wil het zeker gebruiken in gevallen dat ik zelf twijfel. Meerdere DSM-diagnoses kunnen aanvinken.

Nee.

Ja/nee model fijn maar vragen ons af of er geen gerelateerde klachten gemist worden bv stemmingsklachten bipolair en geen borderline of andere opties. Zo zijn er soms meer vertakkingen mogelijk met dezelfde kenmerken.

Nu nog te veel fouten in het model om het goed te kunnen beoordelen. Ook vanaf casuïstiek met niet genoeg kennis lastig om te doen. Verder bestaat er bij ons geen mentaal gezondheidscentrum en valt werkzaamheid ervan in realiteit dikwijls tegen (minder samenwerking dan voorgespiegeld tussen therapeut en ggz).

Super dat je dit ontwikkelt! Leuk dat de knelpunten nu boven komen.