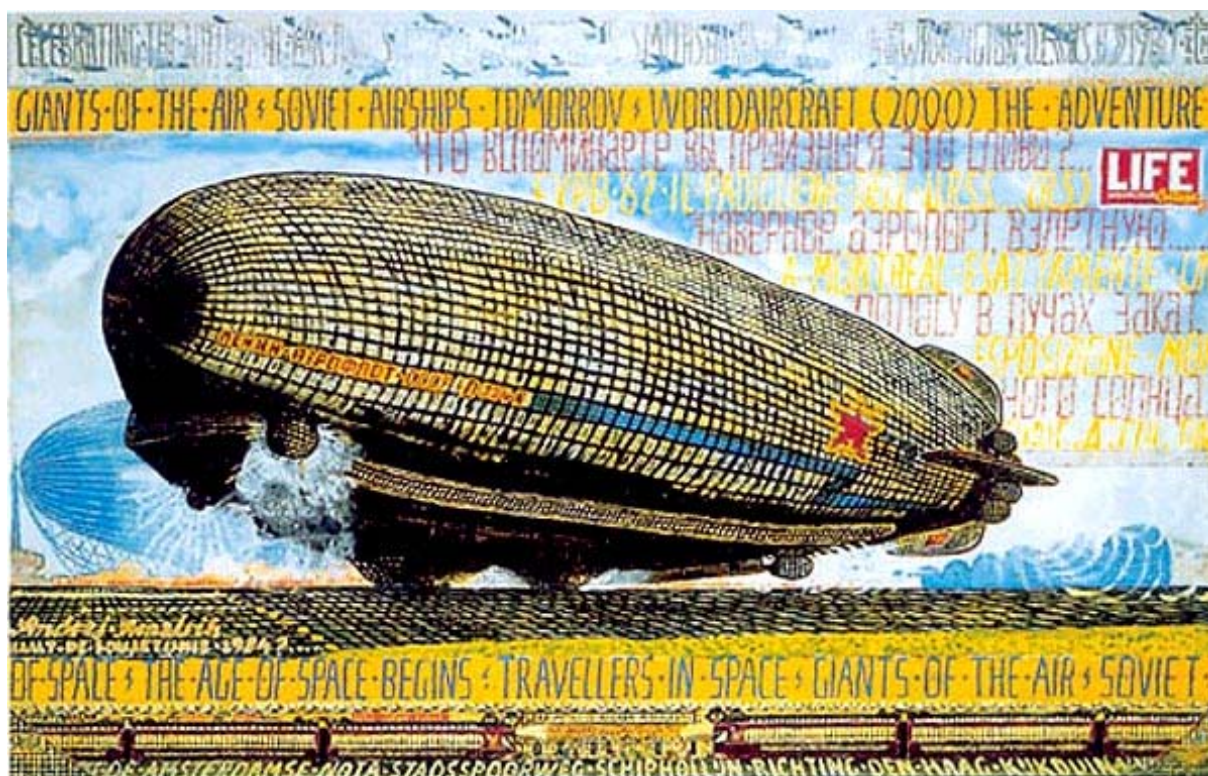


Patiënt, professional of instelling langs de meetlat?



Toekomstverkennd onderzoek naar effecten van prestatie-indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland

G.C.J. Lafeber
Studentnummer: 195895
Doctoraalscriptie Bestuurskunde
Erasmus Universiteit Rotterdam
Begeleidende Commissie:
dr. V.M.F. Homburg
mevr. dr. S. van Thiel
mevr. drs. A.C. van Es

Voorwoord

Het schrijven van een scriptie betekent de afronding van een academische opleiding. In mijn geval de afronding van mijn studie Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit. Een studie waar ik met genoegen op terugkijk, een studietijd waarin ik veel heb geleerd, door schade en schande zelfs wat wijzer ben geworden.

In deze scriptie wordt een onderzoek beschreven in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, voor bestuurskundigen een niet-alledaagse omgeving. Ondanks dat een scriptie één auteur heeft, zijn er mensen en instellingen die hebben bijgedragen aan het totstandkomen van een onderzoek en scriptie, zonder wie het misschien nooit zover had kunnen komen.

De mogelijkheid om stage te lopen in deze sector is mede gecreëerd door Andrée van Es, waarvoor hartelijke dank. Tevens gaat dank naar haar uit om de bereidheid als derde lezer op te treden en daarmee een expert uit de sector toe te voegen aan de commissie. De stageplaats bij GGZ Nederland in Amersfoort heeft mij de mogelijkheid gegeven om me in deze sector te verdiepen en het onderliggende onderzoek uit te voeren. Bij het verdiepen in de sector hebben enkele collega's bij GGZ Nederland regelmatig feedback gegeven, stukken aangereikt die ik toch vooral moest lezen en mijn stukken meegelezen en voorzien van commentaar. Petra Blom, Marloes van Es, Eta Mulder en andere collega's: heel erg bedankt voor jullie tijd en energie!

Niet alleen van achter een bureau in Amersfoort en in Rotterdam heeft verdieping plaats gevonden, maar ook door meeloopdagen bij Altrecht in Den Dolder en DeltaBouman in Rotterdam hebben bijgedragen aan kennis en inzicht hoe de dagelijkse praktijk in de geestelijke gezondheidszorg reilt en zeilt. Iris Peek, behandelcoördinator bij Altrecht, heeft mij laten zien hoe de dagelijkse praktijk in de GGZ er uit ziet en wat werken in de GGZ inhoudt. Dit geldt niet alleen voor ziektebeelden en behandelingen maar ook hoe registratiesystemen en inschalingssystemen als GAF-scores, Honos en CGAS-scores bij Altrecht werken en hoe de dagelijkse omgang met patiënten indrukken achterlaat. Het team Psychiatrie en Sonja Kusters van DeltaBouman aan de Prins Constantijnweg hebben de mogelijkheid geboden om een dag deel uit te maken van hun team. Dit team werkt met langdurig drugsverslaafden met een psychiatrische stoornis. Deel uitmaken van een team als dit, ook al is het maar heel kort, is indrukwekkend. De afspraken die gemaakt zijn over het naar buiten brengen van informatie laten geen verdere toelichting toe.

Naast mensen in de sector is een eerste begeleider een cruciaal persoon in het schrijven van een scriptie, Vincent Homburg bedankt voor het af en toe opleggen van de tijdsdruk, de commentaren op stukken en de aangedragen ideeën. Ook Sandra van Thiel, de tweede lezer, wil ik bij deze bedanken voor de door haar genomen tijd om mijn scriptie kritisch te lezen en haar bevindingen over te brengen.

De maanden waarin dit onderzoek is verricht en de scriptie is geschreven heeft een aantal vrienden met raad en daad bijgestaan. Bibi, bedankt voor je hulp met SPSS en Excel. Peter, de tijd waarin het boek en onze publicatie tot stand zijn gekomen heb ik veel van je geleerd. Dit heeft het schrijven van de scriptie in het begin wel eens in de weg gezeten. Hoe verder de scriptie vorderde hoe meer profijt ik er van heb gehad. Peter en Esther bedankt voor commentaren, meedenken en de ontspannen avonden in Locus. Deze avonden gaven nieuwe ideeën, inzichten en energie om de volgende morgen weer keihard door te gaan.

Hoe bedank je twee mensen die al je hele leven bijdragen, je opvoeden, je studie betalen, je motiveren en van weerwoord voorzien, je opvangen als het niet voor de wind gaat en alles wat ik nu vergeet, kortom wiens kind je bent?

Guido Lafeber

Rotterdam, november 2005

Inhoudsopgave

VOORWOORD	1
INHOUDSOPGAVE	3
1 INLEIDING	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Doelstelling.....	7
1.3 Deelvragen.....	7
1.4 Relevantie	8
1.5 Leeswijzer	9
2 PRESTATIE-INDICATOREN EN KWALITEIT VAN ZORG IN DE GGZ	11
2.1 Zuinig, zinnig en zuiver.....	11
2.2 Inhoud van de indicatoren	12
2.3 Conclusie	14
3 PRESTATIES EN HUN INDICATOREN	17
3.1 Prestatie-indicatoren, wat zijn het nu?	17
3.2 Prestatie-indicatoren in omstandigheden?	21
3.3 Doelen van prestatie-indicatoren	23
3.4 Intern en extern gebruik.....	23
3.4.1 EXTERNE INDICATOREN.....	24
3.4.2 VERANTWOORDELIJK EN VERANTWOORDEN	25
3.4.3 TRANSPARANTIE.....	25
3.5 Effecten van prestatiemeting	26
3.5.1 ALTERNATIEVE EFFECTEN OP KORTE TERMIJN	26
3.5.2 TWEDE PRESTATIEPARADOX.....	34
3.6 Resumé.....	35
4 METHODOLOGISCHE KEUZES VOOR EEN TOEKOMSTGERICHT ONDERZOEK	37
4.1 Sterke kanten van scenario's	38
4.2 Toepassing van scenariomethode	39
4.3 Kennis uit experts	40
4.4 Selectie experts en scenario's.....	42
4.5 Relativeringen Scenariomethode	43
4.6 Resumé.....	45
5 ANALYSE	47
5.1 Inleiding.....	47
5.2 Scenario's.....	48
5.3 Werkwijze expertraadpleging	52
5.4 Resultaten van de eerste ronde	53
5.4.1 WENSELIJKHEID	53
5.4.2 WAARSCHIJNLIJKHEID.....	56
5.4.3 SUBSECTOREN EN ALGEMENE OPMERKINGEN	59
5.4.4 REFLECTIE.....	60
5.5 Tweede ronde.....	63
5.5.1 SCENARIO'S IN TWEDE RONDE.....	63
5.5.2 RESULTATEN TWEDE RONDE	67
5.5.3 REFLECTIE.....	70
5.6 Conclusie	70
6 CONCLUSIE	75
6.1 Inleiding.....	75
6.2 Recapitulatie van het onderzoeksdesign	75
6.3 Deelvragen en deelantwoorden	76
6.4 Beantwoording van de vraagstelling	79
6.5 Reflectie: Dilemma's en uitdagingen van prestatie-indicatoren in de GGZ.....	80

6.6	<i>Verder onderzoek</i>	81
	LITERATUURVERANTWOORDING	83
	GEBRUIKTE WEBSITES	85
	BIJLAGE 1	87

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het gebruik van prestatiemeting en prestatie-indicatoren neemt hand over hand toe in de publieke sector. Steeds meer onderdelen van de publieke sector leggen nadruk op het meten van prestaties. Daarbij wordt tevens steeds meer aandacht, tijd en geld uitgegeven aan prestatiemeting en evaluaties (Van Thiel en De Leeuw, 2005; pp. 123-4, Knaap; 2000). Een van de ideeën achter het meten van prestaties is dat daardoor de prestaties verbeteren. Door prestatiemeting kan duidelijk worden gemaakt welke gevolgen een interventie in een proces heeft, welke efficiencyslag gemaakt is. Daarnaast kan prestatiemeting ook worden gebruikt om verantwoording af te leggen over de inzet van middelen en de daarmee bereikte effecten, organisaties kunnen leren van elkaars prestaties, maar ook het vormen van een oordeel is mogelijk aan de hand van prestatiemeting (De Bruijn, 2001; pp. 15-7). In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ) gaat prestatiemeting ook toegepast worden. Het meten van prestaties gebeurt op een aantal terreinen in de GGZ, met name op onderdelen van bedrijfsvoering. Echter een aspect waar nog vrijwel niet op wordt gemeten is de kwaliteit van zorg. De kwaliteit van zorg is het volgende aspect waarvoor prestatie-indicatoren worden ontwikkeld. Hiertoe is de brancheorganisatie GGZ Nederland bezig om voor haar leden een set te ontwerpen die de kwaliteit van de door instellingen geleverde zorg kan meten. Daarbij is het de bedoeling dat de set naast het meten van de kwaliteit van zorg ook een administratieve lastenvermindering met zich meebrengt. Deze vermindering van administratieve druk moet worden bereikt doordat alle toezichthouders gebruik maken van dezelfde indicatoren.

“Het uitgangspunt van GGZ Nederland is om te komen tot zuinige (zo beperkt mogelijk), zinnige en zuivere verantwoording. De inspanning daartoe is gericht op het realiseren van optimale inhoudelijke afstemming van de informatievragen, stroomlijning van het proces en beperking van (administratieve) lastendruk. In de toekomst moeten instellingen jaarlijks eenmalig hun verantwoordingsinformatie kunnen aanleveren. GGZ Nederland is initiator in de ontwikkeling van de indicatoren (welke indicatoren en met welke instrumenten te meten), het richten van de informatiestroom (aan wie te leveren) en de borging van de ontwikkelde indicatoren. De prestatie-indicatoren vormen voor GGZ Nederland een vertrekpunt waarmee zij de belangen behartigt van haar leden in de onderhandelingen met publieke toezichthouders en landelijke stakeholders.” (brief bestuur GGZ Nederland, 10

mei 2005) De aangegeven redenen om prestatie-indicatoren in de voeren leggen met name nadruk op de positieve effecten.

Echter, het meten van prestaties levert niet altijd de gewenste verbetering op. Door prestatiemeting kunnen ook negatieve effecten ontstaan (Van Thiel en De Leeuw; 2005), De Bruijn; 2001). Een paar voorbeelden¹ van deze effecten van prestatiemeting zijn strategisch gedrag, vervreemding/verdrijven van professionele waarden en normen, fraude (De Bruijn; 2001), tunnelvisie, indicator-optimalisatie (Van Thiel en De Leeuw 2005) Ziekte van Mandelbrot (Bouckaert; G. W. Balk; 1991).

In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is een aantal instanties² dat informatie vraagt aan instellingen. Deze informatievragende organisaties zijn bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorg Autoriteit in oprichting, het Centraal Bureau voor de Statistiek³. De set prestatie-indicatoren heeft niet alleen tot doel om kwaliteit te meten in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg maar ook om al deze informatievragen aan instellingen via deze éne set aan indicatoren te beantwoorden.

Op dit moment is nog niet duidelijk welke gevolgen zullen optreden na de invoering van prestatie-indicatoren die de kwaliteit van zorg gaan meten. In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zijn geen binnenlandse voorbeelden voorhanden die aan kunnen geven welke effecten zullen optreden. Ook buitenlandse voorbeelden van prestatiemeting in de geestelijke gezondheidszorg zijn niet of nauwelijks onderzocht op de effecten die prestatiemeting zal hebben, heeft of heeft gehad Crommentuyn (2003). Deze onduidelijkheid is mede te verklaren uit het feit dat de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg niet of onvoldoende zijn te vergelijken met sectoren waar reeds meer bekend is over de effecten van prestatiemeting en –indicatoren. Een voorbeeld van sectoren die dicht bij de GGZ en verslavingszorg lijken te liggen zijn klinische of somatische gezondheidszorg. In de somatisch klinische zorg wordt gewerkt met prestatie-indicatoren, maar het karakter van de beide sectoren is dusdanig verschillend dat effecten in de GGZ niet gelijk hoeven te zijn aan die in andere velden van de gezondheidszorg. De GGZ-sector in het buitenland is daarbij niet zo ver met het invoeren van prestatiemeting en –indicatoren dat in evaluaties kan worden aangegeven welke, van de

¹ De genoemde voorbeelden zullen uitgebreid worden behandeld in hoofdstuk 3. Voor nu volstaat en korte benoeming van een aantal mogelijke negatieve effecten van prestatiemeting.

² Deze instanties worden vaak stakeholders genoemd.

³ Voor een uitgebreidere beschrijving van welke instanties de sector bevragen op bepaalde gegevens wordt verwezen naar het rapport van PriceWaterhouseCoopers.

hierboven bedoelde effecten, zich hebben voorgedaan. In Canada wordt gewerkt met een sterrenstelsel (Crommentuyn; 2003).

Daarbij is het dan nog maar de vraag of de sectoren wel echt vergelijkbaar kunnen worden.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het specificeren wat toekomstige ontwikkelingen in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg kunnen zijn als gevolg van invoering van de prestatie-indicatoren voor kwaliteit van zorg. Het specificeren van deze potentiële effecten heeft plaats voorafgaand aan de invoering en definitieve besluitvorming over de vorm en inhoud van de prestatie-indicatoren. Het doel van het inventariseren van potentiële effecten in dit vroege stadium is dat in de verdere procedure van beleids- en besluitvorming rekening kan worden gehouden met deze effecten. Waar wenselijk kunnen deze effecten mogelijk worden beheerst, verminderd of bewust worden gebruikt.

Aangezien de verwachte effecten van prestatie-indicatoren in de GGZ niet op basis van ander onderzoek, literatuur of ervaringen in andere (vergelijkbare) sectoren kunnen worden gebaseerd, wordt een toekomstverkenning onderzoek in de GGZ en aangrenzende omgeving gedaan.

In dit onderzoek wordt niet alleen gekeken naar wat prestatie-indicatoren zijn en waarom prestatie-indicatoren worden ingezet. Dit onderzoek moet inzicht geven in welke effecten van de invoering van prestatie-indicatoren op kunnen treden. De effecten voor de Geestelijke Gezondheidszorg en de Verslavingszorg zijn niet duidelijk op voorhand aan te geven.

De centrale vraag in dit onderzoek luidt dan ook:

Welke effecten voor het meten van prestaties kunnen verwacht worden ten gevolge van het invoeren van prestatie—indicatoren die worden ontwikkeld door GGZ Nederland?

1.3 Deelvragen

Het beantwoorden van de centrale vraag wordt opgesplitst in een aantal onderdelen.

Allereerst wordt gekeken naar wat de set prestatie-indicatoren kwaliteit van zorg inhoudt.

De eerste deelvraag luidt dan ook: *wat zijn de indicatoren waarmee kwaliteit van zorg gemeten zal gaan worden?*

Na het bekijken van deze set wordt gekeken naar wat theoretische effecten kunnen zijn die prestatiemeting met zich mee zou kunnen brengen. Deze theoretische verkenning vormt het kader dat ten grondslag ligt aan de inventarisatie welke effecten in de GGZ denkbaar kunnen zijn. De tweede deelvraag luidt: *Welke effecten kunnen in theorie optreden als gevolg van invoering van prestatiemeting?*

Het derde onderdeel dat uit de centrale vraag naar voren komt is de specificatie die gemaakt moet worden van algemene theoretische effecten naar specifieke effecten die in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg optreden. Deze theoretische verkenning moet worden omgezet naar effecten die te verwachten zijn in de empirische situatie van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. De derde deelvraag luidt dan ook: *Op welke wijze kunnen effecten van prestatie-indicatoren worden vastgesteld?* Daarbij wordt in het vizier gehouden hoe een onderzoeksmethode bijdraagt aan het omzetten van theoretische effecten naar een verwachtingspatroon, wat in de toekomst zal kunnen gaan plaats vinden.

Na een verkenning van theoretische effecten en het kiezen van een methode van onderzoek komt het doen van het eigenlijke onderzoek aan de orde. *Welke effecten van invoeren van prestatie-indicatoren kunnen worden ingeschat?* De laatste onderzoeksvraag is een resumé van de bovenstaande vragen waarin conclusies worden getrokken over welke effecten kunnen worden verwacht als gevolg van de invoering van de set van prestatie-indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

1.4 Relevantie

Een van de redenen waarom dit onderzoek wordt uitgevoerd is niet alleen het achterhalen van welke effecten zouden kunnen optreden als prestatie-indicatoren worden ingevoerd.

Door het bewust worden dat er bepaalde effecten op kunnen treden als gevolg van prestatiemeting kan rekening worden gehouden met het optreden van deze effecten.

Bewustwording over mogelijke effecten kan leiden tot het verminderen van effecten die als negatief kunnen worden gezien en benutting van positieve effecten. Zowel sector, imago van de sector als cliënten zouden hiervan vruchten kunnen plukken.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt met name in het toekomstverkennde karakter. De theoretische invalshoek levert een bundeling op van verschillende beschrijvingen van alternatieve effecten van het gebruik van prestatie-indicatoren. Het onderzoek naar welke effecten optreden in de toekomst vereist een minder gebruikelijke onderzoeksmethode. Juist door de inzet van deze methode, gecombineerd

met de te specificeren effecten kan een zeer interessant kader worden vorm gegeven voor confrontaties waarin voorspelde en werkelijk opgetreden effecten elkaar kunnen treffen. Op basis van deze studie kan worden aangeven welke effecten verwacht worden, na invoering van de prestatie-indicatoren kan aan de hand van deze studie worden bekeken welke effecten zijn opgetreden en welke effecten zich niet hebben voorgedaan.

1.5 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk worden de prestatie-indicatoren waar dit onderzoek om draait kort toegelicht. Daarbij komt aan de orde welke argumenten er zijn aangedragen om een dergelijke set te ontwikkelen en welke onderdelen van de productie in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden in deze set gemeten? Het derde hoofdstuk gaat in op wat prestatie-indicatoren zijn en welke effecten het meten van prestaties met zich mee zouden kunnen brengen.

In het vierde hoofdstuk, methodologische keuzes voor een toekomstgericht onderzoek, wordt de methode van onderzoek nader beschreven. De keuzes voor het interview in combinatie met email worden hier nader toegelicht.

Hoofdstuk vijf geeft ene beknopte beschrijving van de scenario's die zijn gebruikt in de eerste ronde van het Delphi-onderzoek en welke confrontaties in de tweede ronde (de emailronde) zijn gebruikt om reacties van respondenten los te krijgen. De manier van presenteren van de scenario's en wijze van gebruik volgen uit het derde hoofdstuk. Naast de samenvatting van gebruikte scenario's worden in hoofdstuk vijf de reacties van de respondenten in beide ronden geanalyseerd.

In hoofdstuk zes worden de conclusies geformuleerd en aanbevelingen gedaan.

2 Prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg in de GGZ

In dit tweede hoofdstuk wordt uiteengezet wat de prestatie-indicatoren zijn, wat zij inhouden en wat er mee gepoogd wordt te bereiken. Dit hoofdstuk levert het antwoord op de eerste deelvraag, te weten wat de indicatoren zijn waarmee kwaliteit van zorg gemeten zal gaan worden. Daartoe zal in de eerste paragraaf een indicatie worden gegeven waar deze indicatoren hun functie gaan vervullen. De tweede paragraaf gaat in op wat de indicatoren inhouden en hoe zij gepresenteerd worden.

2.1 Zuinig, zinnig en zuiver

Het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aanbesteding gedaan om een “Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording” op te laten stellen. Dit jaardocument richt zich op “ondernemingen die een beroep doen op collectieve middelen, zoals zorginstellingen, om te laten zien wat zij hebben gepresteerd. De maatschappij heeft het recht te weten hoe de belastinggelden en premies besteed worden. Daarnaast staan zorginstellingen door hun werkzaamheden midden in de samenleving en zijn er tal van geïnteresseerden. Voorbeelden hiervan zijn; de cliënten en hun vertegenwoordigers, medewerkers, omwonenden, doorverwijzende instanties, financiers en de overheid.” (brochure Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg, 2005)

Dit jaardocument moet een vereenvoudiging en een uniformering worden van jaarlijkse verantwoording door zorginstellingen. Deze modernisering van de jaarverslaglegging heeft naast uniformering en vereenvoudiging nog een aantal doelen; het informeren van (potentiële) patiënten/cliënten en de samenleving, het reduceren van de administratieve lasten van het totale verantwoordingscircuit zoals die nu bestaat voor instellingen in de care sector. (Ministerie VWS, z.j.; p. 1) In het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg komt een onderdeel voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. De set prestatie-indicatoren van GGZ Nederland gaat een onderdeel vormen van het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording Zorg.

GGZ Nederland neemt in deze het voortouw om een set kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Er wordt gepoogd om te voorkomen dat “anderen de leiding nemen en de sector op (blijven) zadelen met een veelheid aan niet gestroomlijnde informatievragen.” (notitie Prestatie-indicatoren voor inhoud van zorg, 10 mei 2005; p. 1) De veelheid aan niet gestroomlijnde indicatoren levert een enorme administratieve lastendruk op, voor iedere informatievragende instantie een eigen set indicatoren die één of meerdere keren per jaar

moeten worden aangeleverd. (PriceWaterhouseCoopers, 2005). De invoering van een uniforme set prestatie-indicatoren over de kwaliteit/inhoud van zorg moet deze lastendruk verminderen.

Daarnaast vraagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in toenemende mate om “inzicht in prestaties, kwaliteit en maatschappelijke effecten van zorg.” (notitie Prestatie-indicatoren voor inhoud van zorg, 10 mei 2005; p. 1) Aan deze vraag moet binnen afzienbare tijd ook de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg gaan voldoen. Dit inzicht in prestaties, kwaliteit en maatschappelijke effecten van zorg zou in deze set prestatie-indicatoren kunnen worden meegenomen.

Een ander argument is de vraag vanuit overheid en cliëntenorganisaties aan de ggz en verslavingszorg om gerichte informatie te gaan verschaffen op basis waarvan cliënten hun keuze kunnen maken voor een bepaald zorgaanbod. Een onderdeel van dit voornemen is www.kiesbeter.nl.

Er treedt daarnaast nog een andere informatie vraag op. Invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en marktwerking in de GGZ en verslavingszorg zorgt voor een vraag vanuit zorgverzekeraars naar informatie waarmee zij inzicht kunnen krijgen in welke kwaliteit van zorg hun verzekerden ontvangen. (notitie Prestatie-indicatoren voor inhoud van zorg, 10 mei 2005; p. 1)

De opsomming van bovengenoemde onderdelen heeft bijgedragen aan het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de kwaliteit van zorg voor GGZ Nederland. De set die is ontwikkeld (en nog steeds in ontwikkeling is) legt de nadruk op “het afleggen van maatschappelijke verantwoording en zullen dan ook onderdeel uitmaken van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De indicatoren zullen ook voor intern kwaliteitsbeleid relevant zijn, maar daarvoor zullen (ook) meer specifieke maten nodig zijn” (GGZ Nederland, 2005)

2.2 Inhoud van de indicatoren

De ontwikkeling van de prestatie-indicatoren die de kwaliteit van de zorg moeten meten, zijn onderverdeeld in zes onderwerpen; Effectiviteit van zorg, Patiëntgerichtheid, Patiëntveiligheid, Kwaliteitsborging, Bedrijfsmatige indicatoren en Medewerkertevredenheid (GGZ Nederland, 2005). Een beschrijving van een indicator over de inhoud/kwaliteit van zorg is opgebouwd rond verschillende vragen. Het is van belang waarom voor deze indicator is gekozen, wat zijn de stakeholders die belang hebben bij de informatie, wat is de relatie met het HKZ traject, wat is de vraagstelling, welk instrument

wordt gebruikt om de indicator te meten, en is deze informatie reeds te leveren? In onderstaand figuur is een prestatie-indicator weergegeven zoals deze is ontwikkeld door GGZ Nederland.

Verandering in maatschappelijk functioneren van de patiënt

Vraagstelling	Het percentage patiënten, naar diagnosegroep, dat bij voor- en nameting met de GAF of CGAS: <ul style="list-style-type: none"> - is verbeterd - is gestabiliseerd - is verslechterd
Meetinstrument	GAF en C-GAS Normering over wanneer sprake is van verbetering zal per diagnosegroep verschillen. Door naar diagnosegroep te rapporteren wordt de norm in de toekomst helderder.
Informatiebron	DIS (DBC-informatiesysteem) / Zorgis
Technische instructie	<p><u>Algemeen:</u> Meting 1 en 3 kunnen een voor- en nameting zijn rondom een behandeling, maar ook een periodieke meting bij langdurig zorgafhankelijke patiënten. (In het DIS is sprake van 3 meetmomenten met de GAF: meting 1 bij opening van de DBC, meting 2 is de hoogste GAF in het afgelopen jaar, en meting 3 is de GAF bij afsluiting van de DBC)</p> <p><u>Teller I</u> Het totale aantal patiënten per diagnosegroep* waar bij tussen meting 1 en meting 3 met GAF of C-GAS <i>verbetering</i> geconstateerd wordt.</p> <p><u>Teller II</u> Het totale aantal patiënten per diagnosegroep waar bij tussen meting 1 en meting 3 met GAF of C-GAS <i>stabilisatie</i> geconstateerd wordt.</p> <p><u>Teller III</u> Het totale aantal patiënten per diagnosegroep waar bij tussen meting 1 en meting 3 met GAF of C-GAS <i>achteruitgang</i> geconstateerd wordt.</p> <p><u>Noemer (voor alle tellers gelijk):</u> Het totale aantal patiënten van de betreffende diagnosegroep waarbij met de GAF of C-GAS een voor- en nametingen zijn verricht. (Dit zijn alle patiënten waarbij de DBC is afgesloten of patiënten in langdurige zorg waarbij een periodieke meting heeft plaatsgevonden die niet de eerste meting is.)</p> <p>* Er worden de volgende diagnosegroepen onderscheiden (het gaat om de hoofddiagnose van de patiënt):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. psychotische stoornis 2. stemmingsstoornis 3. angst / stressgebonden stoornis 4. persoonlijkheids- / gedragsstoornis 5. cognitieve / organische stoornis 6. stoornis ontwikkeling / gedrag 7. stoornis door alcohol / drugs
Motivering / toelichting	Ondanks discussie over de waarde van de GAF is dit voor dit moment het beste instrument (breed gebruikt en reeds in registratie-informatie). De GAF score is ook bruikbaar voor de langdurige zorg als periodieke meting. Stabilisatie en achteruitgang zijn voor bepaalde diagnosegroepen reële uitkomsten en niet altijd een indicatie van onvoldoende kwaliteit van zorg. Bij de presentatie van de resultaten kunt u deze oorzaken toelichten. De informatiewaarde van deze indicator verhoogt als u deze bijvoorbeeld relateert aan behandelduur.

Figuur 1 Format van een prestatie-indicator GGZ Nederland

Iedere prestatie-indicator is in een zelfde format als het bovenstaande figuur vorm gegeven. De andere indicatoren die door GGZ Nederland zijn ontwikkeld hebben een aantal onderwerpen. In de eerste dimensie Effectiviteit zijn indicatoren aan de orde die meten wat verandering in ernst van de problematiek van de patiënt is, diagnosespecifiek, verandering in kwaliteit van leven van de patiënt (cure), toepassen van de state of art behandelmethoden, rehabilitatie, verandering in kwaliteit van leven van de patiënt (care), zingeving, Beschikbaarheid van cure in de ggz-care, fysieke gezondheid, zorgwekkende zorgmijders in zorg, bereik van preventieactiviteiten. In de dimensie patiëntgerichtheid komen onderwerpen naar voren als Patiënttevredenheid, Patiëntgerichtheid, Vervulling zorgwensen (need fulfillment), Dossiervoering conform de WGBO⁴. In de dimensie patiëntveiligheid zijn indicatoren gemaakt waarin het melden van incidenten, ongewenste seksuele intimiteiten, suïcide, medicatieveiligheid, (beschikbaarheid van informatie), medicatieveiligheid (polyfarmacie), voortijdige beëindiging van de behandeling, toepassen middelen of maatregelen in de zin van de BOPZ, gemiddelde duur van de dwangmaatregel, percentage patiënten dat met toestemming gesepareerd wordt, toepassen dwangbehandeling in de zin van de BOPZ, registratie van beslissingen op basis van BOPZ artikel 40 en onveiligheid door ontbreken van informatie centraal staat. In de vierde dimensie, kwaliteitsborging staan de certificeringen en toepassing van state of the art behandelingsmethoden centraal. In het bedrijfsmatige onderdeel van de indicatoren wordt de duur en doelmatigheid van de behandeling, de wachttijden en continuïteit van de behandeling gemeten. De zesde dimensie meet de tevredenheid van medewerkers in instellingen. In de bijlagen is een schema opgenomen waarin bovenstaande wordt samengevat.

2.3 Conclusie

De prestatie-indicatoren die zijn ontwikkeld door GGZ hebben betrekking op zes dimensies van kwaliteit. Deze dimensies zijn Effectiviteit, Patiëntgerichtheid,

⁴ WGBO: Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst. "Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, verloskundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, orthopedagogen et cetera). Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, hetgeen gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand.

De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO. In de WGBO zijn een aantal spelregels vastgelegd, die voorheen in losse wetten en in rechterlijke uitspraken te vinden waren." (<http://www.hulpgids.nl/wetten/wgbo.htm>)

Patiëntveiligheid, Kwaliteitsborging, Bedrijfsmatige indicatoren en Medewerkertevredenheid. Deze zes dimensies hebben iedere een of meerdere aspecten die door verschillende instrumenten kunnen worden gemeten. Gezamenlijk moeten deze indicatoren een beeld geven van de kwaliteit van instellingen en behandelingen in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg.

In het volgende hoofdstuk zal worden gezien wat in literatuur bekend is over welke effecten prestatie-indicatoren met zich mee kunnen brengen.

3 Prestaties en hun indicatoren

“What gets measured gets done”

(Osborne D. and T. Gaebler; 1992)

Een onderzoek naar prestatie-indicatoren begint met een verkenning wat het begrip inhoudt, een aantal verschillende definities zullen worden behandeld. Verschillen in definiëring kunnen snel leiden tot spraakverwarring en verkeerde interpretaties van wat wordt waargenomen en onderzocht. Deze definities worden kort vergeleken.

Na een beschouwing over welke definitie gebruikt wordt in dit onderzoek, wordt nader ingegaan op in welke omstandigheden prestatiemeting toepasbaar is.

Indicatoren zich kunnen richten op verschillende doelen, waarbij een verkenning plaats vindt van wat de gevolgen van doelen van indicatoren kunnen zijn.

In paragraaf 2.4 wordt verder gegaan op de doelen, hier wordt het verschil tussen indicatoren voor intern en extern gebruik duidelijk gemaakt. Hier komen ook aspecten als verantwoording en transparantie terug in combinatie met de doelen van de indicatoren.

Paragraaf 2.5 geeft aan welke effecten naast de nagestreefde doelen nog meer op kunnen treden. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt een clustering gemaakt van alternatieve effecten die op kunnen treden en het hoofdstuk besluit met de beantwoording van de deelvraag: *Welke effecten kunnen in theorie optreden als gevolg van invoering van prestatiemeting?*

3.1 Prestatie-indicatoren, wat zijn het nu?

In de onderstaande paragraaf wordt een aantal definities behandeld van wat prestatie-indicatoren zijn. Allereerst wordt een definitie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) behandeld, gevolgd door een definitie die wordt gebruikt door ZonMw⁵, De Bruijn (2001) en Prins (1997). Na het wegen van deze definities wordt een synthese gemaakt tot een definitie waarmee in dit onderzoek gewerkt wordt. Een invulling van een definitie van prestatie-indicatoren gericht op de gezondheidszorg wordt gebruikt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren worden gezien als

“onafhankelijk graadmeter voor de kwaliteit van zorgverlening in ziekenhuizen. Prestatie-indicatoren zijn de meetbare aspecten van zorg

⁵ ZonMw is een intermediaire organisatie en staat voor “kennisvermeerdering en vernieuwing van de gezondheidszorg en het gezondheidsonderzoek. ZonMw bestrijkt het hele spectrum van fundamenteel gezondheidsonderzoek tot en met de praktijk van de gezondheidszorg. Als schakel tussen maatschappij en wetenschap stimuleert ZonMw kennis en vernieuwingsprojecten en de bruikbaarheid daarvan voor de praktijk.” (<http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/missie.html>, 14 oktober 2005)

die een aanwijzing geven over de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg.”(Kingma, 2005; p.1)

De definitie van indicatoren zoals gebruikt door de Inspectie geven een aantal gebieden van zorg aan waarover indicatoren zouden moeten rapporteren, te weten kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid. De nadruk ligt echter op het aspect kwaliteit van zorg dat meetbaar gemaakt moet worden en op de externe verantwoording. “Zij zijn daarom belangrijk voor een toezicht dat zich in eerste instantie richt op het bevorderen van veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg. De prestatie-indicatoren zijn ook voor andere partijen van belang: allereerst natuurlijk voor de burger, maar ook voor politiek en beleid, voor de aanbieders van zorg, de ziekenhuizen, en voor de bekostigers van zorg, de zorgverzekeraars.” (Kingma, 2005;p. 1-2) De Inspectie voor de Gezondheidszorg lijkt daarmee alleen de nadruk te willen leggen op extern gebruik van indicatoren. In haar rol van toezichthouder in de gezondheidszorg ligt deze externe gerichtheid.

Voor de interne indicatoren wordt door de Inspectie verwezen naar ZonMw. (Kingma, 2005; p. 8)

ZonMw, een organisatie die zich bezig houdt met gezondheidszorg en medisch onderzoek, heeft een werkdefinitie van (intern gerichte) prestatie-indicatoren ontwikkeld. De definitie is het resultaat van een literatuurstudie en discussierondes binnen ZonMw.

“Van doelstellingen afgeleide parameters die voor alle betrokkenen aanvaardbaar en in de zorgpraktijk meetbaar zijn waarlangs de resultaten van de zorg zichtbaar worden. De indicatoren moeten betrekking hebben op verschillende niveaus in de zorg (patiënt, zorgverlener, afdeling, organisatie, keten/regionaal, landelijk). Zij zullen de domeinen patiëntperspectief, primaire processen, medewerkersperspectief en bedrijfsvoering moeten bestrijken.”(ZonMw, 2002; p. 5)

De nota van ZonMw geeft echter niet aan welke literatuur gebruikt is, of welke onderdelen van de definitie geleend zijn van andere auteurs met welke argumentatie. De definitie van ZonMw heeft als voordeel dat deze is toegespitst op de gezondheidszorg. Daarnaast zijn een viertal domeinen (patiënt, primaire processen, medewerkers en bedrijfsvoering) opgenomen waarop indicatoren zich zouden moeten richten.

De Bruijn gaat er vanuit dat het formuleren van indicatoren in de publieke sector door een overheidsorganisatie wordt gedaan. Zijn definitie van prestatie-indicatoren heeft daarom ook een andere nadruk als deze wordt vergeleken met door ZonMw gehanteerde definitie.

“Een overheid die haar producten heeft gedefinieerd, kan vervolgens de omvang van haar productie voor een bepaalde periode plannen en na afloop van deze periode bepalen welke productie is gerealiseerd. Een overheidsorganisatie kan hierdoor [...] een planningscyclus doorlopen, waarin de prestaties worden gepland, gerealiseerd en gemeten. Vaak gaat dit gepaard met een sterke oriëntatie op doelen. Prestatiemeting dwingt een organisatie doelstellingen te formuleren voor verschillende programma’s waarvoor ze verantwoordelijk is en aan te geven binnen welke termijn de gerealiseerd moeten worden. Voor elk van deze doelen laat ze vervolgens haar ambities zien in prestatie-indicatoren.” (De Bruijn, 2001; pp.16-7)

De Bruijn geeft een duidelijke relatie aan tussen indicatoren voor prestaties en prestatiemeting, indicatoren zijn een middel om prestatiemeting te kunnen uitvoeren. Daarbij geeft De Bruijn aan dat prestatiemeting een aantal verschillende functies kan vervullen, het bevorderen van transparantie, prestatiemeting kan worden ingezet om van elkaar te leren, het is mogelijk om oordelen te baseren op de uitkomsten van een prestatiemeting en ten slotte is het mogelijk om op grond van de prestatiemeting af te rekenen. (De Bruijn, 2001; p. 17) Beide definities geven aan dat de indicatoren een normering zijn van verwachte of na te streven waarden in een proces van prestatiemeting. Het bepalen van normen voor een indicator kan op verschillende manieren worden ingevuld, de betrokkenen kunnen op basis van eigen ambities normen vastleggen, haalbare waarden kunnen echter ook uit literatuur of onderzoek naar voren worden gebracht waar onderzoek naar ‘best practices’ een belangrijk aandeel in heeft. (ZonMw, 2002; p. 5)

Prins (1997) beschrijft prestatiemeting en prestatie-indicatoren vanuit een kringlooperspectief. De doeleinden van de onderneming zijn het startpunt van de kringloop. Om deze doeleinden te behalen worden ondernemingsstrategieën ontwikkeld. “De doeleinden en strategieën vormen het uitgangspunt voor de bepaling van de kritische succesfactoren.”(Prins, 1997; p. 61). Kritische succesfactoren (KSF) worden vervolgens

gedefinieerd als “de activiteiten of activiteitsgebieden, die constante aandacht verdienen doordat ze kritisch zijn voor het bereiken van de ondernemingsdoeleinden” (Prins (1997); p. 62), waardoor niet alleen continuïteit en winstgevendheid, maar ook doeleinden als klanttevredenheid kunnen worden gerekend tot kritische succesfactoren. Op basis van de kritische succesfactoren worden prestatie-indicatoren ontworpen. Deze indicatoren zijn instrumenten om prestatiemeting uit te voeren. “Prestatie-indicatoren zijn als het ware ‘verklikkers’ van veranderingen in de kritische activiteiten en zijn van kritische betekenis voor de KSF’en, gerelateerd aan de ondernemingsdoeleinden. (...) prestatie-indicatoren [hebben, *red*] de volgende eigenschappen:

- a. zij zijn uitgedrukt in kwalitatieve, kwantitatieve of (niet-) financiële grootheden;
- b. zij ‘meten’ activiteiten die voor de organisatie van cruciaal belang zijn;
- c. zij geven tijdige signalen die bijsturing mogelijk maken;
- d. zij kunnen worden gerelateerd aan een verantwoordelijke functionaris en aan KSF’en.” (Prins, 1997; p. 64)

Het uitdrukken van prestaties kan op veel verschillende manieren, kwalitatieve, kwantitatieve of (niet-) financiële grootheden zijn niet de enige aard die van belang is. Prestatie-indicatoren kunnen zowel intern als extern gericht zijn. (Prins, 1997; p. 64, Berg en Schellekens, 2002)

Uit bovenstaande definities en de weging ervan valt op te maken dat iedere definitie een aantal plus- en minpunten heeft. Prins geeft een indicatie van hoe indicatoren inhoudelijk in elkaar steken. Voor dit onderzoek is een zeer inhoudelijke definitie niet van belang. Het gaat niet zozeer om de exacte inhoud, maar om de effecten die kunnen optreden. De definiëring van De Bruijn is in dit opzicht te breed geformuleerd en heeft te weinig raakvlak met de praktijk van waarin de zorg wordt geleverd. Prestatie-indicatoren zoals gedefinieerd door ZonMw en IGZ hebben beiden raakvlak met de sector en gecombineerd leveren zij zowel intern als extern een bruikbaar doel op voor prestatie-indicatoren. Als definitie van prestatie-indicatoren wordt dan ook gebruikt:

Prestatie-indicatoren zijn de meetbare aspecten van zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. Prestatie-indicatoren zijn onafhankelijk graadmeters voor de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorgverlening die zijn gebaseerd op doelstellingen die voor alle betrokkenen aanvaardbaar en

meetbaar in de zorgpraktijk zijn. Prestatie-indicatoren geven daarmee niet alleen aan wat de stand van zaken is maar geeft ook aan wat de doelstelling is die behaald moet worden.

De informatie die prestatie-indicatoren moeten opleveren hebben betrekking op verschillende niveaus in de zorg (patiënt, zorgverlener, afdeling, organisatie, keten/regionaal, landelijk).

3.2 Prestatie-indicatoren in omstandigheden?

De Bruijn (2001; p. 16-7) geeft aan dat prestatie-indicatoren een middel van prestatiemeting zijn om te kijken in hoeverre de doelen van een organisatie zijn behaald, welke prestaties de organisatie (of onderdelen daarvan) heeft verricht en tegen welke inzet van middelen deze prestaties tot stand zijn gekomen. “Prestatiemeting dwingt een organisatie doelstellingen te formuleren voor de verschillende programma’s waarvoor ze verantwoordelijk is en aan te geven binnen welke termijn deze gerealiseerd moeten worden. Voor elk van deze doelen laat ze vervolgens haar ambities zien in prestatie-indicatoren.”(De Bruijn, 2001; p. 16-7) De Bruijn geeft aan dat prestatiemeting een “prikkel voor productie, voor innovatie, voor adequate verantwoording en het versterkt de externe oriëntatie van een organisatie”(De Bruijn, 2001; p. 31). Daarbij wordt niet voorbij gegaan aan condities die de mogelijkheid om prestatiemeting toe te passen kunnen bemoeilijken. In onderstaand schema worden deze condities samengevat.

Prestatiemeting mogelijk	Prestatiemeting problematisch
Organisatie heeft producten	Organisatie heeft plichten en is sterk waardegebonden
Producten zijn enkelvoudig	Producten zijn meervoudig
Organisatie is product georiënteerd	Organisatie is proces georiënteerd
Autonome productie	Coproductie: producten komen in samenwerking met anderen tot stand
Producten staan op zichzelf	Producten zijn vervlochten
Causaliteiten zijn bekend	Causaliteiten zijn onbekend
Kwaliteit in prestatie-indicatoren te definiëren	Kwaliteit niet in prestatie-indicatoren te definiëren
Uniforme producten	Variëteit aan producten
Omgeving is stabiel	Omgeving is dynamisch

Figuur 2 De Bruijn (2001; p.22)

Een organisatie die geen producten levert maar een reeks plichten vervult is vaak verantwoordelijk voor moeilijk meetbare, lastig definieerbare en complexe problemen. De

logica van prestatiemeting druist hier tegen in, prestaties moeten makkelijk te meten en te kwantificeren zijn. Prestatiemeting bij dergelijke ‘producten’ kan dus problematisch zijn. (De Bruijn, 2001; p. 22) Een product dat een organisatie levert kan ook aan verschillende waarden tegelijkertijd moeten voldoen. Het product moet bijvoorbeeld niet alleen het beoogde effect hebben maar ook nog eens voldoen aan wettelijke procedures, democratisch gelegitimeerd zijn en waarborgen bieden tegen verkeerd gebruik. Wanneer deze waarden conflicteren is prestatiemeting problematisch. (De Bruijn, 2001; p. 23) Een oriëntatie op product maakt prestatiemeting mogelijk, echter een oriëntatie op processen waaraan ook andere partijen deelnemen levert onzekerheden op over het tot stand te komen product. “Wanneer processen domineren, is prestatiemeting niet zinvol”(De Bruijn, 2001; p. 23) De focus op proces komt qua activiteiten dichtbij het produceren in samenwerking met anderen. Een autonome producent kan de productie volledig toeschrijven aan zichzelf en zijn inzet van productiefactoren. “Prestaties, die het resultaat zijn van coproductie, zijn daardoor slechts gedeeltelijk toe te schrijven aan de overheidsorganisatie. [...] Menig systeem van prestatiemeting koppelt ten onrechte de geleverde prestatie aan de inspanning van de organisatie, hetgeen dus tot een onjuist beeld leidt.” (De Bruijn, 2001; p. 23) Het is niet alleen mogelijk dat verschillende organisatie (-onderdelen) één product maken maar ook dat het voortbrengen van product A gevolgen heeft voor (de voortbrenging van) een product B. De vervlechting van producten kan prestaties van organisatie (-onderdelen) beïnvloeden, zowel positief als negatief. Uitgaande van een negatieve beïnvloeding conform De Bruijn (2001; p. 23-4) levert de productie van A een negatieve invloed op voor B. De prestatie-indicator voor A kan zuiver zijn, maar de prestatie-indicator voor B levert een negatiever beeld dan de werkelijke prestaties. Het negatievere beeld van B wordt veroorzaakt door de ‘schade’ aangericht door de productie van A.

Een andere vraag over de zuiverheid van de prestatie-indicator is de causale relatie tussen verrichte inspanningen en het bereikte resultaat. De toekenning van inspanningen aan prestaties kan alleen gebeuren als inzicht bestaat in de causaliteit tussen inspanning en bereikt effect/prestatie. Daarbij rijst tevens de vraag of de gebruikte indicator wel het juist onderdeel van deze causale (of gedeeltelijk causale) relatie meet. Metingen zonder duidelijk beeld van de causaliteit, een verkeerde, of ‘contested’ causaliteit “leveren geen adequaat beeld op van de prestaties van een organisatie.”(De Bruijn, 2001; p. 24)

Na het vaststellen van een definitie van wat prestatie-indicatoren zijn en onder welke omstandigheden prestatiemeting makkelijk of lastig is, wordt gekeken naar een aantal

aspecten die samenhangen met het meten van prestaties. Als eerste wordt verkend welke doelen prestatie-indicatoren kunnen dienen. Samenhangend met het doel van indicatoren is de scheiding tussen intern en extern gebruik van de indicatoren en de informatie die zij opleveren. Vervolgens komt de vraag aan de orde wat er met de informatie wordt gedaan die gegenereerd wordt; hoe kunnen prestatie-indicatoren worden verantwoord en wat heeft dit voor gevolgen voor de sturing?

Het meten van prestaties en het gebruik van prestatie-indicatoren levert transparantie op van hoe er gewerkt wordt en wat er is gepresteerd. De mate van transparantie en de consequenties die hierbij horen worden in de komende paragrafen van dit hoofdstuk nader toegelicht.

3.3 Doelen van prestatie-indicatoren

De Bruijn (2001) onderscheidt een aantal verschillende doelen van prestatiemeting en gebruik van prestatie-indicatoren. Transparantie, leren, afrekenen, oordelen.

Het eerste doel is het bereiken van een bepaalde mate van transparantie. Transparantie speelt een belangrijke rol in verantwoordingsprocessen. “Een organisatie kan duidelijk maken welke producten zij levert en – door middel van een input-output analyse- welke kosten hieraan verbonden zijn.”(De Bruijn, 2001; p. 17) Een tweede doel dat ten grondslag kan liggen aan de inzet van prestatie-indicatoren is het leren. Leren is een stap verder dan alleen verantwoorden. (De Bruijn, 2001; p. 17) Door een bepaalde mate van transparantie te creëren kunnen vergelijkingen worden gemaakt met de prestaties van andere instellingen. Waarom presteert A zoveel beter dan B? Wat doet A nu anders en kunnen we iets van A leren om een betere prestatie te kunnen leveren?

Een derde doel volgens De Bruijn is het oordelen. De prestatie-indicatoren worden gebruikt om door de leiding of derden te laten beoordelen hoe de organisatie (of organisatieonderdeel) functioneert. (De Bruijn, 2001; p. 17)

Het vierde en laatste mogelijke doel van prestatiemeting is afrekenen. De oordeelsvorming die als derde doel genoemd is kan worden uitgebreid waarbij aan de mate van functioneren sancties worden verbonden. Bij goed presteren wordt dit veel al een positieve sanctie, bij negatief functioneren volgt een negatieve sanctie. (De Bruijn, 2001; p. 17)

3.4 Intern en extern gebruik

De verschillende doelen die prestatie-indicatoren kunnen hebben hangen samen met het gebruik van de informatie die prestatie-indicatoren opleveren. Berg en Schellekens (2002) maken een onderscheid tussen indicatoren die worden gebruikt voor interne en externe

functies duidelijk. In plaats van twee zijden van dezelfde medaille hebben intern en extern gerichte indicatoren verschillende doelstellingen. “Er zijn echter belangrijke verschillen tussen beide typen indicatoren, en in de grote aandacht voor externe indicatoren wordt het eigen karakter van interne indicatoren over het hoofd gezien. Sterker nog, door het verschil tussen beide indicatoren niet uitdrukkelijk te benoemen, is het gevaar reëel dat geen van de doelen van de ontwikkeling van indicatoren wordt bereikt”(Berg en Schellekens, 2002). Het meten van prestaties voor intern gebruik (bijvoorbeeld voor het bevorderen van interne transparantie, ter lering binnen de eigen organisatie) zou anders moeten zijn vormgegeven dan het meten van prestaties voor extern gebruik. Extern gebruik is het transparantie buiten de eigen organisatie naar derden, leren met andere organisaties, beoordeeld worden door derden en het afgerekend worden door derden. “Measurement for improvement is not measurement for judgment”(Berwick, 2002 in Berg en Schellekens, 2002) Er moet vooraf duidelijkheid bestaan over hoe de prestatie-indicatoren gebruikt gaan worden; is dit intern of extern? En welk intern of extern doel hebben de indicatoren?

Aangezien Berg en Schellekens zich hebben toegespitst op gezondheidszorg in hun bijdrage zijn de onderscheidingen tussen intern en extern gebruik ook specifiek voor (somatische⁶) gezondheidszorg. Het doel van interne prestatie-indicatoren richt zich op de verbetering van het zorgproces. Interne prestatie-indicatoren hebben dan ook tot doel om “knelpunten te identificeren en analyseren, en na te gaan of een verbetering effect heeft” (Berg en Schellekens, 2002). Om dit doel te bereiken moeten interne prestatie-indicatoren relevant zijn voor de direct betrokkenen, in de casus van Berg en Schellekens (2002) zijn dit zorgprofessionals en hun managers. Daarnaast moeten de interne indicatoren “specifiek zijn voor het zorgproces en betrekking hebben op belangrijke stappen in dat proces [...],specifiek zijn voor de situatie [... en ten slotte] het moet haalbaar zijn om de gegevens in het zorgproces zelf te verzamelen tijdens of kort na de geleverde zorg.”(Berg en Schellekens 2002)

3.4.1 Externe indicatoren

Externe prestatie-indicatoren hebben een andere, vierledige doelstelling. “Ten eerste geven ze [externe prestatie-indicatoren, *red.*] patiënten vertrouwen in de gezondheidszorg. Ten tweede kunnen patiënten zo kiezen voor de beste zorgaanbieder. Ten derde is het een

⁶ Palliatieve zorg is gericht op bestrijden van pijn en lijden, somatische zorg richt zich op genezen van lichamelijke aandoeningen.

manier om verantwoording af te leggen. Ten slotte is het publiceren van prestaties een stimulans voor zorgaanbieders om de zorg te verbeteren: een methode waarbij een noodzaak tot organisatieverandering ontstaat.” (Berwick, 2002 in Schellekens, Berg en Klazinga, 2003) Eén van de vereisten bij het externe gebruik van indicatoren is dat een “uitputtende validering cruciaal” (Berg en Schellekens, 2002) is. Als op basis van deze prestatie-indicatoren wordt vergeleken is het van groot belang dat de verschillen in de context waarin prestaties zijn geleverd helder zichtbaar zijn.

Samenvattend leveren extern gerichte indicatoren een ander soort informatie dan interne indicatoren. Externe indicatoren zijn gericht op het verantwoorden en informeren van cliënt en cliëntenbelangenbehartigers. Interne indicatoren richten zich met name op de interne werkprocessen en de verbetering van deze processen.

3.4.2 *Verantwoordelijk en verantwoord*

Een andere samenhang met de doelen waarvoor de prestatie-indicatoren zijn ingesteld is de laag waarop de uitkomsten van de prestatie-indicatoren worden bekeken. Voor wie wordt nu met welke doel informatie verzameld?

Wennink en Van Wijngaarden (Wennink en Van Wijngaarden, 2005; pp. 10-11) maken een onderscheiding naar drie niveaus, micro, meso en macro. Het micro niveau is het primaire proces, daar waar de behandeling van en contact met cliënten plaats vindt. Het meso niveau behelst een aggregatieniveau hoger en verwijst naar het niveau van de instelling. Hier wordt voor de instelling gekeken welke onderdelen van de instelling welke prestaties hebben geleverd. Het meso niveau biedt daarnaast de mogelijkheid om regionaal te kijken wat collega instellingen hebben gepresteerd. Het macro niveau zoals door Wennink en Van Wijngaarden (2005) beschreven behelst een landelijk, sectorbreed niveau. Ieder niveau van verantwoording heeft haar eigen informatie vragen, hoe hoger het niveau van verantwoording des te groter de aggregatie die wordt gevraagd.

3.4.3 *Transparantie*

Transparantie is een term waaraan veel betekenissen worden gegeven. In deze studie wordt transparantie gezien als openheid van een (organisatie) onderdeel naar een andere partij. Deze openheid gaat over de mate waarin een partij (dat kan zowel de leiding van een organisatie als ook een externe derde zijn) in staat is om kennis op te bouwen over de prestaties en hoe de prestaties totstandkomen in een specifiek organisatieonderdeel of de organisatie als geheel. Van groot belang is de mate van transparantie, waarbij een hoge

transparantie meer kennis en meer kennis van details oplevert dan een lage transparantie. Het vergroten van transparantie via prestatie-indicatoren zou stimuleren om prestaties te verbeteren.

Extern gerichte prestatie-indicatoren waaraan consequenties zijn verbonden roepen defensieve reacties op. Welke kunnen resulteren in een niet correct beeld van wat de werkelijke situatie is. (Schellekens, Berg en Klazinga 2003)

3.5 Effecten van prestatiemeting

Prestatiemeting heeft een aantal doelen zoals boven beschreven. Eén of meerdere van deze doelen vormen vaak het motief om prestatiemeting en het werken met prestatie-indicatoren in te voeren. Naast de doelen die prestatiemeting als motief aandragen mag niet over het hoofd worden gezien dat er ook andere mechanismen van invloed (of van doorslaggevend belang) kunnen zijn. Modetrends, nieuwe managementstijlen maar ook *coercive*, *mimetic* en *normative isomorphism* (Dimaggio en Powell, 1991; pp. 67-74) zijn een aantal voorbeelden die kunnen zeker een rol spelen. Naast het bereiken van de doelen kunnen prestatie-indicatoren nog een aantal andere effecten hebben. In deze paragraaf zal een aantal effecten aan bod komen die naast het bereiken van de oorspronkelijke doelen, dan wel tegengesteld aan de eigenlijke doelen, kunnen plaats vinden.

Allereerst worden effecten op korte termijn behandeld. Aan deze effecten wordt wel gerefereerd als zijnde “perverse effecten” (De Bruijn, 2001). De term pervers draagt hier bij aan een negatieve lading. Een groot aantal van deze “perverse effecten” komt voort uit reguliere motieven of strategisch gedrag. De term pervers zal hier dan ook niet worden gebruikt, maar wordt vervangen door alternatieve effecten. In paragraaf 2.5.2 worden effecten behandeld die op minder van toepassing zijn op de korte termijn, maar meer effecten zijn die na verloop van tijd op kunnen treden.

3.5.1 Alternatieve effecten op korte termijn

Bouckaert en Balk (1991) beschrijven dertien “*illnesses and cures associated with productivity measurement*” (Bouckaert en Balk 1991; p. 229). In deze dertien ziekten maken zij een onderscheid in drie groepen. Het onderscheid wordt gemaakt op de attitude die ten grondslag ligt aan de manier waarom de resultaten van prestatie-indicatoren worden gepercipieerd.

In de eerste groep worden de *Pangloss disease*, *impossibility disease* en *hypochondria* ingedeeld. De eerste groep wordt gekenmerkt door een attitude die wordt omschreven met

“I think that measures are neutral (Bouckaert en Balk, 1991; p. 230) Het contrast met de tweede groep is dat de attitude niet uitgaat van neutrale meetinstrumenten en resultaten, maar dat de resultaten gevolgen kunnen hebben voor de motivatie. Het gebruik van prestatie-indicatoren heeft niet alleen een doel tot het verkrijgen van informatie, maar de gemeten prestaties worden onderdeel van het doel dat voor ogen staat. Deze tweede groep bevat *convex/concave disease, hypertrophy, atrophy* en *Mandelbrot disease*. In de derde groep worden de *inflation disease, pollution disease, enlightenment,/bottom up disease, time shortening disease, mirage disease, and shifting disease*. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 230) De visie die de derde groep beheerst is prestatie-indicatoren niet alleen neutrale informatie geven en van invloed zijn op de prestaties van mensen, maar ook procedures en gedrag van mensen en organisaties kunnen beïnvloeden. Prestatie-indicatoren vormen een (onderdeel van een) legitimering van handelen. (Bouckaert en Balk 1991; p. 230)

De Ziekte van Pangloss legt de nadruk op het meten van prestaties en de vraag waarom dat onderdeel nu moet worden gemeten. *“There is not really an efficiency problem in government, so why should we measure it?”*(Bouckaert en Balk, 1991; p. 230). De Ziekte van Pangloss geeft kort samengevat aan dat alles wat gemeten wordt een duidelijke aanleiding moet hebben. Als er niet getwijfeld wordt aan de kwaliteit van zorg, waarom zou de kwaliteit van zorg dan onderwerp van meting moeten worden? De *‘impossibility disease’* benadrukt dat een groot deel van wat door de publieke sector wordt voortgebracht een complex en collectief karakter heeft. De collectiviteit van overheidsproducten en – diensten maken dat het zeer moeilijk, zonet onmogelijk, om een individuele prijs te bepalen. De *‘impossibility’* maakt duidelijk dat wat gemeten wordt wel gedefinieerd en vergeleken moet kunnen worden. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 230)

‘Hypochondria’ is de derde en laatste ziekte in de eerste groep en wordt omschreven als *‘feeling bad about doing good’* (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231). Ook prestaties met een collectief karakter kunnen uitblinken in kwaliteit, hypochondria duidt op de schaamte die wordt gevoeld omdat dit een prestatie is geleverd in de publieke sector. De schaamte treedt op door de voortbrenging door de publieke sector.

De tweede groep ziekten, waar de uitkomsten van prestatiemeting niet neutraal zijn, wordt geïllustreerd door *‘convex/concave disease’* (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231). De Convex/concaaf ziekte geeft een tweeledig ziektebeeld, allereerst convex. Bij een ziektebeeld met een convex verloop wordt een groot volume gepercipieerd, terwijl in werkelijkheid dit volume veel kleiner is. Een ziektebeeld met een concaaf verloop is het

tegenovergestelde, namelijk een kleinere voorspiegeling dan in werkelijkheid het geval is. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231) Het gevolg van beide ziektebeelden is dat de werkelijke situatie afwijkt van de weergegeven situatie door de prestatie-indicatoren.

Hypertrophy is een tweede ziekte die zich openbaart wanneer betekenis wordt gegeven aan prestatie-indicatoren. *Hypertrophy* is de benaming voor het stimuleren van (ongewenste) productie als gevolg van het meten op één of meerdere aspecten in de productie. Door het leggen van nadruk op een aspect in de productie zal daarop worden extra worden ingezet om op dat aspect te scoren. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231) Om op één aspect te scoren worden andere aspecten verwaarloosd. Het tegenovergestelde van hypertrophy is *atrophy*. Door te meten op een aspect (bijvoorbeeld kwaliteit) neemt de gemeten prestatie juist af in plaats van toe. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231) Bouckaert en Balk (1991) geven geen verdere uitwerking van deze ziekte.

De Ziekte van Mandelbrot geeft aan dat wat je meet afhankelijk is van de maten en instrumenten waarmee je meet. Eén van de voorbeelden daarvan is het hoge aantal branden in het noorden van Groot Brittannië in vergelijking met de rest van West-Europa. Het hoge percentage branden in deze regio blijkt achteraf te kunnen worden verklaard door een zeer goed registratiesysteem. De Ziekte van Mandelbrot geeft aan dat prestatiemeting een desoriëntaie kan veroorzaken over wat er is gepresteerd en wat daar de oorzaken van zijn. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231)

In de laatste groep ziekten worden de “*pollution disease, inflation disease, enlightenment/bottom up disease, time shortening disease and the shifting disease*” (Bouckaert en Balk, 1991; p. 230) ingedeeld. De eerste ziekte uit deze groep, *pollution disease*, beschrijft een vermenging van de focus waar meetinstrumenten op gericht zijn. Een voorbeeld dat Bouckaert en Balk aandragen is een meetinstrument dat eigenlijk output kwantiteit wil meten maar dit meet aan de hand van input activiteiten (Bouckaert en Balk, 1991; p. 231) De *inflation disease*, welk een gevolg is van het niet langer voldoen van een bepaalde set indicatoren. Deze set wordt uitgebreid en verder uitgebreid tot dat er een champignoneffect gaat optreden en iedere indicator op zich steeds minder informatie kan leveren. (Bouckaert en Balk 1991; p. 231) De tiende ziekte die Bouckaert en Balk beschrijven is de ‘*enlightenment/bottom-up disease*’. Hierin staat de manier waarop de prestatie-indicatoren worden ingevoerd centraal. Een set van prestatie-indicatoren die vanuit externen dan wel vanuit de managementtop wordt doorgevoerd loopt het risico om het contact, de werkbaarheid en vertrouwen van de uitvoerenden te missen. (Bouckaert en

Balk, 1991; p. 232) Gevolgen van dit risico zijn verlies aan motivatie, vermindering van vertrouwen en verlies van betrouwbaarheid van de uiteindelijk verkregen gegevens. *'Time-shortening'* legt een sterke focus op de korte termijn. De focus op korte termijn doet focus op lange en midden lange termijn vrijwel altijd vervagen. Time-shortening doet zich met name voor bij organisaties en systemen die in crises verkeren. (Bouckaert en Balk, 1991; p. 232) *'Mirage disease'* wordt kort maar krachtig omschreven als "*measuring something different from what we think we are measuring*" (Bouckaert en Balk, 1991; p. 232). De dertiende en laatste ziekte die beschreven wordt is de *'shifting disease'*, de indicatoren komen niet overeen met de doelen die gesteld zijn. (Bouckaert en Balk, 1991; p.232)

Bouckaert en Balk hebben dertien alternatieve effecten behandeld die op korte termijn zich voor kunnen doen. Hierna volgt een verdere verkenning van alternatieve effecten op korte termijn.

Strategisch gedrag stimuleren

Een positieve kant van prestatiemeting is dat duidelijk kan worden gemaakt wat een organisatie (-onderdeel) voortbrengt aan prestaties. "Prestatiemeting kan een belangrijke stimulans zijn voor de productiviteit van overheidsorganisaties. De productie van de organisatie wordt immers ten minste zichtbaar gemaakt, terwijl ze er ook op kan worden afgerekend (afhankelijk van de functies die aan prestatiemeting worden toegekend)" (De Bruijn, 2001; p. 31). Een keerzijde van deze zelfde medaille kan zijn dat strategisch gedrag in de hand wordt gewerkt. Onder strategisch gedrag worden gedragingen verstaan die het volgens de criteria het systeem de prestaties verhogen maar (vrijwel) geen of zelfs een negatieve betekenis hebben van uit professioneel dan wel maatschappelijk oogpunt. (De Bruijn, 2001; pp. 31-2) Eén van de factoren die het bemoeilijkt om deze vorm van strategisch gedrag aan te pakken/te voorkomen is dat het verkrijgen van extra budget wordt gezien als een legitieme activiteit. Wat intern gezien kan worden als een legitieme activiteit kan maatschappelijk worden beschouwd als strategisch handelen. (De Bruijn, 2001; pp. 32-3)

Innovatief melken van een cash cow

Een van de gevolgen van prestatiemeting en het gebruik van prestatie-indicatoren kan zijn dat een organisatie haar productieproces gaat optimaliseren om efficiënter en effectiever te kunnen werken. Wanneer prestatie-indicatoren worden gekoppeld aan een (financieel) beloningssysteem wordt deze prikkel versterkt. De koppeling van indicator en

beloningsysteem kan ook een ongewenst effect hebben; het denken in “‘cash cows’: welke producten kunnen relatief eenvoudig worden vervaardigd, zodat zoveel mogelijk geld kan worden gegenereerd?”(De Bruijn, 2001; p. 33). Naast het denken in ‘cash cows’ worden vergelijkbare activiteiten ook wel ‘creaming’ of ‘cherry picking’(De Bruijn, 2001; p. 34) genoemd. Het denken in cash cows, creaming of cherry picking zorgt niet alleen voor een focus op één product dat zo veel mogelijk oplevert, deze denktrend heeft ook gevolgen voor innovatie. (zie ook Van Thiel en De Leeuw, 2005; pp. 134-5) Het proces tot innoveren kost niet alleen tijd en geld, maar brengt ook een stuk onzekerheid met zich mee over uitkomsten van het proces en de potentiële verbeteringen die een bepaalde innovatie oplevert. De middelen die worden ingezet om te innoveren kunnen óók worden ingezet ten behoeve van de huidige ‘cash cow’ waarvan de uitkomsten in productie en opbrengst bekend zijn.

Remmen innovatie

Een andere gevolg van het gebruik van prestatie-indicatoren is het belemmeren van innovatie. Door het toespitsen op bepaalde onderdelen van een prestatie, die onderdelen die te meten zijn, kunnen vernieuwingen worden belemmerd. Vernieuwen en innoveren kost tijd, geld en menskracht. De verstarring die optreedt als gevolg van deze innovatiebeperking wordt ‘ossification’ (Van Thiel en De Leeuw, 2005; p. 127) genoemd. Een sterke focus op de indicatoren staat innovatie in de weg, maar leidt ook tot een tunnelvisie. Als alleen op de aspecten die worden gemeten in de prestatie-indicatoren wordt gelet, datgene wat “*can be defined as an emphasis on phenomena that are quantified in the performance measurement scheme at the expense of unquantified aspects of performance*” (Smith, 1995; p. 284 in: Van Thiel en De Leeuw, 2005; p. 127) is een tunnelvisie een mogelijk effect. De tunnelvisie lijkt sterk op “*an emphasis on [single] measures of success rather than [on] the underlying objective*” (Smith, 1995; p. 284, in: Van Thiel en De Leeuw, 2005). Deze variant op de tunnelvisie wordt indicator-fixatie genoemd.

Verhullen daadwerkelijke prestaties

Een van de functies waarvoor prestatiemeting en prestatie-indicatoren worden ingezet is verantwoorden. Het biedt de mogelijkheid om de verantwoording te objectiveren, te onderbouwen en beter door te dringen in de totstandkoming van prestaties. Een van de bewerkingen die vaak plaats vindt van indicatoren naar verantwoordingsrapportages is het aggregeren van verschillende gegevens. “Naar mate informatie meer wordt geaggregeerd,

komt ze verder van het primaire proces te staan, waar ze is ontstaan. Hierdoor kan het zicht verloren gaan op de causale verbanden die er op het niveau van het primaire proces zijn (en die dus betekenis geven aan de cijfers)”(De Bruijn, 2001; p. 35). Het verloren gaan van het zicht op de causale relaties door de aggregatie kan er voor zorgen dat op basis van de geaggregeerde gegevens nieuwe (verkeerde) causale verbanden worden veronderstelt. Geaggregeerde gegevens en de veronderstelde causale relaties verhullen de werkelijke prestaties en de samenhang tussen deze prestaties. “Anders gezegd: prestatiemeting verhult.”(De Bruijn, 2001; p.35)

Een bijkomend mechanisme van verhullen van prestaties is dat hoe hoger de gegevens geaggregeerd worden, hoe groter de (veronderstelde) hardheid van de cijfers worden ervaren. “De professional die een productiecijfer opstelt, staat dichtbij het primaire proces en kent de werkelijkheid achter het cijfer. Het productiecijfer is een van de informatiebronnen, dat in combinatie met andere (vaak kwalitatieve) informatie betekenis krijgt. Een bestuurder die ver af staat van dit primaire proces, is het productiecijfer als informatiebron veel belangrijker, terwijl kwantitatieve gegevens per definitie er toe uitnodigingen om ze als ‘hard’ en ‘onbetwistbaar’ te beschouwen.” (De Bruijn, 2001; p. 35) In een studie van Bowerman en Hawksworth komt dit mechanisme sterk naar voren; “*what is true in general may not be true universally and without qualification because circumstances alter cases*” (Bowerman en Hawksworth, 1999). Geaggregeerde informatie mist kennis en betekenisgeving omtrent de (context van geleverde) prestaties. Het nemen van besluiten op basis van deze geaggregeerde cijfers, waarin niet duidelijk is wat causale verbanden zijn en welke omgevingskenmerken een rol spelen bij het totstandkomen van de prestaties, “leidt dit tot allerlei vormen van strategisch handelen.” (De Bruijn, 2001; p. 36) Daarnaast dragen Schellekens e.a. (2003) daarbij aan dat prestatie-indicatoren nog een ander effect kunnen hebben waar zij niet een volledig beeld geven van de geleverde prestatie. Consumenten van zorg, oftewel de patiënt, zou in een marktgeoriënteerde zorg moeten kunnen kiezen waar hij welke zorg tegen welke prijs zal aanschaffen. Om dit te kunnen doen heeft de patiënt informatie nodig om zijn keuze op te baseren. (Dietz (red.) Heijman en Marks, 2004; pp. 92-8) Het is een mythe om aan te nemen dat door het openbaar maken van prestatie-indicatoren de patiënt volledig (dan wel voldoende) geïnformeerd is om zijn afweging te maken. Schellekens e.a. (2003) zetten hun vraagtekens bij deze aanname. “Prestatie-indicatoren geven een indicatie van een onderliggend fenomeen, probleem of trend. Een indicator is niet de werkelijkheid. Een oordeel uitsluitend gebaseerd op indicatoren leidt snel tot verkeerde conclusies. Een

afwijkende waarde van een indicator is een aanleiding om vragen te stellen of nader onderzoek te doen. Waar een afwijkende waarde op duidt is zelden helder.”(Schellekens Berg en Klazinga, 2003) Waar deze helderheid ontbreekt is een grotere mogelijkheid tot het ontwikkelen van strategisch gedrag, verhullen van daadwerkelijke prestaties, stimuleren van vormen van strategisch gedrag.

Verdrijven professionele habitus

De doelen van organisaties in de publieke sector of organisaties met publieke functies zijn vaak divers. De diversiteit van doelen kan er toe leiden dat een organisatie een (af-) weging moet maken tussen deze verschillende belangen en bijbehorende waarden. Een professionele habitus houdt in dat een afweging tussen deze, vaak tegenstrijdige, belangen wordt gemaakt. (De Bruijn, 2001; pp. 36-7)

Prestatiemeting en prestatie-indicatoren die een beeld geven van de geleverde (of te leveren) prestaties richten zich op de meetbare aspecten van een professionele habitus. Daarbij leiden indicatoren niet alleen tot een incorrect of contextloos beeld van de werkelijke prestatie. De afweging van waarden kan gestuurd worden in de richting van het meest gemeten onderdeel van de prestatie. De Bruijn (De Bruijn, 2001; pp. 36-9) illustreert dit fenomeen met een aantal voorbeelden. De collectie van een museum kent (in dit voorbeeld) twee belangen, bezoekersaantallen en wetenschappelijke importantie. Wanneer louter, dan wel voornamelijk, bezoekersaantallen worden gebruikt als prestatie-indicator zal de wetenschappelijke importantie van de collectie minder van belang zijn. Dit leidt, volgens De Bruijn tot een achteruitgang van de wetenschappelijke importantie, de professionele habitus wordt verdreven door de nadruk van prestatie-indicatoren op de bezoekersaantallen.

Het toepassen van prestatiemeting zorgt voor een prikkel om de eigen prestaties te verbeteren. De nadruk op de eigen prestaties vormt “daarmee een ‘*disincentive*’ voor samenwerking. Het kan hierdoor leiden tot *verkokering* [...] of allerlei vormen van *ketensamenwerking* blokkeren.”(De Bruijn, 2001; p. 39, nadruk in origineel) De mogelijkheid te leren van de prestaties van andere organisaties kan de externe gerichtheid, die een systeem van prestatiemeting en prestatie-indicatoren vaak beoogt, door hetzelfde systeem worden verkleind.

Wie presteert wordt gestraft?

Het meten van prestaties verbetert niet alleen de transparantie maar verhoogt en beloont ook de productiviteit, althans dat is de aanname. Een tegengesteld effect kan ook optreden, een straf op productiviteitsverhoging. De Bruijn (2001) onderkent een viertal mogelijkheden waardoor een 'straf op productiviteit' optreedt.

De koppeling tussen prestatie-indicatoren en een financiële beloning waarbij de beloning een maximaal beschikbaar budget heeft levert een zeer kleine beloning op als alle andere partijen die meedingen naar het budget ook beter presteren. Een vaste beloning per geleverd product (met een maximaal beschikbaar budget) kent bij een algehele productiviteitsstijging een minimale beloning. Deze minimale beloning kan lager zijn dan de vooraf geïndiceerde beloning per productiviteitsstijging. Hierdoor kan de indruk worden gewekt dat betere prestaties worden bestraft met een lagere prijs dan vooraf overeengekomen. (De Bruijn, 2001; p. 40)

Een tweede mechanisme waardoor beter presteren kan worden bestraft is kwetsbaarheid door toegenomen transparantie. Een toename van transparantie levert meer inzicht op in de doelmatigheid en productiviteit, indien bij een gegeven budget hogere productiviteit (of eenzelfde productiviteit met een lager budget) wordt behaald loopt een organisatie (- onderdeel) het risico dat het wordt beloond met gelijkblijvend budget en opgeschroefde productiviteitsverwachting (dan wel een lager budget en dezelfde productiviteitsverwachting). Een organisatie (-onderdeel) die deze transparantie in mindere mate kan geven is minder kwetsbaar. In een uiterst geval wordt slecht presteren zelfs beloond met de inzet van extra middelen om de prestaties op vergelijkbaar niveau te brengen. Een systeem dat op deze manier werkt is een uitnodiging voor het ontwikkelen van perverserend gedrag. (De Bruijn, 2001; p. 40)

De ultieme consequentie van prestatiemeting is het verdwijnen van de slechtst presterende organisatie, hetgeen in veel gevallen niet mogelijk is. Een van de overwegingen, naast de juridische mogelijkheden en bevoegdheden van de beoordelende, is dat "de kosten van het straffen van non-presteren zijn vaak hoger dan de baten van het belonen van een prestatie"(De Bruijn, 2001; p. 41) Daarbij komt dat de oorzaak van het non-presteren in twee simpele argumenten uiteenvalt; de organisatie presteert niet en dat wordt correct aangegeven door het prestatie-meetsysteem óf de organisatie presteert niet, hetgeen wordt veroorzaakt door het meetsysteem. (De Bruijn, 2001; p. 41)

Als deze twee argumentaties worden voorgelegd samen met het feit dat het bestraffen van non-prestaties veel meer kost dan het belonen van goed presteren opbrengt "is een

argumentatie voorhanden die leidt tot de conclusie dat het systeem van prestatiemeting de oorzaak is van de slechte prestatie. Het gevolg van deze redenering is dat het niet presterende organisatiedeel te hulp wordt geschoten, soms ten koste van het goed presterende organisatiedeel. [...] dan doet zich een prestatieparadox voor: wie goed presteert in een omgeving waar niet wordt gepresteerd, wordt uiteindelijk gestraft.”(De Bruijn, 2001; p. 42)

3.5.2 Tweede prestatieparadox

Een prestatieparadox wordt omschreven als een zwakke relatie tussen prestatie-indicatoren en prestaties. Door het verstrijken van tijd verslijten de prestatie-indicatoren en wordt het maken van onderscheid van goed en slechte prestaties moeilijker. Het verband tussen de gepresenteerde en de werkelijk prestaties neemt hierdoor af. (Van Thiel en De Leeuw 2005; p. 129) Deze prestatieparadox vindt haar oorzaak in een aantal processen; ten eerste het positief leereffect, ten tweede *perverse learning* en ten slotte selectie.

Het positieve leereffect gaat er vanuit dat organisaties/instellingen door het gebruik van indicatoren meer leren en beter leren presteren. Door beter presteren over de gehele linie “verliezen de indicatoren hun gevoeligheid voor het ontdekken van slechte prestaties. Feitelijk is iedereen zo goed geworden in wat ze doen dat de indicator achterhaald is.”(Van Thiel. en De Leeuw, 2005; p. 129)

Perverse learning is een proces waarin organisaties leren welke onderdelen worden gemeten, welke lacunes er in het systeem van prestatiemeting zitten. De kennis die is opgebouwd over deze lacunes wordt toegepast door op de onderdelen die worden gemeten geld, energie, tijd en mensen in te zetten. Hierdoor worden de gemeten prestaties omhoog gestuwd. (Van Thiel en De Leeuw, 2005; p. 129) *Perverse learning* en tunnelvisie zijn nagenoeg vergelijkbaar.

Het positief leereffect kan tot gevolg hebben dat de slechte presteerders verdwijnen dan wel worden opgevolgd door betere presteerders (zie ook de ultieme sanctie van De Bruijn). De onderlinge verschillen in de prestaties van de overgebleven instellingen worden kleiner. De onderscheidende waarde die prestatie-indicatoren moeten bieden over welke instelling nu wel of niet een goed prestatie levert vervaagd en verliest daardoor haar waarde. Dit proces wordt ook wel selectie genoemd. (Van Thiel en De Leeuw, 2005; p. 130)

3.6 Resumé

De bovengenoemde alternatieve effecten van prestatiemeting kunnen worden onderverdeeld in verschillende groepen van effecten. De clustering van deze effecten heeft tot doel om de effecten samen te vatten en meer duidelijkheid te kunnen scheppen welke effecten qua oorzaak, dan wel gevolg bij elkaar horen.

Bouckaert en Balk (Bouckaert en Balk ,1991) hebben een eerste clustering aan gebracht. De effecten die zij bespreken worden onderverdeeld in drie clusters. In hun eerste cluster worden prestatie-indicatoren gezien als neutrale instrumenten, deze instrumenten leveren met name informatie op die ook neutraal van aard is. Zoals reeds eerder genoemd is het bevorderen van transparantie één van de doelen die nagestreefd kunnen worden door de inzet van prestatie-indicatoren (o.a.De Bruijn, 2001). Aan deze prestatie-indicatoren wordt niet noodzakelijkerwijs een reeks van potentiële consequenties verbonden.

In het tweede cluster is deze insteek anders, prestatie-indicatoren hebben tot doel om verantwoording af te leggen dan wel als oordeelvormend mechanisme te werken.

Zowel Bouckaert en Balk (1991) als De Bruijn (2001) geven het belang aan van verantwoording, afrekenen en oordeelsvorming en samenhang tussen prestatie-indicatoren en alternatieve effecten. Het optreden van alternatieve effecten in dit tweede cluster houdt dan ook verband met oordeelsvorming en verantwoording.

Een derde cluster wordt gevormd door effecten die samenhangen met de focus van de prestatie-indicatoren. In dit cluster wordt de focus van een prestatie-indicator op een onderdeel van de totale productie gericht. De verzameling van effecten in dit cluster richt zich op de balans, of desgewenst de onbalans, tussen focus en de geleverde prestatie.

Een vierde cluster dat ook door Bouckaert en Balk (1991) wordt gebruikt geeft aan dat het idee achter de prestatie-indicatoren ook kan zijn dat er gedragsveranderingen en organisatieveranderingen op kunnen treden door gebruik van prestatie-indicatoren.

Het vijfde en laatste cluster waarin bovenstaande alternatieve effecten van prestatie-indicatoren kunnen worden samengevat zijn prestatieparadoxen. Prestatieparadoxen worden gekenmerkt door het lerend vermogen dat door verloop van tijd zal worden gevormd bij partijen die met prestatie-indicatoren worden geconfronteerd. (De Bruijn, 2001, Van Thiel en De Leeuw, 2005)

In het eerste cluster, de neutrale instrumenten, worden Pangloss disease, impossibility disease en hypochondria ondergebracht. Deze alternatieve effecten worden gekenmerkt door de informatie die de indicatoren moeten opleveren.

De convex/concave disease, hypertrophy, atrophy, Mandelbrot disease, en stimuleren van strategisch gedrag zijn onderdeel van het tweede cluster.

Het derde cluster wordt gevormd door cash cow creation, cherry picking, creaming en tunnelvisie.

Het vierde cluster bevat inflation disease, pollution disease, enlightenment, bottom up disease, time shortening, mirage disease, shifting disease, cash cow creation.

Het vijfde cluster van prestatieparadoxen wordt gekenmerkt door remmende werking op innovatie, ossification, perverse learning, straf op bovengemiddelde prestaties, adverse selection en positive learning.

Met de onderverdeling in clusters is samengevat welke effecten mogelijk zijn. Echter er kan nog geen uitspraak worden gedaan over welke clusters van effecten nu wel en welke clusters niet zullen optreden na invoering van prestatie-indicatoren in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Daartoe is onderzoek noodzakelijk en niet alleen een verkenning van literatuur. De manier waarop dit onderzoek verricht gaat worden /is verricht is beschreven in het volgende hoofdstuk.

4 Methodologische keuzes voor een toekomstgericht onderzoek

'Als je een schip wilt bouwen, trommel de manschappen dan niet op om hout te halen. Begin niet met het werk te verdelen en commando's te geven. Leer ze te verlangen naar de eindeloze zee'
(Antoine de Saint-Exupéry).

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek toegelicht. Allereerst wordt besproken waarom voor dit onderzoek een specifieke methode nodig is. Daarna wordt een keuze gemaakt welke methode precies wordt gebruikt en wat de sterke en minder sterke kanten zijn van deze methode. Vervolgens wordt toegelicht op welke gronden de leden van het expertpanel zijn geselecteerd. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk geeft een samenvattend antwoord op de vraag: “*Op welke wijze kunnen effecten van prestatie-indicatoren worden vastgesteld?*” Bij het vaststellen van de methode van onderzoek zijn er een aantal haken en ogen. Het onderzoek is een toekomstverkenning, dit vraagt om een specifieke methode.

Voor het doen van een onderzoek kunnen verschillende methoden worden gebruikt. Er kunnen cases worden bestudeerd waarbij één bepaalde casus wordt onderzocht. De case-study kan ook worden uitgebreid naar een case-survey. In dat geval worden meerdere cases onderzocht op overeenkomsten, verschillen en kunnen resultaten gegeneraliseerd worden. (Hakvoort, 1996; p. 121) Bepaalde situaties die nu voorkomen of hebben plaats gevonden kunnen worden gesimuleerd door nabootsing of door middel van het vatten in speltheoretische benaderingen, zoals in (Marks en Lafeber, 2005). Deze methoden van onderzoek gaan echter allemaal uit van een situatie die bestaat, beschreven en geobserveerd kan worden. De casus die in dit onderzoek wordt onderzocht bestaat nog niet, het is een toekomst verkennend onderzoek. Kort gezegd, er is nog geen casus die beschreven en bestudeerd kan worden. Er zijn ideeën, plannen en voorlopige sets aan indicatoren die nog niet vastgesteld zijn en waarvan nog niet zeker is welke indicatoren worden ingevoerd en hoe dit exact gaat gebeuren. Dit houdt in dat er geen casus is die bestudeerd kan worden door enige vorm van casus onderzoek of geen situatie is die gemodelleerd kan worden door bijvoorbeeld speltheoretische benaderingen. Het is wel erg belangrijk om inzicht te krijgen in welke effecten prestatie-indicatoren in de GGZ te weeg brengen, gezien de alternatieve effecten die zijn beschreven in het voorgaande hoofdstuk.

Om toch deze vraag valide te beantwoorden is een specifieke onderzoeksmethode nodig. Het is logisch om de vraag te stellen: “Hoe kun je nu gaan verkennen als je niet precies weet wat datgene is wat je gaat verkennen? En als je meer weet over wat je gaat verkennen, hoe pak je dat dan aan zodat je wel een valide onderbouwing kunt geven hoe je aan de resultaten bent gekomen?” Het antwoord op deze twee vragen zal worden gegeven in de volgende paragrafen.

Een Delphi-methode is een verzamelnaam voor een onderzoeksmethode die geschikt is voor het toekomstgericht onderzoek. De methode is vernoemd naar het orakel gewijd aan Apollo in de buurt van Delphi. Het orakel van Delphi was in de Griekse Oudheid doorslaggevend in stagnerende plannen en complexe besluiten. (Van Houten, 1988) Van Doorn en Van Vught (1982) definiëren Delphi-onderzoek als “een onderzoeksmethode om vanuit een beschrijving van een huidige situatie in of van een samenleving te komen tot de beschrijving van een mogelijke of wenselijke toekomstige maatschappelijke situatie met behulp van het uitschrijven van een volgorde van gebeurtenissen die weliswaar hypothetisch maar logisch zijn”(Van Doorn en Van Vught, 1982 in Van Houten, 1988). Een Delphi-onderzoek kan worden beschouwd als een geregisseerde of gestructureerde publieke discussie in verschillende rondes waarin geselecteerde deelnemers reageren op een in een beschrijving weergegeven situatie. (Van Houten, 1988; p. 3) De Delphi-methode ontleent haar validiteit aan de structuur waarmee onderzoek wordt gedaan. De beschrijvingen van hypothetische situaties worden voorgelegd aan een panel waarin experts en/of betrokkenen plaats hebben. Een andere benaming voor hypothetische situaties in een toekomstverkenning onderzoek zijn scenario's.

4.1 Sterke kanten van scenario's

Er is een aantal overwegingen waarom een keuze gemaakt wordt voor het doen van onderzoek met gebruik van scenario's. De eerste overweging is verbonden met de zwaarte van het probleem. Bij relatief eenvoudige problemen, “waarbij de kans op ernstige neveneffecten in geval van verkeerde beleidsbeslissingen klein is, is het uitvoeren van een scenario-onderzoek weinig zinvol. In een dergelijk geval is de scenario-methode een te zware en bewerkelijke aanpak.” (Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 20) De hoeveelheid tijd en middelen die in een goed uitgevoerde toepassing van een scenariomethode worden ingezet, moeten in verhouding kunnen staan wat de uitkomst oplevert.

Naast de zwaarte van de potentiële consequenties van beleidsbeslissingen en bijbehorende effecten is het moment in een beleidsvormingsproces van belang. Een toekomstgericht onderzoek naar de effecten van beleid dat al vrijwel geheel is vorm gegeven, of op het punt staat om uitgevoerd te gaan worden is een bijdrage van toekomstgericht scenario-onderzoek minder zinvol. “De reden hiervoor is dat de scenario-methode met name geschikt is voor het aanpakken van nog niet scherp uitgekristalliseerde alternatieven” (Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 20).

Een derde overweging is de bespreekbaarheid van alternatieven, “indien een besluit genomen is, is de scenario-methode ook weinig zinvol. Scenario’s zijn tenslotte een uitnodiging tot meedenken.”(Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993); p. 20)

Daarbij moet worden opgemerkt dat een aanname wordt gemaakt dat er meerdere scenario’s bestaan, die elk een alternatieve zienswijze op de toekomst opleveren.

Zoals reeds eerder is aangegeven is de set met prestatie-indicatoren zoals deze nu door GGZ Nederland is ontwikkeld nog niet vastgesteld door haar leden en nog niet in gebruik zijn genomen door andere stakeholders. Daarmee vindt dit onderzoek plaats in een zeer vroeg stadium in de vorming van de definitieve set aan in te voeren prestatie-indicatoren. Een complexe omgeving is uitermate geschikt voor het gebruik van scenario’s aangezien Genugten e.a. (1993; p. 20) stellen dat “...[r]eductie van complexiteit is een van de sterke kanten van scenario-onderzoek.” Door het ontwikkelen van verschillende scenario’s kunnen verschillende ontwikkelingen gesimuleerd worden “ingevoerd”. Door scenario’s kunnen verschillende gevolgen van beslissingen worden duidelijk gemaakt, zonder daarvoor de werkelijk beslissing te hebben doorgevoerd. Een zesde toepassingsargument van scenario-onderzoek is bewustmaking van verschillende alternatieven in het onderzoeksterrein. “Het aftasten van het terrein van onderzoek en mogelijke alternatieven met behulp van scenario’s kan zinvol zijn en leiden tot nieuwe inzichten.”(Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager (1993); p.20) Ieder scenario biedt een mogelijk alternatief inzicht dat kan worden gekozen of gebruikt om een beleid vorm te geven.

4.2 Toepassing van scenariomethode

Het onderzoek naar de effecten van prestatie-indicatoren in de GGZ middels een scenariomethode rust op een aantal argumenten. Allereerst de zwaarte van het probleem; de eventuele effecten die teweeggebracht kunnen worden door het gebruik van prestatie-indicatoren kunnen als zwaar worden getiteld. Fraude, het verdrijven van professionele normen en waarden als ook strategisch gedrag zijn een aantal eerder genoemde effecten

welke als zwaar betiteld worden. De potentiële consequenties hangen in dit geval samen met de zwaarte van het probleem en zijn onderwerp van onderzoek.

Op het moment waarop het onderzoek wordt verricht is nog geen volledig vastgesteld set van prestatie-indicatoren aanwezig. Er kunnen alternatieven worden aangedragen, die ook bespreekbaar zijn. De omgeving van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg waarin prestatie-indicatoren zullen worden ingevoerd, is om een aantal redenen complex te noemen.

Het grote aantal verschillende soorten zorg en zorgvraag, het grote aantal verschillende instellingen, het grote aantal stakeholders dat betrokken is en specifieke belangen kent zijn, slechts een eerste indicatie van de complexiteit waarin dit onderzoek wordt verricht.

De scenario's in de eerste rondes hebben zes verschillende modellen voortgebracht. Deze modellen hebben zes verschillende visies weergegeven in wat voor soort omgeving prestatie-indicatoren kunnen worden ingevoerd. Achter ieder scenario gaat een scala aan potentiële effecten schuil. Respondenten hebben deze scenario's geordend op basis van wenselijkheid en in de tweede plaats op waarschijnlijkheid.

4.3 Kennis uit experts

Om de maximale kennis uit experts en betrokkenen te kunnen halen worden deze experts niet direct bij elkaar gebracht, maar discussiëren zij “anoniem en ‘via de band’ ... [O]p deze wijze kan worden voorkomen dat experts zich conformeren aan de mening van de meest gerenommeerde expert.” (Meijer, 2002; p. 78). In dit onderzoek naar prestatie-indicatoren en de gevolgen die zij met zich mee kunnen brengen worden experts afzonderlijk geïnterviewd. De experts die zijn geraadpleegd zijn instellingsdirecteuren, experts op het gebied van prestaties in de zorgsector, medewerkers van GGZ Nederland met kennis van sector en indicatoren, organisaties die in de directe omgeving van de sector liggen en als stakeholder kunnen worden gezien. De keuze voor een breed veld aan experts voorkomt een incrowd en levert een gevarieerde bron van kennis op.

In het onderzoek naar effecten van prestatie-indicatoren in de GGZ zijn experts op twee momenten gevraagd vanuit hun kennis, kunde en ervaring te reageren op een aantal voorgelegde overwegingen/toekomstbeelden. In de eerste ronde zijn interviews gehouden, in een tweede ronde is per e-mail gevraagd om toekomstbeelden (aangepast aan de hand van de uitkomsten in de eerste ronde) te voorzien van commentaar.

In de eerste ronde is gekozen voor interviews. De keuze om niet in de eerste ronde door middel van een email aan gegevensverzameling te doen, is onder andere gebaseerd op de te verwachten respons op vragenlijsten die per email zijn verzonden. De respons op het aanvragen van een interview is bijna volledig. Slechts één instelling heeft niet meegewerkt aan het verzoek, een andere instelling heeft op het laatste moment een andere respondent naar voren geschoven. De interviews zijn kwalitatief van aard geweest; er is een lijst met onderwerpen waarover met iedere respondent gesproken is (de scenario's, de opdeling naar wenselijkheid en waarschijnlijkheid, subsectoren en specifieke omstandigheden). De exacte formulering van de vragen is niet vastgelegd, ook is de volgorde iets verschillend geweest waarin onderwerpen aan bod zijn gekomen tijdens de interviews.

Een voordeel van de kwalitatieve interviews is ook dat als respondenten andere onderwerpen wensten aan te snijden over prestatie-indicatoren hiertoe de mogelijkheden zijn geboden. Deze vrijheid voor de respondenten is in een email, gestandaardiseerd interview of opgestuurde vragenlijsten niet, dan wel in geringe mate, aanwezig.

De keuze om in de tweede ronde te werken door middel van e-mail is ingegeven door een aantal argumenten. Allereerst is het een relatief snelle manier om gegevens te vergaren van respondenten. Het toesturen van de vragenlijsten aan alle respondenten kan in één email. Binnen 24 uur waren reeds drie reacties binnen met antwoorden op de vragen en commentaren op de voorgelegde scenario's. In vergelijking met de eerste ronde, waar het tussen initiatie van afspraak en eerste feitelijke interview meer dan een week zat is dit een groot verschil.

De reacties van de respondenten hoeven niet meer op afspraak te worden afgenomen. Dit scheelt veel interviewtijd en reistijd in vergelijking met de eerste ronde. De eerste ronde heeft, vanaf het plannen van afspraken tot het laatste interview, anderhalve maand in beslag genomen. De emailronde heeft drie weken in beslag genomen. Dit voordeel levert de onderzoeker een aanzienlijk voordeel op in de beperkte tijd die voor een onderzoek beschikbaar is. Een tweede groot voordeel is dat de openheid die respondenten ten toon spreiden groter is dan in een face-to-face interview en papieren vragenlijsten. (Meijer, (2002; pp. 85-6) Er wordt op gewezen dat het toesturen van vragenlijsten via email kan leiden tot een lage respons. Dit is ondervangen door in de eerste ronde face-to-face gesprekken te voeren en in deze interviews alvast te vragen om medewerking aan een tweede ronde via email. Respondenten waren, op één na, zeer bereid en enthousiast om mee te werken.

4.4 Selectie experts en scenario's

De selectie van experts in deze studie is breder dan op eerste gezicht mogelijk zou lijken.

Er is een aantal criteria waarop is geselecteerd om respondenten deel uit te laten maken van de steekproef. Het is dan ook een select getrokken steekproef.

Deze selecte steekproef bestaat uit drie hoofdbestanddelen; interne experts, externe experts en medewerkers van GGZ Nederland. De interne experts zijn leden van de raden van bestuur en instellingsdirecteuren van de leden van GGZ Nederland (vrijwel iedere GGZ en verslavingszorg instelling in Nederland is lid van GGZ Nederland). Binnen dit onderdeel is een onderscheid gemaakt tussen zorgaanbod van de instelling. Drie onderscheidingen kunnen worden gemaakt; zeer groot, groot en klein. Zeer grote instellingen leveren drie of meer soorten zorgaanbod, grote instellingen leveren twee soorten en kleine instellingen zijn gespecialiseerd in één soort zorgaanbod. Daarbij is tijdens de interviews gekeken naar de achtergrond van de respondent, is de respondent psychiater- directeur of heeft de respondent een andere achtergrond.

Bij de externe experts zijn een aantal instanties gevraagd mee te werken. Dit zijn met name organisaties die direct in het veld van de GGZ kunnen interveniëren, zoals IGZ en CTG/ZAio maar ook onderzoeksinstellingen als ZonMw, Trimbos Instituut en deskundigen met een academische achtergrond als prof. dr. R.T.J.M. Janssen en prof. dr. M. Berg.

Binnen GGZ Nederland zijn de voorzitter, directeur en medewerkers aan het project 'Transparantie in prestaties en kwaliteit' geïnterviewd.

In toekomstonderzoek waarin scenario's worden gebruikt staan beschrijvingen, verwachtingen en mogelijke situaties centraal. (Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 14) Een definitie van scenario's wordt gegeven door Kahn en Wiener.

Scenarios are hypothetical sequences of events constructed for the purpose of focussing attention on causal processes and decision points. They answer two kinds of questions: 1) Precisely how might some hypothetical situations come about, step by step? 2) What alternatives exist, for each actor, at each step, for preventing, diverting or facilitating the process?

(Kahn en Wiener 1967 in Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 15) De bovenstaande definitie geeft aan dat in een scenario de mogelijke toekomstige ontwikkelingen benadrukt worden. De verschillende hypothetische situaties bieden de mogelijkheid om een beeld te krijgen van welke hypothetische situatie die (het meest) waarschijnlijk de toekomstige werkelijkheid zal benaderen.

Van Genugten (e.a., 1993; p. 16) onderscheiden scenario's met verschillende doeleinden. Als scenario's tot doel hebben om kansen en bedreigingen te ontwaren in toekomstige ontwikkelingen worden deze explorerende scenario's genoemd. Ieder scenario dat wordt geschreven geeft een toekomstige ontwikkeling weer. Iedere toekomstige ontwikkeling heeft een aantal kansen en bedreigingen, welke helder gemaakt kunnen worden.

Een tweede vorm van scenario-onderzoek kan plaats vinden door strategische scenario's. "Met behulp van strategische scenario's kunnen meer gefundeerde strategische beslissingen genomen worden"(Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 16) Strategische scenario's leggen de nadruk op verschillende alternatieve invalshoeken die ten grondslag liggen aan een strategische beslissing. Met strategische scenario's worden alternatieve handelwijzen aangedragen en op hun merites en demerites beoordeeld. "Vaak worden beide typen van scenario's naast elkaar gebruikt"(Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 16).

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een combinatie van explorerende en contrasterende scenario's. In de scenario's van de eerste ronde worden een zestal omgevingen neergezet waarbinnen prestatie-indicatoren zouden kunnen worden ingevoerd. Het explorerende karakter van deze scenario's ligt in dat achter ieder scenario een reeks aan potentiële effecten schuil gaan.

4.5 Relativeringen Scenariomethode

Toekomstverkennd onderzoek blijft, ondanks de ordening en structurering door het gebruik van scenario's, tasten in het duister. Scenario's geven wel enig licht in deze duisternis door de structuur en validiteit die wordt verkregen. Pannenburg (1987) relativeert de kracht van scenario's door aan te geven dat

Scenarios are no more and no less than a valuable means for visualizing and realizing future goals and objectives. For health planners and managers, however, scenarios may reveal early signs of important parts of the future.

(Pannenburg, 1987 in Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 17) Dit kritiekpunt raakt precies aan het doel van dit onderzoek, het opsporen van de waarschijnlijkheid van specifieke omstandigheden waarin prestatie-indicatoren worden ingevoerd. Op basis van die specifieke omstandigheden kunnen de verwachte effecten worden geïdentificeerd.

Een ander kritiekpunt dat voor iedere expertraadpleging geldt, is dat deskundigen in hun antwoorden kunnen laten meewegen welke belangen zij behartigen. Dit levert een bepaalde vorm van bias op in de antwoorden. Van Genugten e.a. (1993; p. 170) verwijzen dat waar belangen spelen die worden behartigd door de respondenten hier rekening mee gehouden dient te worden. Het onderwerp van dit onderzoek is niet zo zeer gericht op het onderzoeken naar belangen maar op wenselijkheden en waarschijnlijkheden van het optreden van bepaalde omgevingskenmerken waarin prestatie-indicatoren worden ingevoerd. Daarbij is de breedte van het panel dusdanig dat niet alleen de sector aan bod komt, maar ook onderzoeksinstellingen, belendende sectoren, onderzoekers, wetenschappers en vertegenwoordigers van controlerende instanties.

Een tweede kritiekpunt op expertraadpleging is dat behoudende standpunten voordeel kunnen hebben boven minder behoudende, controversiële, vooruitstrevende of innovatieve standpunten. (Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 170) Powell wijst op een iets andere invulling van het zelfde argument.

“[T]here are those who argue that the move towards consensus that occurs in a Delphi study reflects a normative rather than informational influence ... panellists may be persuaded to conform rather than express true agreement” (Powell, 2003; 377)

Dit kritiekpunt wordt ondervangen door de wijze waarop de interviews worden afgenomen. Door de experts individueel te benaderen in plaats van in groepsessies zijn de mogelijkheden om vooruitstrevende, innovatieve standpunten te uiten en nader uit te leggen. Daarmee wordt tevens ondervangen dat panelleden hun oordelen afstemmen op de expert met het meeste aanzien. Meijer, (Meijer, 2002; p. 78) geeft het afstemmen van oordelen binnen een panel kan worden voorkomen door de experts niet in groepen bij elkaar te zetten en dan te laten discussiëren, maar experts gescheiden hun inbreng te

laten geven. Het kritiekpunt van afstemming en conformering in groepssessies is daarmee ondervangen. Daarnaast is de tweede ronde per email verzonden. De respondenten hebben daarbij geen inzicht gekregen wie de andere respondenten zijn. Conformering en afstemming op het meest gezaghebbende argument of het bevorderen van behoudende standpunten is bij deze manier van interviewen geen onderwerp meer van kritiek.

Een derde punt van kritiek op de Delphi methode zijn eventuele moeilijkheden met het verifiëren van antwoorden op specifieke vragen. Dit euvel doet zich echter alleen voor met onduidelijk geformuleerde vragen. (Van Genugten, Hoogeveen, Hulshof en Jager, 1993; p. 170) Van Houten (Van Houten, 1988; p. 16) benadrukt dat de kracht van Delphi-methode juist ligt in het controleerbaar maken van resultaten en de geringe mate van conformering aan dominante groepsstandpunten. “De Delphimethode is ontwikkeld als een mogelijk antwoord op de tekortkomingen van traditionele methoden van toekomstonderzoek, waarvan de resultaten weinig controleerbaar zijn en in sterke mate beïnvloed worden door de neiging tot conformering aan het dominante groepsstandpunt.”(Van Houten, 1988; p. 16)

4.6 Resumé

Een geschikte methode van onderzoek voor een toekomstgericht onderzoek is het werken met een Delphi-methode op basis van scenario's. Daarmee is een antwoord gegeven op de deelvraag “*Op welke wijze kunnen effecten van prestatie-indicatoren worden vastgesteld?*” De keuzes over de exacte vormgeving van het onderzoek in twee rondes, waarvan een face-to-face ronde en een emailronde, zijn toegelicht.

5 Analyse

5.1 Inleiding

Dit onderzoek heeft tot doel het specificeren van alternatieve effecten die op kunnen treden door de invoering van een set prestatie-indicatoren in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. De centrale vraagstelling luidt “Welke effecten voor het meten van prestaties kunnen verwacht worden ten gevolge van het invoeren van prestatie-indicatoren die worden ontwikkeld door GGZ Nederland?” Om deze vraag te beantwoorden is een aantal deelvragen geformuleerd. De eerste deelvraag heeft tot doel gehad om duidelijk te maken wat de prestatie-indicatoren die ingevoerd gaan worden inhouden. Deze deelvraag is beantwoord in hoofdstuk 2. De tweede deelvraag heeft twee onderdelen, in deze deelvraag zijn niet alleen de theoretische effecten onderzocht maar ook wat nu eigenlijk prestatie-indicatoren zijn. Allereerst is een verkenning van verschillende definities van prestatie-indicatoren uitgevoerd, waarna een definitie is vormgegeven in paragraaf 3.1. Het tweede deel van deze tweede deelvraag heeft een literatuurreview opgeleverd om te achterhalen welke effecten in theorie kunnen optreden als gevolg van invoering van prestatiemeting. Dit is beschreven in de paragrafen 3.3 tot en met 3.5. In paragraaf 3.6 zijn de alternatieve effecten die uit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen, geclusterd. De derde deelvraag richt zich op de wijze waarop vastgesteld kan worden wat effecten van invoering van prestatiemeting kan zijn, oftewel hoe kunnen we de effecten die in theorie kunnen optreden specificeren zoals die in de toekomst van de GGZ gaan plaatsvinden? Dit is in hoofdstuk 4 beschreven. De laatste deelvraag identificeert welke effecten er in de toekomst op zullen treden. In dit hoofdstuk wordt het antwoord op deze deelvraag gegeven. Het antwoord op deze deelvraag wordt in verschillende onderdelen gegeven. In paragraaf 5.2 wordt de vormgeving van de eerste ronde gegeven. Hierin worden de gebruikte scenario's gepresenteerd en verbonden met de clusters aan alternatieve effecten. In paragraaf 5.3 wordt de werkwijze bij de expertraadpleging toegelicht, paragraaf 5.4 geeft de resultaten van de eerste ronde en een reflectie op deze eerste ronde weer. In paragraaf 5.5 wordt de tweede ronde toegelicht en de scenario's die in deze tweede ronde zijn gebruikt voorgelegd. In deze paragraaf worden de reacties van het panel weergegeven en gereflecteerd. Het hoofdstuk besluit met conclusies in paragraaf 5.6.

5.2 Scenario's

De definitie die in dit onderzoek is gehanteerd voor prestatie-indicatoren is gevormd door een aantal aspecten uit verschillende definities te combineren. De definitie die in dit onderzoek wordt gehanteerd en hoe tot deze definitie is gekomen is terug te vinden in paragraaf 3.1

Het literatuuronderzoek heeft een reeks aan alternatieve effecten opgeleverd. Deze alternatieve effecten zijn geclusterd naar doel en focus van de prestatie-indicatoren. In het eerste cluster zijn prestatie-indicatoren neutraal en leveren informatie, in het tweede cluster hebben indicatoren tot doel verantwoorden, afrekenen en oordeelvorming over de geleverde prestatie. Het derde cluster bevat effecten die worden veroorzaakt door een focus (met name een te krappe focus) op onderdelen van de totale prestatie. De effecten in het vierde cluster laten zich kenmerken doordat de indicatoren een gedragsverandering in mensen en organisaties te weeg brengt. Het vijfde en laatste cluster waarin bovenstaande alternatieve effecten van prestatie-indicatoren kunnen worden samengevat als prestatieparadoxen. Prestatieparadoxen worden gekenmerkt door het lerend vermogen dat door verloop van tijd zal worden gevormd bij partijen die met prestatie-indicatoren worden geconfronteerd.

Het identificeren/specificeren van welke clusters na de invoering van de prestatie-indicatoren zich zullen voordoen, gebeurt door een specifieke onderzoeksmethode die gebruik maakt van scenario's. De methode en de specifieke keuzes die gemaakt zijn binnen deze methode zijn terug te vinden in hoofdstuk 4. Deze scenario's beschrijven alternatieve zienswijzen op de toekomst. Deze zienswijzen op de toekomst weerspiegelen een aantal verschillende omstandigheden waarbinnen prestatie-indicatoren kunnen worden ingevoerd. In ieder van deze zienswijze hebben prestatie-indicatoren een aantal mogelijke doelen en focussen. Deze scenario's worden voorgelegd aan een panel van experts.

In de eerste ronde zijn zes scenario's geschreven. In het eerste scenario is een rationele sturingsmodel weergegeven, het tweede scenario is een zelfsturingsmodel waarin een centrale actor ontbreekt. Scenario drie is getiteld neobureaucratie, waarin een sterke centrale actor op enige afstand veel detailkennis opbouwt. Het vierde scenario is een gereguleerde competitie waarin een centrale actor op louter prestaties bijstuurt. Dit wordt gevolgd door een vijfde scenario waarin het leren van instellingen centraal staat, het contrast met scenario 2 zit hem in de aanwezigheid van een centrale actor en het doel van de indicatoren. Ten slotte is het zesde scenario een beperkte en beknopte vorm met een

zeer sterke centrale actor die veel sanctie bevoegdheden heeft maar stuurt op weinig en beperkte informatie.

Scenario 1 Rationele sturing

Het eerste scenario is genaamd 'rationele sturing'. In dit eerste scenario is een centrale actor aanwezig. De sturing vindt plaats door de centrale actor. Aan deze actor wordt op een hiërarchische, verticale manier verantwoording afgelegd door de individuele instellingen. De verantwoording vindt plaats door middel van rapportages. Deze rapportages hebben een formeel karakter en zijn gedetailleerd. Het detailniveau reikt zover dat de centrale actor kan inzien wat een organisatieonderdeel heeft geleverd over een bepaalde periode. De transparantie die wordt bereikt wordt gekenmerkt door een transparantie van een individuele instelling naar de centrale actor. De centrale actor kan inzien welk onderdeel welke prestaties levert, echter niet op zeer gedetailleerd niveau. De mate transparantie hangt samen met de gedetailleerdheid van de rapportages. De centrale actor beschikt in deze setting over sanctiemogelijkheden (en middelen) om dwingende aanwijzingen op te leggen aan individuele instellingen.

Scenario 2 Zelfsturing

Een andere invulling van hoe prestatie-indicatoren kunnen worden toegepast is zelfsturing. De sturing vindt dan plaats door de instellingen zelf. Er is geen centrale actor die stuurt op basis van de behaalde resultaten. De instellingen vergelijken de prestaties van de eigen organisatie en de bijbehorende onderdelen met collega-instellingen. Prestaties onder niveau zijn bekend bij de andere instellingen. De verantwoording voor de behaalde resultaten vindt horizontaal plaats tussen de instellingen onderling. Een sectorbrede verantwoording wordt afgelegd door in beslotenheid elkaar prestaties te kunnen inzien. De beslotenheid houdt in dat alleen instellingen in de GGZ de prestaties kunnen inzien, er is geen openbaarheid naar de samenleving van deze prestaties. De rapportage is informeel, maar beschrijft daarbij de wijze waarop bepaalde uitkomsten zijn bereikt. In een model van zelfsturing worden instellingen ten opzichte van elkaar transparant, hetgeen inhoudt dat instellingen van elkaar weten wat ze presteren en hoe ze die prestatie tot stand brengen.

Het ontbreken van een centrale actor heeft consequenties voor de mogelijke sancties. Sancties kunnen niet worden opgelegd aan instellingen door andere (collega-) instellingen. De uiterste sanctie bestaat uit 'naming and shaming'. De basis van 'naming en shaming' als sanctie moet instellingen aansporen om een goed kwaliteit/inhoud van zorg te leveren.

Scenario 3 Neobureaucratie

In een neobureaucratisch scenario is een sturende centrale actor aanwezig die op enige afstand van de sector onafhankelijk haar werk uitvoert. De verantwoording aan deze centrale actor is sterk verticaal gericht en zeer hiërarchisch. De rapportages aan de centrale actor zijn zeer gedetailleerd en bevatten grote hoeveelheden informatie. Niet alleen de geleverde prestaties, maar ook de inzet van middelen, toegepaste behandelingen, werkwijzen en geboekte resultaten op sterk gedetailleerd niveau zijn onderdeel van de rapportages. De gedetailleerdheid van de rapportages zorgt voor een grote transparantie van instellingen ten opzichte van de centrale actor. De centrale actor heeft tot in detail kennis van hoe een instelling en afdelingen werken, welke prestaties met welke inzet van middelen en werkwijzen worden bereikt. De sancties waarover deze centrale actor kan beschikken zijn zwaar. Voorbeelden van deze categorie sancties zijn opgelegde budgetinkrimpingen, verplichte verbeterprogramma's tot sluiting van instellingen. Niet alleen zijn de sancties zwaar, ook het toepassen van de sancties zal veelvuldig plaats kunnen vinden.

Scenario 4 Competitie

De centrale actor in een scenario dat wordt gekenmerkt door competitie stuurt louter en alleen op basis van gerapporteerde prestaties. De verantwoording is, net als in scenario 1 en 3, verticaal maar de rapportage is zeer beknopt en geeft alleen de geleverde prestaties weer. De werkwijze waarmee de prestaties tot stand zijn gekomen is niet van belang, alleen de geleverde prestaties doen ter zake. De manier waarop prestaties tot stand zijn gekomen wordt ook niet bekeken of nader onderzocht. Transparantie in een competitie model is gericht op welke instellingen welke prestaties leveren en wordt vanuit centrale actor aan alle instellingen geleverd. De centrale actor voorziet iedere instelling van de informatie die aangeeft welke instelling welke prestaties heeft geleverd. De transparantie van instellingen naar centrale actor is zeer beperkt. Deze beperking komt voort uit de focus op prestaties en het niet meenemen van de achterliggende processen en werkwijzen van totstandkoming. Indien de prestaties van instellingen niet voldoen aan gestelde standaarden, zijn er mogelijkheden om budgettaire sancties toe te passen.

Scenario 5 Leren

Het leren van prestaties van andere instellingen, en zo de gezamenlijke prestaties te verbeteren, staat centraal. In contrast met het tweede scenario, de zelfsturing, verzamelt een centrale actor informele rapportages. Deze rapportages hebben een aanzienlijke gedetailleerdheid, prestaties, processen en inzet van middelen worden beschreven. Op basis van deze rapportages vindt een horizontale verantwoording plaats. Deze verantwoording richt zich niet alleen naar de centrale actor maar ook naar de andere instellingen. De verantwoording heeft het karakter van 'sharing best practices', de techniek en inzet waarmee bepaalde prestaties worden bereikt worden verantwoord zodat andere instellingen een goed werkende techniek en inzet van middelen kunnen overnemen, dan wel leren van deze inzet. De sturing vindt plaats door de instellingen zelf, op voorspraak van de centrale actor. Aan deze vorm van sturing kunnen sancties verbonden zijn als 'naming and shaming', echter in een lerende omgeving wordt gepoogd om met name de positieve prestaties te benadrukken en te verspreiden. Dit scenario levert een hoge mate van transparantie op waarin zowel instellingen als centrale actor zeer gedetailleerde kennis hebben van de manier waarop en de middelen waarmee bepaalde prestaties worden geleverd.

Scenario 6 Beknopt en beperkt

In het zesde scenario is een zeer sterke, dominante centrale actor welke stuurt op de geleverde prestaties. De verantwoording van de prestaties is verticaal van de instellingen naar de centrale actor. De rapportage is zeer formeel vormgegeven door middel van strakke uniforme formats. De inhoud van deze formats is beknopt en alleen gericht op de prestaties en niet op de achtergronden en werkwijzen die hebben geleid tot de totstandkoming van de prestaties. De transparantie van de instellingen tot de centrale actor is zeer beperkt. De centrale actor heeft alleen de beschikking over de aangeleverde data uit de formats en beperkte bevoegdheden tot nader onderzoek van de achterliggende informatie die ten grondslag ligt aan de formats. De centrale actor heeft daarentegen wel de beschikking over een reeks sancties; dit reikt van aanspreken van instellingen op hun prestaties, ‘naming and shaming’, betrekken van andere actoren met bevoegdheden tot nader onderzoek indien prestaties langere tijd niet voldoen aan de gestelde normen, financiële consequenties verbinden aan ondermaats presteren in de vorm van budget verminderingen.

Figuur 3 Zes scenario's eerste ronde

In de zes scenario's in deze eerste ronden is steeds een aantal aspecten gebruikt om de clusters vorm te geven. Deze aspecten zijn sturing, verantwoording, rapportage, sancties en transparantie. Dit resulteert in een aantal vragen zoals: wat is de wijze van sturing, is dit met of zonder een centrale actor? Welke sanctiemogelijkheden heeft deze centrale actor? Hoe gedetailleerd zijn de rapportages en wat is het doel van de verantwoording? En ten slotte, welke mate van transparantie en transparantie ten opzichte van wie brengt dit met zich mee?

De combinatie tussen omstandigheden en het mogelijk optreden van bepaalde clusters is weergegeven in de onderstaande tabel.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Scenario 1		X	X (beperkt)	X	X
Scenario 2	X				X
Scenario 3		X		X	X
Scenario 4		X	X	X	X
Scenario 5	X				X
Scenario 6		X	X	X	X

Tabel 1 Clustering met scenario's in de eerste ronde

Om te kunnen specificeren welke effecten er kunnen optreden zijn deze scenario's aan het panel van experts voorgelegd.

5.3 Werkwijze expertraadpleging

Het panel aan wie de scenario's zijn voorgelegd is gevormd uit verschillende experts. De eerste groep experts komt voort uit de sector zelf. Daarbij is rekening gehouden met de diversiteit aan instellingen. Zo zijn zowel grote, middelgrote en kleine instellingen uitgenodigd. Daarbij is rekening gehouden met verschillende soorten zorgaanbod om diversiteit in het panel te krijgen. Daarbij kan gedacht worden dat niet alleen instellingen met alle vier soorten aanbod⁷, maar ook instellingen met een specifiek aanbod zijn geraadpleegd. Daarnaast hebben experts vanuit de brancheorganisatie GGZ Nederland, de Staatstoezicht op de Volksgezondheid (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland⁸, CTG/ZAio⁹, ZonMw en een tweetal hoogleraren deel uitgemaakt van het panel.

Het panel van experts is in de eerste ronde in individuele interviews een tweetal voorkeursordeningen gemaakt, één naar wenselijkheid van de scenario's en één naar waarschijnlijkheid. Naast deze twee ordeningen zijn de respondenten gevraagd of er in subsectoren van de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg mogelijk een ander scenario wenselijker c.q. waarschijnlijker zou zijn. De laatste vraag in de individuele interviews heeft ruimte aan de respondenten gelaten om opmerkingen en kanttekeningen te plaatsen.

In de tweede ronde is voor een andere benadering van het panel gekozen. Het plannen en afnemen van individuele interviews is tijdrovend. In de tweede ronde is gekozen voor een consultatie per email. Naast tijdsbesparing heeft een emailronde nog een aantal voordelen als een grotere openheid die respondenten ten toon spreiden. Het panel heeft drie scenario's voorgeschoteld gekregen met daarbij de vraag welk scenario zij het meest waarschijnlijk achten en waarom? Ook is gevraagd om de scenario's die zij minder waarschijnlijk achten te voorzien van commentaar.

Response rates

De eerste ronde is aangekondigd middels een email van de voorzitter van GGZ Nederland mevrouw Van Es. Na, in sommige gevallen enig aandringen, heeft de eerste ronde 90%

⁷ Vier hoofdsoorten zorgaanbod zijn APZ, RIAGG, RIBW en VSZ. (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Regionale Instelling voor Beschermd Wonen en Verslavingszorg)

⁸ Heeft ondanks herhaald uitnodigen geen deel uit gemaakt van panel.

⁹ Heeft ondanks herhaald uitnodigen geen deel uit gemaakt van panel.

responsrate gekregen. Van de 20 aangeschreven respondenten hebben slechts Zorgverzekeraars Nederland en CTG/ZAio niet deel genomen aan de interviews. Tot besluit van de face to face interviews is gevraagd of respondenten aan een tweede emailronde mee zouden willen werken. Slechts één van de achttien overgebleven respondenten heeft te kennen gegeven niet mee te willen werken.

De toezegging van respondenten om deel te nemen aan de tweede ronde heeft echter niet geresulteerd in een vergelijkbare response rate. Vier weken na het laatste interview is de tweede ronde per email toegezonden, met verzoek om uiterlijk een week later te reageren. Binnen 24 uur zijn de eerste drie reacties binnen, na drie dagen staat de teller op vier. Op het verlopen van de termijn zijn slechts zeven reacties binnen. Hierop zijn enige respondenten nagebeld. Veel respondenten zijn afwezig vanwege vakantie. Veertien dagen na het verzenden van de tweede ronde is een herinneringsemail verzonden aan de respondenten die niet gereageerd hebben. Daar zijn binnen twee dagen nog drie reacties op ontvangen, inclusief de respondent die eigenlijk niet meer wilde deelnemen.

5.4 Resultaten van de eerste ronde

In de eerste ronde zijn respondenten gevraagd om twee voorkeursordeningen te maken. De eerste ordening betreft de wenselijkheid van de zes scenario's. De tweede voorkeursordening betreft de waarschijnlijkheid, deze ordening levert als eerste keuze het meest waarschijnlijk scenario op waarin prestatie-indicatoren uiteindelijk zullen worden ingevoerd en gebruikt. De respondenten is tevens gevraagd om deze beide ordeningen toe te lichten en als zij kanttekeningen hadden is daar de ruimte voor gecreëerd tijdens de interviews.

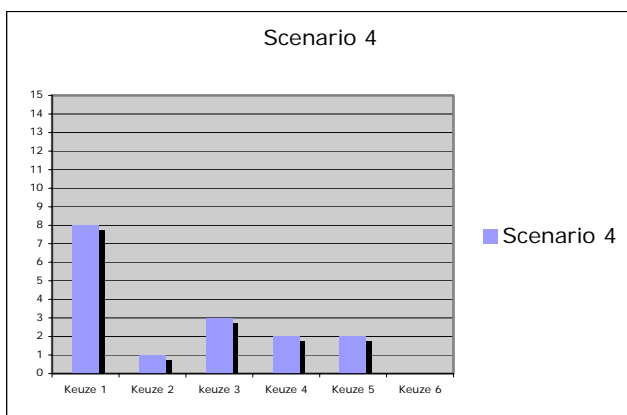
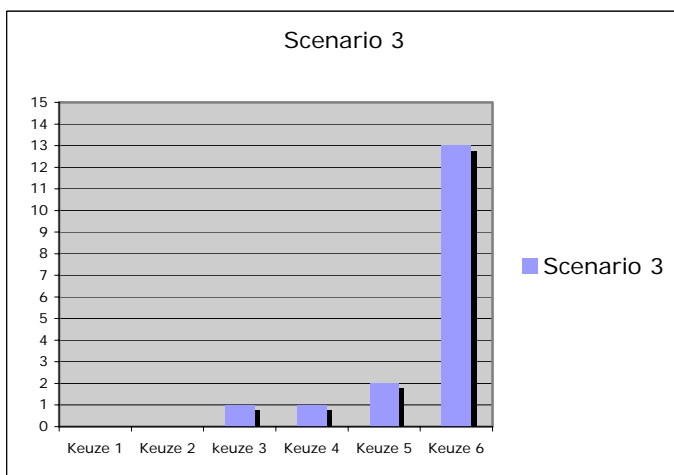
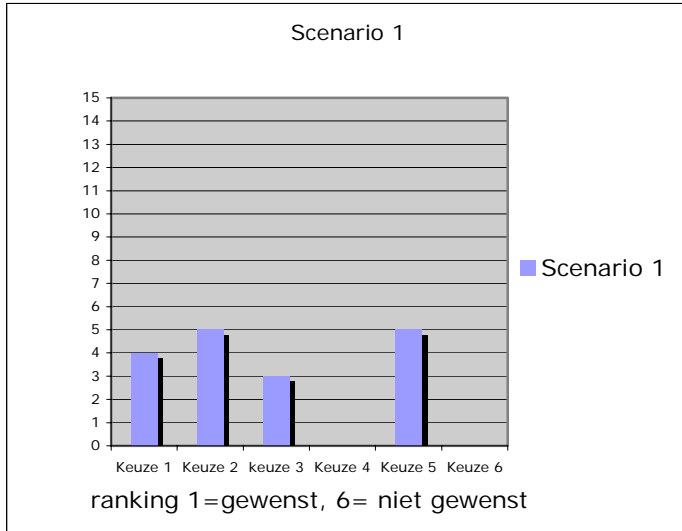
5.4.1 Wenselijkheid

De resultaten uit de eerste ronde wat betreft de ordening naar wenselijkheid zijn weergegeven in de onderstaande tabel, Wenselijkheid eerste ronde. In deze tabel is keuze 1 de kolom waarbij respondenten aangeven dat dit het meest waarschijnlijke scenario is.

Wenselijkheid:	Keuze 1	Keuze 2	keuze 3	Keuze 4	Keuze 5	Keuze 6
Scenario 1	4	5	3	0	5	0
Scenario 2	2	0	5	4	3	2
Scenario 3	0	0	1	1	2	13
Scenario 4	8	1	3	2	2	0
Scenario 5	2	3	6	1	4	0
Scenario 6	4	4	1	5	3	0

Tabel 2 Wenselijkheid eerste ronde

De wenselijkheid laat een aantal outliers zien op specifieke posities maar ook een aantal scenario's dat zowel als meest wenselijk als net daaronder zeer vaak wordt genoemd als wenselijk. Dit kan duidelijker worden gemaakt aan de hand van een reeks figuren die de bovenstaande tabel 2 verduidelijken.



Figuur 4 Drie scenario's met wenselijkheidscore

Het competitie scenario wordt als meest wenselijke scenario betiteld, het wordt acht maal als meest wenselijk boven aan gezet. Wordt echter gekeken naar hoe vaak scenario 4 bij de eerste drie qua wenselijkheid scoort is dit twaalf keer.

Een ander scenario dat hoog scoort qua wenselijkheid is de rationele sturing. Weliswaar is de score op meest wenselijk niet zo hoog als het competitie scenario, maar bij de hoogste drie keuzes voor wenselijkheid scoort ook het scenario rationele sturing twaalf keer.

Opvallend daarnaast is het vrijwel ontbreken van enige score van scenario 3 als wenselijk. Neobureaucratie wordt 13 maal als meest onwenselijk ervaren. Opmerkingen over scenario 3 zijn dat met name het arsenaal aan sancties te groot en te sterk is, dat de professionele autonomie door zoveel druk vanuit de centrale actor zal verdwijnen, er veel te veel naar details wordt gekeken en dat daardoor veel te veel kennis en macht bij de centrale actor komt te liggen. De hoeveelheid details waarover een centrale actor kan beschikken schept dan ook verplichtingen tot handelen en ingrijpen op dit detail niveau. Acceptatie van een dussdanige handelwijze zal door de sector niet worden geaccepteerd, is de verwachting die het panel uitspreekt.

Het vierde scenario, de competitie, wordt door een aantal experts niet als enige belangrijke scenario gezien. Een sterke voorkeur heeft een competitief scenario waarin ook ruimte is voor het leren van elkaar. Een van de opmerkingen waardoor dit vierde scenario minder wenselijk is voor een expert is dat in een scenario zoals dit beschreven is geen tot zeer weinig ruimte werd ervaren voor de vereffeningsmechanismen en de garanties van zorg voor diegenen die dat nodig hebben in deze samenleving. Als een groter probleem worden de risico's voor (en ook van) onverzekerbaren¹⁰ ervaren.

Een andere expert laat daarentegen weten dat als er concurrentie georganiseerd wordt van leren en zelfsturing weinig sprake kan zijn. Instellingen zullen niet langer bereid zijn om concurrentiegevoelige informatie openbaar te maken of te delen met anderen. Deze stelling wordt met name betrokken vanuit een economische visie, gecombineerd met een beeld van de sector. Groot voordeel van competitie als scenario voor invoering van prestatie-indicatoren is dat het politiek ook zeer goed verkoopbaar is. Dezelfde respondent die de politieke verkoopbaarheid aandraagt, maakt echter een kanttekening bij competitie. De voorbeelden in andere sectoren laten zien dat dit een scenario is wat totaal niet nagestreefd moet worden. De risico's van onder andere 'adverse selection' zijn veel te groot in deze

¹⁰ Onverzekerbaren zijn cliënten die niet zijn verzekerd voor de zorg die zij (moeten) ontvangen. Voorbeelden hiervan zijn dak- en thuislozen, drugsverslaafden. Het ontbreken van een verzekering van deze cliënten heeft niet tot gevolg dat zij niet de benodigde zorg ontvangen.

sector, “hier moet niet aan begonnen worden”. Vanuit een andere hoek wordt ingegeven dat de sector niet klaar is voor het werken via competitie als sturingsmechanisme, maar als er via competitie gewerkt gaat worden het systeem dan heel beperkt, simpel en praktisch moet zijn. De vraag daarbij is als het zo eenvoudig en beperkt wordt, meten we dan nog wel kwaliteit?

Het competitiescenario wordt door een andere expert gezien als on-Nederlands, terwijl het aan de andere kant door dezelfde respondent als enige waarschijnlijke scenario wordt betiteld. Het voorbeeld van de plastische chirurgie in Venezuela¹¹ met internationale concurrentiekracht moet als uitgangspunt dienen voor de Nederlandse GGZ.

Slechts een drietal keren is de opmerking gevallen dat in de voorgelegde scenario's er van uitgegaan wordt dat er ook daadwerkelijk een set prestatie-indicatoren is die ingevoerd gaat worden. Deze twee opmerkingen worden meegenomen in de tweede ronde.

5.4.2 Waarschijnlijkheid

Een ander beeld is verkregen wanneer het panel naar de waarschijnlijkheid gevraagd werd. Er is niet één scenario dat zovaak eenzelfde positie krijgt als meest waarschijnlijk in vergelijking met wenselijkheid.

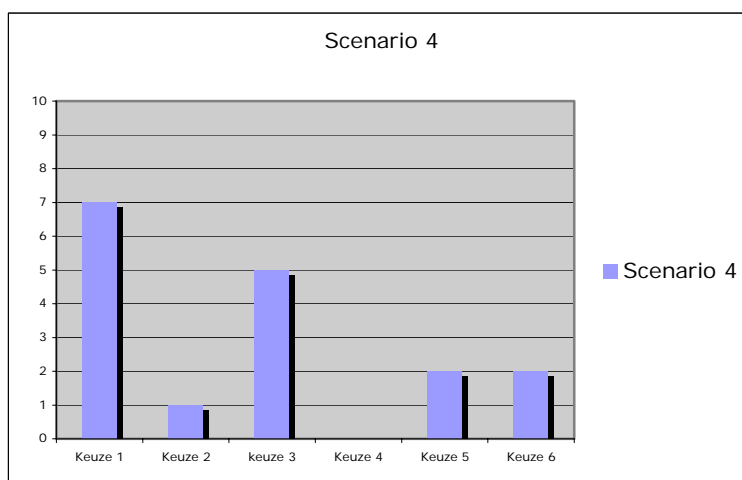
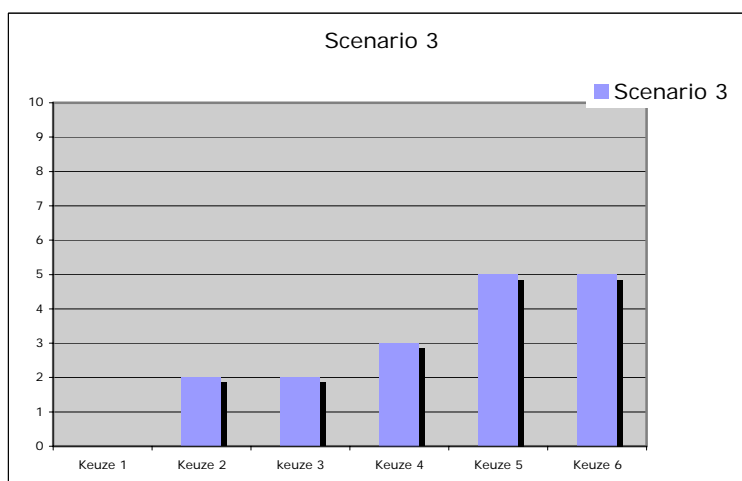
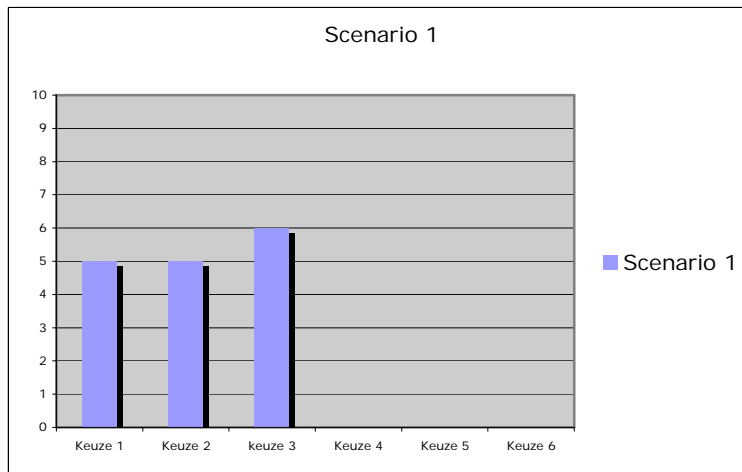
Waarschijnlijkheid	Keuze 1	Keuze 2	keuze 3	Keuze 4	Keuze 5	Keuze 6
Scenario 1	5	5	6	0	0	0
Scenario 2	0	1	1	6	2	5
Scenario 3	0	2	2	3	5	5
Scenario 4	7	1	5	0	2	2
Scenario 5	1	2	2	2	7	2
Scenario 6	3	5	2	3	2	1

Tabel 3 Waarschijnlijkheid eerste ronde

Een opvallende outlier daarin is opnieuw het competitiescenario, dat als meest waarschijnlijk wordt betiteld. Dit vierde scenario is zevenmaal aangegeven als meest waarschijnlijk en komt bij de eerste drie keuzen dertien keer voor. Scenario 1, de rationele sturing neemt opnieuw een tweede plaats in als meest waarschijnlijk. Binnen de eerste drie keuzes naar waarschijnlijkheid komt dit scenario echter zestien keer naar voren. Daarmee wordt het samen met competitie tot de twee meest waarschijnlijk scenario's.

¹¹ Respondent refereert aan de Venezolaanse plastische chirurgie, welke op een dusdanig niveau functioneert dat deze sector een internationale concurrentie aangaat. Niet alleen de goede chirurgen opereren tegen een competitief tarief, maar ook de zorg en nazorg gedurende de behandeling draagt bij aan deze concurrentiekracht. Zowel vanuit Zuid- en Noord Amerika als Europa komen patiënten naar Venezuela om plastische chirurgie te ondergaan. Om deze situatie als uitgangspunt te nemen moet niet alleen beschikbaarheid en wachtlijsten worden aangepakt maar ook kwaliteit van zorg en zorg om de behandeling heen worden meegenomen. Respondent is van Venezolaanse origine.

Andere waarden die opvallen zijn de onwaarschijnlijkheid van zowel zelfsturing (scenario 2) en scenario 5 Leren. Het neobureaucratisch model van scenario 3 wordt als niet bijzonder waarschijnlijk tot onwaarschijnlijk gerekend door het panel.



Figuur 5 Drie scenario's met waarschijnlijkheidsscore

De onwaarschijnlijkheid van scenario 3 is niet geheel eensgezind qua argumentatie. De verhouding waarin de Rijksoverheid en zorgverzekeraars zich bevinden is de laatste jaren veranderd. Aan de ene kant behoort een scenario waarin een neobureaucratie wordt vormgegeven niet langer tot de mogelijkheden. De overheid is niet meer bij machte om een dusdanig scenario in te voeren. De terugtrekkende beweging die de rijksoverheid de laatste decennia heeft gekenmerkt wordt hiervan als oorzaak aangemerkt. Daarbij wordt vaak opgemerkt dat een dergelijk scenario niet zal worden geaccepteerd vanuit de sector. Echter, er zijn panelleden die het neobureaucratische scenario weldegelijk waarschijnlijk achten. De waarschijnlijkheid vindt haar oorzaak met name als reactie op een falende invoering van prestatie-indicatoren. De reactie die kan leiden tot een neobureaucratie zou vanuit de rijksoverheid moeten komen. Enkele respondenten geven zelfs aan dat een vergelijkbaar scenario zelfs de wens van de overheid is. De respondenten die dit aangeven zijn met name te vinden in instellingen en niet zozeer in de controlerende omgeving van de sector. De combinatie van CTG/ZAio, IGZ en ministerie van VWS is, volgens deze respondenten in staat om een dusdanig krachtige centrale actor te vormen door middelen, bevoegdheden en kennis te bundelen.

Een tweede oorzaak voor het vervallen in een scenario 3 is de politieke druk op onderwerpen in de GGZ als Ter Beschikkingstelling, zorgmijders en IBS¹². De discussie rond TBS zou een zelfde wending kunnen nemen als de CIS¹³.

Een ander panellid geeft aan dat scenario 3, neobureaucratie, op dit moment gewoon voorkomt. IGZ en CTG/ZAio zijn gescheiden organen maar als de bevoegdheden worden

12 IBS is afkorting voor In Bewaring Stelling. Een IBS of RM (rechterlijke machtiging) is onderdeel van de Wet BOPZ. Een RM of IBS is nodig om een persoon op te laten nemen indien de persoon geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en ouder is dan 12 jaar of indien de persoon jonger is dan 12 jaar en de ouders geen toestemming willen geven of het onderling niet eens zijn. Een RM tot gedwongen opname wordt door de rechter gegeven indien:

- betrokkene gevaar veroorzaakt;
- het gevaar veroorzaakt wordt door een stoornis van de geestvermogens;
- het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.

(<http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=13125&atoomsrt=2&actie=2>)

¹³ CIS is de afkorting voor Centrale Indicatie Stelling welke wordt opgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg. Door middel van een CIS wordt een inschaling gemaakt over welke zorg een cliënt nodig heeft en welke zorg de cliënt krijgt toegewezen uit onder andere de AWBZ. De wending in de CIS is een beweging naar een zeer bureaucratisch georganiseerde toewijzing. Vanaf 1 januari 2005 is het CIZ door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om indicaties voor de Wet voorzieningen gehandicapten en sociaal-medische advisering te laten uitvoeren door het CIZ.

(<http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/links/raadplegen.asp?display=2&atoom=3802&atoomsrt=6&actie=2> als ook www.ciz.nl)

samen gevoegd is de gelijkenis met de centrale actor in het neobureaucratisch scenario bijzonder groot. Daarbij wordt opgemerkt door dezelfde respondent dat vijftig jaar geleden een dergelijk scenario gebruikelijk was in de GGZ, tot een decennium geleden. Ongeveer een decennium geleden heeft een trendverschuiving naar rationele sturing plaatsgevonden. Een andere opvallende waarde bereikt scenario 2, de zelfsturing. Een model waarin zelfsturing centraal staat wordt onwaarschijnlijk geacht. Een aantal argumenten worden aangedragen. Allereerst is de schaal van de sector als geheel te groot. Een tweede cluster van opmerkingen die vaak wordt geplaatst is dat het ontbreken van een controlerende centrale actor die ook normen stelt voor kwaliteit van zorg te veel vrijheid geeft aan de instellingen. De instellingen zullen daardoor snel geneigd zijn tot achteroverleunen en inslapen. Er ontbreekt een ‘countervailing power’ op het handelen van professionals waardoor professionals dreigen arrogant en lui te worden, aldus sommige respondenten. Respondenten die deze input geven komen uit instellingen en controlerende instanties in de omgeving van het veld. Vaak wordt het argument van arrogant, lui en achteroverleunen gecombineerd met een opmerking dat hierdoor geen verantwoording wordt afgelegd over waar de sector mee bezig is aan de maatschappij en wat er gebeurt met de publieke middelen die worden ingezet in de sector.

Een ander argumentencluster richt zich op de vereiste openheid in zowel lerende als zelfsturende omgevingen. “We zijn niet zulke goede kameraden in deze sector” is een kernmerkende uiting over hoe open instellingen willen zijn ten opzichte van andere instellingen. Daarbij komt door de grote openheid een concurrentiepositie binnen verzorgingsgebieden mogelijk in het geding, alsmede de contracten met zorgverzekeraars. Een scenario waarin leren en zelfsturing centraal staat heeft van veel respondenten wel nadrukkelijk de voorkeur qua waarschijnlijkheid voor kleine instellingen, RIBW en intensieve zorg. Daar is concurrentiedruk niet zo hoog, maar zouden deze kleine instellingen juist echt veel van elkaar moeten leren.

5.4.3 Subsectoren en algemene opmerkingen

Er is geen eensgezinde visie of er subsectoren zijn in de GGZ waar geen of in zeer beperkte mate een competitie mogelijk is. Als een onderscheid wordt gemaakt naar subsectoren worden RIBW's vanwege hun zeer beperkte omvang, afdelingen met zeer intensieve zorg vanwege de solidariteit, mededogen en buitensporig hoge kosten en 24 uurcrisisdiensten door de hoge kosten (zowel sunk costs, duplicatiemogelijkheden, te

moeilijke randvoorwaarden) en beschikbaarheidgarantie. Deze onderdelen van de GGZ worden gezien als niet “vermarktbaar”.

Eén van de grote vrezes die respondenten uiten is dat de introductie van prestatie-indicatoren in de GGZ uiteindelijk zal eindigen in een neobureaucratisch scenario. “Dit is de nachtmerrie voor iedere instelling en professional, dit moeten we niet willen”. Het risico om uiteindelijk te eindigen in een neobureaucratie wordt met name ingegeven door een dwang vanuit de rijksoverheid en samenwerking tussen IGZ en CTG/ZAio.

5.4.4 Reflectie

De scenario's 1 en 4 worden waarschijnlijk als ook wenselijk geacht door een groot deel van het panel. Het derde scenario is vanwege de achterliggende argumentatie meegenomen in de beschrijving van de alternatieve effecten die optreden. Daarbij is opvallend dat zowel de clusters 2, 4 en 5 bij alle drie de scenario's als alternatieve effecten horen.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Scenario 1		X	X (beperkt)	X	X
Scenario 2	X				X
Scenario 3		X		X	X
Scenario 4		X	X	X	X
Scenario 5	X				X
Scenario 6		X	X	X	X

Tabel 4 Clustering bij de eerste ronde

De resultaten uit de eerste ronde kunnen ook op een iets andere manier worden verwerkt. Iedere keuze krijgt een specifiek aantal punten, de keuze voor het meest wenselijk, dan wel waarschijnlijk, levert zes punten op. Een tweede keuze levert vijf punten op, het minst wenselijk/waarschijnlijk levert 1 punt op. Ten grondslag aan deze keuze ligt de aanname dat het meetniveau van dien aard is dat aan de scores geen absolute waarden kunnen worden toegekend. Meer punten wil in dit verband alleen zeggen een hogere plaats in de rangorde. Het toegekende aantal punten aan een keuze (zes punten aan de eerste keuze, vijf punten voor een tweede plaats) is arbitrair, een andere puntenverdeling zal andere resultaten op kunnen leveren. In de onderstaande tabellen de som-scores van wenselijkheid en waarschijnlijkheid weergegeven.

score:	6	5	4	3	2	1	wensscore
Scenario 1	4	5	3	0	5	0	71
Scenario 2	2	0	5	4	3	2	52
Scenario 3	0	0	1	1	2	13	24
Scenario 4	8	1	3	2	2	0	75
Scenario 5	2	3	6	1	4	0	62
Scenario 6	4	4	1	5	3	0	69

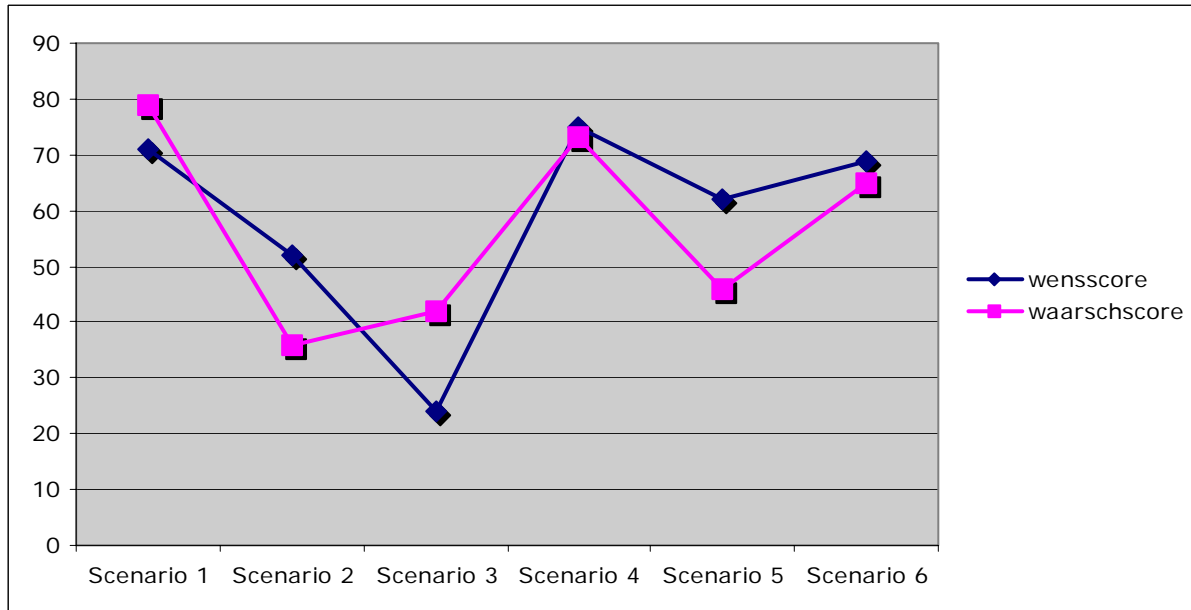
Tabel 5 Som-scores Wenselijkheid

score	6	5	4	3	2	1	waar. score
Scenario 1	5	5	6	0	0	0	79
Scenario 2	0	1	1	6	2	5	36
Scenario 3	0	2	2	3	5	5	42
Scenario 4	7	1	5	0	2	2	73
Scenario 5	1	2	2	2	7	2	46
Scenario 6	3	5	2	3	2	1	65

Tabel 6 Som-scores Waarschijnlijkheid

Deze twee tabellen kunnen worden omgezet naar een grafiek waarin zowel wenselijkheid als waarschijnlijkheid worden weergegeven. De onderstaande grafiek geeft dit beeld. De weergave in de grafiek vereist echter enige kanttekeningen. In onderstaande figuur worden de scores weergegeven als zijnde van een ratio meetniveau of hoger, met een duidelijk nulpunt. Deze aanname is echter niet correct, het gaat hier om een grafische verduidelijking van de onderlinge verschillen. De afstand en waarden zijn derhalve ook geen absolute getallen. Een andere waardetoekenning aan de keuzes in de ordening van de zes scenario's kan er toe leiden dat er verschuivingen optreden.

Onderstaande figuur maakt wel zeer duidelijk dat scenario 1 zowel qua waarschijnlijkheid als wenselijkheid zeer hoog scoort. Scenario 4 scoort hoog op de wenselijkheid en de waarschijnlijkheid van het scenario ontloopt de wenselijkheid vrijwel niet. Scenario 6 laat een hoge score op wenselijkheid als ook op waarschijnlijkheid noteren. Dit vindt haar oorzaak in het vaak scoren op een 1^e, 2^e keuze, of 4^e keuze van scenario 6 als opvolger van rationele sturing of competitie.



Figuur 6 Wenselijkheidsom versus Waarschijnlijkheidsom

Uit de bovenstaande grafiek kan worden opgemaakt dat scenario 1 zowel als wenselijk als waarschijnlijk wordt aangemerkt door het panel. Daarnaast draagt deze weergaven er aan bij een aantal verschillen opvallen. Ten eerste het verschil tussen wenselijkheid en waarschijnlijkheid van het tweede scenario. De zelfsturing wordt wenselijk geacht, mede door de autonomie die door instellingen en sector wordt behouden. De waarschijnlijkheid van het zelfsturingsscenario is de laagste score in deze grafiek. Het panel heeft aangegeven dat de sector niet gebaat is bij zelfsturing, dit zou niet worden geaccepteerd door andere stakeholders. Scenario 3 wordt gewaardeerd met de laagste wenselijkheidscore in deze grafiek. De score op waarschijnlijkheid is hoger, het panel heeft scenario 3 aangegeven als mogelijk doordat stakeholders als VWS, IGZ en CTG/ZAio in deze richting zouden kunnen bewegen als er geen bevredigend resultaat wordt bereikt. De score op waarschijnlijkheid en wenselijkheid van scenario 4 zijn nagenoeg gelijk. Op basis van de uitkomsten die de eerste ronde heeft opgeleverd is een selectie gemaakt. Deze selectie is de input geweest voor de scenario's die in de tweede ronde aan het panel zijn voorgelegd. Scenario 1 steekt met kop en schouders boven alle andere uit, zowel wat wenselijkheid als waarschijnlijkheid betreft. Het idee van dit scenario zal dan ook terug komen in de tweede ronde. Het tweede scenario wordt dusdanig onwaarschijnlijk geacht dat dit niet wordt meegenomen in de tweede ronde. Scenario 3 scoort op wenselijkheid zeer laag en op waarschijnlijkheid laag. Dit geeft aanleiding om dit scenario niet mee te nemen naar de tweede ronde. Echter, het panel heeft bij scenario 3 aangegeven dat dit een

reactie kan worden op een situatie waarin de prestatie-indicatoren niet worden ingevoerd. Het derde scenario zal dan ook niet worden meegenomen, terwijl de aanleiding die tot een dergelijk scenario kan leiden, wel onderdeel van de tweede ronde zal zijn.

De grote wenselijkheid en waarschijnlijkheid van een scenario waarin een vorm van competitie terugkeert geeft aanleiding om dit terug te laten keren in de tweede ronde.

Daarbij heeft één van de respondenten een model aangereikt dat een interessante reactie op zou kunnen leveren van het panel. Ten aanzien van de scenario's vijf en zes zijn de scores op wenselijkheid en waarschijnlijkheid weliswaar hoog, de commentaren vanuit het panel geven geen aanleiding om deze in de tweede ronde mee te nemen. Deze scenario's zijn met name als alternatief gekozen na een scenario dat een hogere score op wenselijkheid, dan wel waarschijnlijkheid, heeft gekregen.

5.5 Tweede ronde

De eerste ronde heeft informatie opgeleverd die input heeft geleverd over welke scenario's wenselijk en waarschijnlijk geacht worden door het panel. Deze informatie is de input geweest voor een tweede raadpleging van hetzelfde panel, deze keer per email. De tweede ronde is gekenmerkt door drie scenario's.

5.5.1 Scenario's in tweede ronde

Het eerste scenario is een competitie scenario dat verder is uitgewerkt. De aanzet voor dit scenario is gegeven door een respondent die heeft gewezen op een paper van Marc Berg (Berg (2004)). Hierin staat een prijsmechanisme centraal dat niet beloont voor een goede keuze maar de consument (financieel) straft als voor een kwalitatief minder goede zorgaanbieder wordt gekozen.

Scenario A

De kern van dit systeem bestaat uit concurrentie tussen aanbieders op producten: het geïntegreerde zorgaanbod als antwoord op een zorgvraag van de patiënt. In een sterk gedereguleerde zorgmarkt worden innovatieve aanbieders zo gestimuleerd om hoge kwaliteit van zorg ook doelmatig te leveren. Patiënten worden geprikkeld om te kiezen voor dergelijke aanbieders doordat zij bij keuze voor onnodig duurdere en/of minder kwalitatief hoogwaardige zorg een eigen, significante maar inkomensafhankelijke bijdrage dienen te gaan betalen.

Patiënten kiezen voor de zorg die zij wensen, en sturen daarmee de aanbieders om veel sterker patiëntgericht de zorg in te richten.

Patiënten die kiezen voor een hoge kwaliteits-prijs verhouding betalen geen eigen bijdrage; voor lagere kwaliteits-prijs verhoudingen worden steeds hogere eigen bijdragen gerekend. Steeds is dus de beste zorg (hoge kwaliteit/doelmatig ingericht) voor een ieder zonder eigen bijdrage toegankelijk. Alleen patiënten die kiezen voor *duurdere* zorg (van gelijke kwaliteit) of voor *minder kwalitatief goede* zorg worden met een eigen bijdrage geconfronteerd

De kwaliteit/prijs verhouding van zorgaanbieders is bekend en patiënten die kiezen voor een uitstekende kwaliteit/prijs verhouding betalen geen eigen risico. Patiënten die toch liever naar een bekende, maar wellicht duurdere en/of minder goede aanbieder gaan, betalen een grotere, percentuele bijdrage van de totale zorgkosten.

De vraag wie deze indicatoren vaststelt en beheert is belangrijk. Het ligt voor de hand om dit als een overheidstaak te zien: het gaat immers om het creëren van de spelregels waarbinnen de markt echt kan gaan werken. En het gaat om het monitoren van de doelmatigheid en de kwaliteit van het zorgsysteem. De vaststelling van de veiligheid en effectiviteit indicatoren zou de IGZ een rol kunnen spelen. Bovendien geven de indicatoren mogelijkheid tot sturing. De rol van het huidige CTG is hiermee enigszins vergelijkbaar: een 'gemoderniseerde' CTG ('zorgautoriteit') zou verantwoordelijk kunnen zijn voor het invullen van het kwaliteit/prijs verhouding instrument.

(gebaseerd op Berg (2004))

Het tweede scenario geeft uiting aan de inzichten van een aantal panelleden die geen doorgang voor de prestatie-indicatoren zagen. Scenario B geeft aan dat er geen invoering

van prestatie-indicatoren plaats vindt. In het scenario worden een aantal spanningsvelden aangedragen waaraan dit geweten zou kunnen worden.

Scenario B

De trends die in het openbaar bestuur en publieke sector worden waargenomen, meer prestatiemeting, meten van gecompliceerdere taken, vinden geen voortgang in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Ondanks alle initiatieven, inspanningen en inzichten in positieve effecten die behaald zouden kunnen worden, zal het niet komen tot een vruchtbare poging tot invoering van één set prestatie-indicatoren.

In dit stadium is er geen eenduidige oorzaak aan te wijzen, deze kan in een aantal spanningsvelden liggen. In het eerste spanningsveld komen de sector (instellingen) en haar belangenvertegenwoordiger samen. Worden zij het eens over hoe de set indicatoren er uit komt te zien? Een tweede mogelijk spanningsveld ligt tussen de sector, (samen met of middels haar belangenvertegenwoordiger) en stakeholders. Deze stakeholders zijn organisaties die gebruik maken van de data en informatie die deze set prestatie-indicatoren moet opleveren. Concrete voorbeelden zijn CTG/ZAio, IGZ, VWS en de zorgverzekeraars. Kan de doelstelling behaald worden dat alle stakeholders de benodigde gegevens uit deze set prestatie-indicatoren kunnen halen? Accepteren stakeholders dat zij een algemene set prestatie-indicatoren moeten bevragen voor hun gegevens? Een derde spanningsveld zou zich kunnen voordoen nadat prestatie-indicatoren niet worden ingevoerd. Is het te verwachten dat de Rijksoverheid zal ingrijpen in de sector?

Scenario C is gebaseerd op het rationele sturingsmodel uit de eerste ronde. Dit scenario is verder uitgewerkt op hoe informatie verzameld en verwerkt wordt, en hoe toegang tot deze informatie per stakeholder gereguleerd kan worden. Daaraan is toegevoegd het gebruik van een Trusted Third Party (TTP). Deze TTP is een verzamelaar van alle data en verwerkt deze data tot informatie voor verschillende stakeholders.

Scenario C

In scenario C wordt een ander mechanisme gebruikt hoge kwaliteit van zorg ook doelmatig te leveren. De invoering van prestatie-indicatoren heeft, in contrast met scenario B, doorgang in de sector. Deze ene set prestatie-indicatoren is voldoende voor de verschillende stakeholders om de voor hen benodigde informatie te kunnen vergaren. Kort samengevat houdt dat in dat IGZ, CTG/ZAio, VWS, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties hun informatievraag bevredigend beantwoord kunnen krijgen.

Er is een 'Trusted Third Party' (TTP) die de aanlevering van de data die voortkomt uit de prestatie-indicatoren verzamelt en verwerkt. De aangeleverde data op basis van de prestatie-indicatoren heeft een zeer hoog detailniveau. De TTP heeft bevoegdheden om de informatie te vergaren bij instellingen, of aan te geven welke instellingen niet (volledig) aan de informatievraag hebben voldaan. Sancties worden echter niet door de TTP zelf genomen maar door de bevoegde stakeholders als IGZ, CTG/ZAio etc.

Om te kunnen voldoen aan alle informatievragen van stakeholders ligt het niveau van detaillering dusdanig hoog dat op patiëntniveau kan worden bekeken welk zorgaanbod is geleverd. Echter, niet iedere stakeholder heeft toegang tot dit niveau van detail. De TTP past voor iedere stakeholder een filter toe welke data en informatie toegankelijk zijn voor welke stakeholder. Hierdoor kan zowel de IGZ als ook een cliëntenorganisatie uit dezelfde gegevensset putten, maar niet op gelijk niveau van detail. Ook instellingen kunnen informatie opvragen over hoe de eigen instelling heeft gepresteerd bijvoorbeeld in vergelijking met andere instellingen. Door de TTP wordt de mate van transparantie in de sector en instellingen gereguleerd. Sturing door de verschillende stakeholders vindt (mede) plaats op basis van de gegevens die worden aangeleverd door de TTP. Ieder stakeholder zal vanuit de eigen bevoegdheden sturen. Het sturen vanuit de eigen bevoegdheden heeft als consequentie dat deze stakeholders ook hun eigen arsenaal aan sancties in kunnen zetten.

De clustering van alternatieve effecten blijft gelijk aan de eerste ronde. De drie nieuwe scenario's hebben wel een ander accent gekregen welke alternatieve effecten kunnen optreden. In onderstaande tabel is weergegeven welke clusters voor ieder scenario kunnen optreden.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Scenario A		X	X	X	X
Scenario B					
Scenario C		X		X	X

Tabel 7 Clustering bij de tweede ronde

5.5.2 Resultaten tweede ronde

In deze presentatie van de resultaten van de tweede ronde komen eerst de drie scenario's afzonderlijk aanbod met de commentaren die het panel hierbij heeft gemaakt. Deze paragraaf zal besluiten met een korte reflectie op deze tweede ronde. Er is in deze ronde niet gevraagd naar een voorkeursordering van wenselijkheid of waarschijnlijkheid zoals dit in de eerste ronde geschiedde. Het panel is gevraagd om aan te geven of in deze scenario's elementen zijn die opvallen en waarom deze elementen opvallend zijn. Er is derhalve geen weergave te maken zoals dit in de eerste ronde is gebeurd.

Reacties op scenario A

Het competitie scenario van krijgt enigszins uiteenlopende reacties. Er worden vraagtekens gezet bij het vermogen van cliënten in de GGZ en Verslavingszorg om een dergelijke keuze te maken. Enige respondenten kunnen zich niet voorstellen dat een systeem wordt vormgegeven waarin een cliënt letterlijk wordt afgerekend op zijn keuzes, een respondent kenschetst dit scenario met "Moet je je maar beter informeren lui lak!!" Een andere respondent merkt op dat een manier van organiseren van zorg als in dit scenario een open einde regeling betekent. Daarmee zijn geen budgetplafonds aangegeven per instelling, hoe meer zorg wordt geleverd door een instelling hoe meer geld daar tegenover staat. Dit wekt enige verbazing.

Het wel en wee van een cliënt en behandelaar moet centraal staan. Een insteek zoals in scenario A wordt vormgegeven kan volgens respondenten niet altijd garanderen dat de cliënt centraal blijft staan, dit wordt als problematisch ervaren. Met name de care-sector van de GGZ zou niet kunnen werken met een dergelijk systeem.

Er wordt tevens opgemerkt dat een scenario met deze vorm van marktwerking wel goed politiek verkoopbaar is. Het scenario is nastrevenswaardig, onder voorwaarde dat de prestatie-indicatoren ook echt goed aan kunnen geven wat de prijs/kwaliteitsverhouding is die door instellingen per behandeling wordt geleverd. Eén respondent merkt op dat "dat nu al de huidige competitie tussen zorgaanbieders en de straks aanwezige concurrentie leiden tot vertekening of zelfs vermindering van de performance en de presentatie van uitkomstresultaten,

omdat iedere zorgaanbieder zichzelf zo voordelig mogelijk wil presenteren op de zorgmarkt." In dit scenario wordt ervaren dat deregulering heeft plaatsgevonden. In enkele reacties wordt aangegeven dat de rol van toezicht en controle zal veranderen door een vorm van marktwerking. Daarbij wordt sterk benadrukt dat de deregulering niet heeft plaats gevonden, hooguit zal een verschuiving van regulering plaats vinden. Hier wordt

met name bedoeld op de rol van IGZ en ZAiO. De rol van toezicht zal, zo is de verwachting van de IGZ, alleen maar toenemen naar mate de invoering volgens een marktwerkingsprincipe zal plaats vinden. De rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verandert wel in sterke mate: met de verschuiving van aanbodgestuurde zorg (die van te voren naar aard en volume werd vastgesteld) naar vraagsturing en gereguleerde marktwerking verandert de IGZ van controle op het aanbod vooraf naar toezicht op de uitkomsten van zorg achteraf.

Scenario B

In het tweede scenario, B, gaat de voorgenomen invoering van een set prestatie-indicatoren niet door. Respondenten kunnen aangeven hoe waarschijnlijk zij dit achten en in welke spanningsvelden zij de oorzaak denken te kunnen vinden. Dit scenario wordt zowel onwaarschijnlijk als de huidige situatie genoemd. Aan de ene kant geeft het panel aan hoe 'hondstrouw' de sector is als het gaat om invoeren van nieuwe modellen als het INK-model¹⁴. De verwachting van deze respondent is dan ook dat een scenario B, waarin geen prestatie-indicatoren worden ingevoerd, niet zal voorkomen.

De andere respondenten geven aan dat het tijdsbestek waarin de tweede ronde plaats vindt, wordt gekenmerkt door negatieve advisering vanuit GGZ Nederland om een convenant te tekenen met VWS over prestatie-indicatoren. Een van de hete hangijzers is of sector en stakeholders het eens kunnen worden of de huidige prestatie-indicatoren de benodigde informatie in voldoende mate kunnen leveren. Als tweede hangijzer in deze discussie is de opstelling van de overheid, in casu hoofdzakelijk het ministerie van VWS en de IGZ. Van die zijde wordt er op aangedrongen dat beide stakeholders ten aller tijde eigen indicatoren moeten kunnen toevoegen en extra informatievragen aan de sector kunnen opleggen. De IGZ heeft de bevoegdheid om nader onderzoek (het gelaagde en gefaseerde toezicht¹⁵) toe te passen.

¹⁴ "Het INK-managementmodel is een allesomvattend kader voor de bedrijfsvoering. De negen aandachtsgebieden geven het management houvast en overzicht. De terugkoppeling in het blok 'Verbeteren & Vernieuwen' en het concept van vijf ontwikkelingsfasen, geven sturing aan het proces van continue verbetering. Resultaten meten gebeurt aan de rechterkant van het model, vanuit het perspectief van vier groepen belanghebbenden. De activiteiten van de organisatie zijn vervat in vijf aandachtsgebieden aan de linkerzijde. De afsluiting van het model is een terugkoppellus: verbeteren en vernieuwen is immers een voortdurend proces." (<http://www.ink.nl/download/infobrochure2005.pdf>).

¹⁵ "Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (kortweg gefaseerd toezicht genoemd) is gericht is op het opsporen en toezicht houden op risicovolle instellingen en bedrijven. Bij deze nieuwe werkwijze is het algemeen toezicht verdeeld in drie fasen. Allereerst worden risicovolle instellingen en bedrijven opgespoord. De IGZ vraagt gegevens op met behulp van een digitaal inspectieformulier. Op basis hiervan maakt de inspectie een risico-inschatting.

Scenario B wordt met een aantal kenmerkende termen omschreven: “nog het meest voorstelbaar”, “de situatie die nu dreigt te ontstaan, maar in ieder geval niet ideaal”, “het meest waarschijnlijke”. Een respondent vat het heel kort samen en stelt dat in meerdere sectoren een poging wordt gedaan om een eenduidige set prestatie-indicatoren te ontwerpen. Daarbij merkt hij op dat in andere sectoren stakeholders altijd om extra informatie blijven vragen. Ook dit zal in de GGZ het geval blijken. Dezelfde respondent maakt overigens duidelijk dat dit scenario tevens vrij onwaarschijnlijk is, aangezien de brancheorganisatie in november met een set indicatoren komt die draagvlak zal hebben in de sector.

Scenario C

In scenario C wordt de informatie verzameld door een derde onafhankelijke partij, de Trusted Third Party. Stakeholders hebben gespecificeerde toegang tot verschillende soorten informatie en verschillende aggregatieniveaus van informatie. Algemeen beeld dat uit de respons komt geeft aan dat, als de huidige padstelling met de stakeholders kan worden doorbroken en VWS en IGZ niet al te veel aanvullende eisen neerleggen, scenario C de meest waarschijnlijke situatie is waarin prestatie-indicatoren in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg worden ingevoerd. Daarbij worden wel een aantal kanttekeningen geplaatst.

Allereerst wordt vrijwel panelbreed opgemerkt dat dit een complex systeemontwerp met zich mee zal brengen. De complexiteit van het systeem van registratie, aanlevering aan de TTP en toelevering van informatie aan de stakeholders kan het risico met zich meebrengen dat er een ‘moloch’ wordt geschapen. De inschatting voor het ontstaan van een moloch heeft veel weg van een neobureaucratie.

Als belangrijkste functie wordt aangegeven dat een TTP gegevens verzamelt en beheert in opdracht van verschillende partijen. Het is volgens een respondent echter te simpel om te stellen dat er binnen deze databank slechts een verschil in niveau's van detaillering zou bestaan (“segmentering”). De vragen die de IGZ zou willen stellen kunnen ook kwalitatief anders blijken te zijn dan die de brancheorganisatie of andere stakeholders van belang achten. Daarbij wordt gevraagd of het mogelijk is om al deze informatievragen uit één set prestatie-indicatoren te kunnen leveren. Volgens panelleden bestaat er “weinig samenhang tussen kwaliteitskeurmerken en de feitelijke uitkomsten van zorg”. Hiermee worden

In de tweede fase vindt een inspectiebezoek plaats bij de instellingen en bedrijven met een kans op een verhoogd risico. Als uit de tweede fase blijkt dat de zorg of de producten kwalitatief onvoldoende zijn, gaat de inspectie over op repressief toezicht. Het toezicht wordt in deze fase verscherpt en er worden maatregelen getroffen.” (<http://www.igz.nl/gt/indexns.html>)

vraagtekens gezet bij het nut van één set indicatoren waaruit alle stakeholders de voor hen benodigde informatie kunnen halen.

5.5.3 Reflectie

De reacties van de respondenten zijn niet zo eenduidig als in de eerste ronde. Er is niet één scenario dat als absoluut waarschijnlijk kan worden betiteld, of een scenario dat volstrekt de plank mislaat. Ieder scenario heeft elementen die in een toekomstige situatie zich voor kunnen doen.

Het competitie scenario van Marc Berg is gepresenteerd als of het weinig alternatieve effecten zou kunnen bevatten door de omdraaiing van het prijsmechanisme. Echter, De clusters 2, 3, 4 en 5 kunnen zich voordoen. De rationele sturing heeft enige veranderingen ondergaan, er is niet één centrale actor die stuurt. Het scenario C heeft een TTP die voor de distributie van data en informatie zorg draagt. Stakeholders houden de eigen sturingsbevoegdheden. De alternatieve effecten in cluster 3 zullen zich nog verder beperken. Verdere alternatieve effecten uit andere clusters zullen mogelijk blijven. Scenario B, waarin de invoering niet doorgaat, heeft geen van de voornoemde alternatieve effecten, simpelweg omdat er geen alternatieve effecten zijn beschreven die veroorzaakt worden door het niet gebruiken van prestatie-indicatoren. Indien een scenario B plaats zal vinden in de GGZ zullen hier weldegelijk effecten uit voortkomen. Daarbij kan onder meer gedacht worden aan een verslechterde verstandhouding tussen de stakeholders, instellingen en brancheorganisatie. Dit zou kunnen resulteren in een situatie waarin een aantal stakeholders als VWS, IGZ en CTG/ZAio op hun bevoegdheden wijzen. Zoals is aangegeven in de reacties van het panel op scenario drie, zou scenario B kunnen resulteren in een neobureaucratisch scenario zoals in de eerste ronde is beschreven.

5.6 Conclusie

Uit de eerste ronde kan worden opgemaakt dat er twee scenario's wenselijk zijn. Het competitie scenario en het rationele sturingsscenario zijn als meest wenselijk betiteld. De meest waarschijnlijke scenario's zijn tevens de scenario's waarin competitie en rationele sturing centraal staan. Ieder van deze scenario's heeft een of meerdere clusters die duiden op de alternatieve effecten. Voor beide scenario's geldt dat de clusters 2, 4 en 5 behoren tot de alternatieve effecten die mogelijk zijn.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Scenario 1		X	X (beperkt)	X	X
Scenario 2	X				X
Scenario 3		X		X	X
Scenario 4		X	X	X	X
Scenario 5	X				X
Scenario 6		X	X	X	X

Tabel 8 Clustering van effecten en scenario's

In het tweede cluster zijn de convex/concave diseases waarin de werkelijke prestatie groter, respectievelijk kleiner wordt voor gesteld dan in werkelijkheid het geval is, hypertrophy stimuleert (ongewenste) productie als gevolg van het meten op één of meerdere aspecten, atrophy is het tegenovergestelde van hypertrophy en heeft tot gevolg dat de productie verminderd, Mandelbrot disease waarin de maat die gebruikt wordt om te meten niet aansluit op het te meten onderdeel, en stimuleren van strategisch gedrag ingedeeld.

Het vierde cluster bevat inflation disease dat als een sterke groei laat zien van het aantal indicatoren zonder dat dit bijdraagt aan kennis over wat gepresteerd wordt, pollution disease is vermenging van de focus waar meetinstrumenten op gericht zijn, enlightenment/bottom up disease geeft aan dat invoering van indicatoren door externen betrouwbaarheid en draagvlak kunnen ontberen, time shortening legt de focus op het verkorten van termijn waarin prestaties worden geleverd, mirage disease duidt op het meten van een ander aspect dan wordt aangenomen dat gemeten wordt, cash cow creation waarin de focus van prestatie-indicatoren er toe bijdraagt dat louter op activiteiten die eenvoudig zijn te vervaardigen en geld op leveren wordt gepresteerd en ten slotte shifting disease waarbij de indicatoren niet overeenstemmen met de vooraf gestelde doelen die ten grondslag liggen aan de invoering van prestatie-indicatoren.

Het vijfde cluster van alternatieve effecten wordt gekenmerkt door lange termijn effecten en bevat remmende werking op innovatie, ossification hetgeen een verstarring is ten gevolge van verminderde drang naar innovatie, perverse learning waarin organisaties leren welke onderdelen worden gemeten, welke lacunes er in het systeem van prestatiemeting zitten en daar hun inzet op afstemmen, straf op bovengemiddelde prestaties waarin

instellingen die bovenmaats presteren minder middelen krijgen omdat zij hun huishouding op orde hebben en slecht presterende instellingen worden beloond met budgetten om de huishouding op orde te krijgen, adverse selection waar alleen die cliënten worden geaccepteerd die ook daadwerkelijk een goede bijdrage zullen leveren op de te rapporteren prestaties en ten slotte positive learning waarbij de slechte presteerders uiteindelijk zullen verdwijnen en eventueel worden vervangen door instellingen die beter presteren. Het competitiescenario heeft naast de effecten uit de clusters 2, 4 en 5 nog mogelijke alternatieve effecten in het derde cluster, te weten cash cow creation, tunnelvisie, cherry picking en creaming waarbij alleen die cliënten zullen worden geselecteerd die bijdragen aan een positieve prestatie.

De tweede ronde heeft zich toegespitst op de meest waarschijnlijke (en tevens meest wenselijke) scenario's uit de eerste ronde zoals is aangegeven aan het einde van paragraaf 5.4. Deze scenario's zijn niet ongewijzigd gebruikt maar hebben een aantal aanpassingen ondergaan. In onderstaande tabel worden deze veranderingen samengevat. In de eerste kolom staat het oorspronkelijke scenario uit de eerste ronde, de drie kolommen er naast geven een drietal wijzigingen aan die uiteindelijk bepalend zijn voor het scenario in de tweede ronde.

Scenario ronde 1	Visie op cliënt	Sturing	Transparantie	Input ronde 2
Scenario 1	Rationele consument	Prijsmechanisme	Hoog, openheid naar samenleving	Scenario A
Scenario 4	Patiënt met beperkte rationaliteit	Eigen bevoegdheden stakeholders	Hoog, complex gereguleerd, open naar stakeholders	Scenario C

Tabel 9 Aanpassing scenario's van ronde 1 naar ronde 2

Aan de tweede ronde is een derde scenario toegevoegd dat een nieuwe situatie creëert, het niet doorgaan van de invoering. De uitkomst van de tweede ronde kent geen uitkomst die eenduidig is als de uitkomsten van de eerste ronde. Het panel is ook niet gevraagd naar een ordening naar waarschijnlijkheid, maar naar commentaren op deze drie scenario's. Ieder van deze drie scenario's is een mogelijk scenario waarin prestatie-indicatoren ingevoerd gaan worden.

Uiteindelijk zijn drie dilemma's bepalend voor welk van de drie nieuwe scenario's de basis zal gaan vormen om prestatie-indicatoren in te voeren. Het eerste dilemma betreft de visie op de persoon die een beroep doet op de GGZ. Wordt deze persoon gezien als cliënt/consument die in staat is afgewogen keuzes te maken of is de visie gericht op de patiënt die geholpen moet worden? Het zou mogelijk kunnen zijn dat afhankelijk van bijvoorbeeld de zorgvraag, aandoening of behandeling een onderscheid binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg op de visie van de persoon.

Een tweede element dat bepalend is voor het uiteindelijke scenario is de sturingsvorm die zal worden toegepast. Daarbij staat centraal de vraag of, en zo ja in hoeverre, stakeholders bereid zijn om hun huidige sturingsmechanismen aan te passen.

Een derde en laatste dilemma is de transparantie. Zoals reeds uit de eerste ronde in dit onderzoek naar voren is gekomen kan het transparant maken wat een instelling presteert en hoe deze prestaties tot stand komen niet op een groot draagvlak rekenen. Het bereiken van transparantie kan in verschillende mate. Daaraan kan gedacht worden, zoals in het scenario C een gereguleerde transparantie naar stakeholders. Scenario A gaat veel verder en verlangt een verregaande transparantie (openheid) naar de samenleving. Een dilemma begint hier vorm te krijgen ten opzichte van wie instellingen hoe open en transparant willen en kunnen zijn en in hoeverre kunnen stakeholders zich daarmee tevreden stellen.

6 Conclusie

6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn de contouren van verschillende toekomstbeelden van prestatie-indicatoren in de GGZ geschetst. In dit hoofdstuk worden de bijdragen vanuit de verschillende hoofdstukken samengevoegd en wordt daarmee een antwoord gegeven op de centrale vraagstelling. Dit conclusie-hoofdstuk heeft de volgende structuur. Allereerst wordt in paragraaf 6.2 het onderzoeksdesign kort gerecapituleerd. Daarna worden antwoorden op de deelvragen uit het design geformuleerd in paragraaf 6.3. Op basis van de antwoorden op de deelvragen wordt in paragraaf 6.4 de centrale vraagstelling beantwoord, en daarmee worden ook de hoofdconclusies van deze studie geformuleerd. In paragraaf 6.5 wordt gereflecteerd op deze conclusies, door in te gaan op de uitdagingen en dilemma's van prestatie-indicatoren in de GGZ. Tot slot wordt in paragraaf 6.6 ingegaan op de noodzaak en mogelijkheden van vervolgonderzoek

6.2 Recapitulatie van het onderzoeksdesign

In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg gaat binnen afzienbare tijd gewerkt worden met prestatie-indicatoren. In de argumentatie om dit instrument te gaan hanteren hebben positieve effecten sterk de overhand gekregen. Argumenten die worden gehanteerd zijn terug te vinden in onder andere paragraaf 1.1. Aan het werken met prestatie-indicatoren kunnen ook minder positieve kanten en effecten zitten. Het doel van dit onderzoek is het specificeren van welke alternatieve effecten op kunnen treden in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Zoals in het eerste hoofdstuk vermeld, luidt de centrale vraagstelling in dit onderzoek luidt: *Welke effecten voor het meten van prestaties kunnen verwacht worden ten gevolge van het invoeren van prestatie—indicatoren die worden ontwikkeld door GGZ Nederland?* Deze vraag is uitgesplitst in een viertal deelvragen. Deze deelvragen beslaan vier onderdelen die nodig zijn om de centrale vraagstelling te beantwoorden. De eerste deelvraag luidt: *wat zijn de indicatoren waarmee kwaliteit van zorg gemeten zal gaan worden?* De tweede deelvraag gaat in op wat de alternatieve effecten van prestatie-indicatoren zouden kunnen zijn: *welke effecten kunnen in theorie optreden als gevolg van invoering van prestatiemeting?* De derde deelvraag gaat over welke methode van onderzoek gebruikt kan worden en welke keuzes er zijn gemaakt om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden: *Op welke wijze kunnen effecten van prestatie-*

indicatoren worden vastgesteld? De laatste deelvraag geeft aan welke effecten van invoeren van prestatie-indicatoren kunnen worden ingeschat?

6.3 Deelvragen en deelantwoorden

De beantwoording van de eerste deelvraag geeft aan wat de indicatoren zijn en wat deze indicatoren meten. De ontwikkelde set prestatie-indicatoren bevat zes dimensies waarop gemeten gaat worden. In de eerste dimensie, 'Effectiviteit', wordt gemeten wat de ontwikkelingen in het dagelijks functioneren van de patiënt zijn, wat de ernst in de problematiek is en hoe deze zich ontwikkelt, wat de kwaliteit van leven van de patiënt is en wat het bereik van bemoeizorg en preventie is.

De tweede dimensie 'Patiëntgerichtheid' meet patiënttevredenheid, keuzevrijheid, need fulfillment en in hoeverre patiënt akkoord is met zijn behandelplan. De 'Patiëntveiligheid' meet het aantal klachten, incidenten, suicides, veiligheid rond medicatie en behandelonderbreking. De vierde dimensie 'Kwaliteitsborging' geeft aan welke certificering de instelling heeft behaald en in hoeverre state of the art behandelmethoden worden toegepast. 'Bedrijfsmatige indicatoren' vormen de vijfde dimensie en geven aan wat doelmatigheid van behandeling is, hoe lang wachttijden op behandeling zijn. De zesde en laatste dimensie heet en meet de 'medewerkertevredenheid'.

De tweede deelvraag is in het derde hoofdstuk beantwoord door een literatuureview over alternatieve effecten van prestatie-indicatoren. De alternatieve effecten die uit de literatuurreview zijn gekomen zijn onderverdeeld in vijf clusters. In het eerste cluster worden prestatie-indicatoren gezien als neutrale instrumenten. Prestatie-indicatoren in dit cluster leveren met name informatie op die ook neutraal van aard is. Deze prestatie-indicatoren zijn meestal niet verbonden met een arsenaal aan sancties. In het eerste cluster zijn Pangloss disease, impossibility disease en hypochondria ondergebracht.

In het tweede cluster hebben indicatoren tot doel om verantwoording af te leggen, oordeelsvorming mogelijk te maken op basis van de geleverde informatie of af te rekenen. Alternatieve effecten in dit tweede cluster houden dan ook verband met oordeelsvorming en verantwoording. De convex/concave disease, hypertrophy, atrophy, Mandelbrot disease, en stimuleren van strategisch gedrag zijn onderdeel van het tweede cluster.

Het derde cluster wordt gevormd door effecten die samenhangen met de focus van de prestatie-indicatoren. In dit cluster wordt de focus van een prestatie-indicator op een onderdeel van de totale productie gericht en richt zich op de balans tussen focus en de

geleverde prestatie. Het derde cluster wordt gevormd door cash cow creation, cherry picking, creaming en tunnelvisie.

De vierde clustering van effecten geeft aan dat prestatie-indicatoren er op gericht zijn een gedragsverandering te veroorzaken. Het vierde cluster bevat inflation disease, pollution disease, enlightenment, bottom up disease, time shortening, mirage disease, shifting disease, cash cow creation.

Het laatste cluster bestaat uit prestatieparadoxen en het lerend vermogen van personen en organisaties. Dit lerend vermogen dat door verloop van tijd zal worden gevormd bij partijen draagt bij aan een reeks alternatieve effecten zoals remmende werking op innovatie, ossification, perverse learning, straf op bovengemiddelde prestaties, adverse selection en positive learning.

Op welke wijze kunnen effecten van prestatie-indicatoren worden vastgesteld?

Het toekomstverkennend karakter van dit onderzoek stelt speciale eisen aan de manier waarop dit onderzoek is vormgegeven. Gekozen is voor een Delphi-methode aangezien de verwachting is dat alternatieve effecten zich voor doen. Daarbij is het beleidsproces niet in geheel afgerond, resultaten van dit onderzoek kunnen worden meegenomen in de verdere besluitvorming. In deze verdere besluitvorming zijn mogelijkheden om alternatieve zienswijzen toe te voegen. De alternatieve zienswijzen op toekomstige omstandigheden waarin prestatie-indicatoren kunnen worden ingevoerd, worden scenario's genoemd. Deze scenario's zijn voorgelegd aan een panel van experts. Dit panel heeft individueel, anoniem en via de band haar visie gegeven op de scenario's. In de eerste ronde is gekozen voor kwalitatieve face-to-face interviews met scenario's. In de tweede ronde is opnieuw gewerkt met scenario's, maar dit keer is een emailronde gehanteerd. Het panel bestaat uit experts vanuit de sector en daarbuiten, instellingsdirecteuren en medewerkers van GGZ Nederland.

Welke effecten van invoeren van prestatie-indicatoren kunnen worden ingeschat?

In de eerste ronde zijn zes scenario's aan het panel voorgelegd. Het panel is in de eerste ronde gevraagd om scenario's te ordenen op wenselijkheid en waarschijnlijkheid, aan te geven welke argumenten zij daarvoor hanteren, of er verschillen zijn voor subsectoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg waar bepaalde scenario's meer of minder van toepassing zouden kunnen zijn. In de individuele interviews is ruimte gecreëerd voor opmerkingen van andere aard dan direct verbonden aan de scenario's.

De eerste ronde laat zien dat het panel scenario's met een competitie en een rationele sturing als meest wenselijk en meest waarschijnlijk ziet. Het scenario waarin een neobureaucratie wordt beschreven ziet het panel als meest onwenselijk.

Het panel merkt de scenario's 1 en 4, rationele sturing en competitie aan als zijnde waarschijnlijk. Scenario 3, de neobureaucratie krijgt van het panel het commentaar dat dit het resultaat zou kunnen zijn wanneer het niet lukt om prestatie-indicatoren met consensus in te voeren.

Bij ieder scenario zijn één of meerdere clusters aan effecten mogelijk, zoals is weergegeven in onderstaande tabel.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Scenario 1		X	X (beperkt)	X	X
Scenario 2	X				X
Scenario 3		X		X	X
Scenario 4		X	X	X	X
Scenario 5	X				X
Scenario 6		X	X	X	X

Tabel 10 Clustering scenario's en effecten in eerste ronde

Scenario 1 heeft effecten in de clusters 2, 4, 5 en beperkte effecten in cluster 3. Dit resulteert in het mogelijk optreden van de effecten die in deze clusters zijn vermeld. Cluster 2 betreft convex/concave disease, hypertrophy, atrophy, Mandelbrot disease, en stimuleren van strategisch gedrag. In het vierde cluster zijn effecten verzameld als inflation disease, pollution disease, enlightenment, bottom up disease, time shortening, mirage disease, shifting disease en cash cow creation. In het vijfde cluster worden remmende werking op innovatie, ossification, perverse learning, straf op bovengemiddelde prestaties, adverse selection en positive learning als effecten weergegeven.

Deze reeks aan effecten kan worden ingeschat indien een scenario met rationele sturing zich voordoet. Aan deze reeks van effecten kan voor het competitie scenario worden toegevoegd de effecten uit het derde cluster, te weten cash cow creation, cherry picking, creaming en tunnelvisie.

6.4 Beantwoording van de vraagstelling

Uit het onderzoek is gebleken dat competitie en rationele sturing wenselijk en waarschijnlijk zijn. Daarnaast is gebleken dat een derde situatie mogelijk is, waarin (voorlopig) geen prestatie-indicatoren worden ingevoerd.

De situatie die wordt omschreven als competitie gaat uit van een rationeel kiezende consument van producten van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Patiënten hebben de mogelijkheid om te kiezen welke zorg zij afnemen bij welke aanbieder. Hoe beter de kwaliteit van het product dat de patiënt kiest, hoe lager de eigen bijdrage. Een hoge transparantie over kwaliteit van producten is een vereiste, de geleverde kwaliteit is open naar de samenleving.

Effecten die plaats vinden worden gekenmerkt door het gunstiger presenteren van geleverde prestaties. Dit kan op een aantal verschillende manieren, het weglaten, niet rapporteren of verbloemen van mindere prestaties, het selecteren op cliënten waar gunstige resultaten mee kunnen worden behaald en het niet accepteren van cliënten waar minder goede of geen resultaten mee behaald kunnen worden. Daarnaast zullen producenten alleen nog leveren waar ze heel goed in zijn aangezien dat meer patiënten en middelen oplevert. De kwaliteit van zorg kan hierdoor wellicht stijgen, maar wat betekent dit voor de beschikbaarheid van zorg in de nabijheid van de patiënt? Instellingen zullen na verloop van tijd leren op welke onderdelen van de productie de prestatie-indicatoren de nadruk leggen. Gevolg hiervan is dat de gerapporteerde prestaties anders zijn dan de werkelijk geleverde prestaties.

In de tweede realistische situatie is een Trusted Third Party aanwezig die alle informatie die de prestatie-indicatoren oplevert verzameld. Deze informatie wordt op basis van verschillende toegangsrechten aan stakeholders ter beschikking gesteld. De mate van transparantie is hoog, maar wordt naar verschillende stakeholders op een ander detailniveau gepresenteerd. Stakeholder A kan daardoor over een veel groter detailniveau beschikken dan stakeholder B. Stakeholders blijven de eigen sturingsbevoegdheden behouden.

De effecten die op kunnen treden worden gekenmerkt door allerlei manieren waardoor prestaties vertekend worden weergegeven ten opzichte van de werkelijke prestaties, het selecteren van patiënten op basis van te verwachten behandelingseffect, nadruk leggen op behandelingen waarmee gescoord kan worden. Ten slotte zijn effecten op langere termijn dat organisaties leren welke onderdelen van belang zijn in de prestatie-indicatoren waardoor de indicatoren hun meetwaarde verliezen.

Een derde realistische situatie waarin prestatie-indicatoren niet worden ingevoerd kan dit onder andere lijden tot een neobureocratisch scenario waarin specifieke stakeholders afzonderlijk informatievragen op leggen. Daarnaast zijn verslechterde verhoudingen tussen stakeholders, sector en belangenorganisaties zeer waarschijnlijk.

In welk scenario uit de tweede ronde de sector uiteindelijk zal geraken is afhankelijk van een aantal keuzes. Alle drie de scenario's zijn mogelijk en realistisch. Welk scenario en welke bijbehorende effecten zullen optreden is afhankelijk van de keuzes die gemaakt moeten worden.

6.5 Reflectie: Dilemma's en uitdagingen van prestatie-indicatoren in de GGZ

In dit onderzoek zijn verschillende toekomstbeelden via expertraadpleging gereduceerd tot een beperkt aantal 'waarschijnlijke toekomstbeelden'. De vraag welk toekomstbeeld nu het meest waarschijnlijk is, hangt af van fundamentele keuzes die gemaakt worden met betrekking tot de inrichting en implementatie van het stelsel van prestatie-indicatoren. Met behulp van de expertraadpleging in twee rondes is een scherper beeld geschetst van de aard en consequenties van deze keuzes, en daarmee is een bijdrage geleverd aan de uiteindelijke besluitvorming over prestatie-indicatoren en prestatiemeting in de GGZ. De keuzes kunnen worden geformuleerd in drie dilemma's.

De eerste keuze heeft betrekking op de visie op de persoon die een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg (of een combinatie van beide). Enerzijds kan een visie worden gehanteerd van de patiënt als een rationele consument welke in staat is om te beslissen op basis van informatie welke behandeling bij welke aanbieder het beste is. De rationaliteit speelt een rol in scenario A. Anderzijds wordt in een scenario waarin een Trusted Third Party een centrale rol speelt (zie paragraaf 5.5.1) de patiënt centraal gesteld die niet (voldoende) in staat is om deze afweging te maken.

De tweede keuze die moet worden gemaakt betreft welk sturingsinstrument wordt toegepast. In het competitie scenario is het prijsmechanisme het centrale sturingsmechanisme. Sturing op basis van de eigen bevoegdheden van stakeholders als IGZ en CTG/ZAio staat centraal in scenario C. De keuze stakeholders moeten maken is in hoeverre zij sturingsbevoegdheden kunnen, mogen en bereid zijn te vervangen en aan te passen door een kwaliteitsgarantie zoals in scenario A is geschetst.

De derde keuze betreft transparantie. Uit de eerste ronde is naar voren gekomen kan het transparant maken wat een instelling presteert en hoe deze prestaties tot stand komen niet op een groot draagvlak rekenen. Het bereiken van transparantie kan in verschillende maten. Uit het onderzoek is gebleken dat instellingen niet bereid zijn om een hoge transparantie ten opzichte van elkaar te willen hebben. Een aantal stakeholders stelt minimale eisen aan welke mate van transparantie zij nodig hebben om hun taken uit te voeren. Dilemma dat hierin wordt aangegeven is hoe wordt de mate van transparantie gereguleerd en wie kan beschikken over welke mate van transparantie?

Deze drie keuzes zijn niet voorbehouden aan de ontwerper van de set prestatie-indicatoren. Duidelijk is dat er een heel veld aan stakeholders bestaat met verschillende belangen, verschillende wensen ten aanzien van transparantie, sturingsmechanismen en visies op de die mensen die een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Het zal daarom een uitdaging moeten vormen om met de sector, dat wil zeggen alle instellingen en haar vertegenwoordigende instanties zoals brancheorganisaties, Inspectie voor de Volksgezondheid, College Tarieven Gezondheidszorg/ZorgAutoriteit in oprichting, zorgverzekeraars, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en andere stakeholders op één lijn te krijgen op bovenstaande drie dilemma's. De uiteindelijke keuzes die gemaakt worden zijn van belang voor de uiteindelijke situatie waarin prestatie-indicatoren kunnen worden ingevoerd. Divergerende keuzes van partijen in dit proces kunnen er toe leiden dat een scenario optreedt als in het scenario B beschreven. Hierin komen onderlinge verhoudingen onder druk te staan, met uiteindelijk als mogelijk risico dat een aantal stakeholders (bijvoorbeeld de IGZ, CTG/ZAio en het ministerie van VWS) een neobureaucratisch scenario kunnen vormgeven.

Ook als de keuzes van partijen convergeren tot een scenario A of C, blijft het mogelijk dat alternatieve effecten optreden.

6.6 Verder onderzoek

Dit onderzoek heeft een verkenning in de toekomst uitgevoerd en een reeks mogelijke effecten gespecificeerd. Naast deze specificatie zijn een drietal keuzes voorgelegd. Deze keuzes bepalen de uiteindelijke alternatieve effecten die op zullen treden in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg als gevolg van invoering van prestatie-indicatoren die kwaliteit van zorg meten.

Het uitschrijven van een onderzoeksopdracht tijdens de invoering kan op basis van dit onderzoek nagaan hoe in de besluitvorming welke keuzes zijn gemaakt en tot welke positieve en alternatieve effecten de invoering zal leiden. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek kan worden bijgestuurd om alternatieve effecten waar mogelijk te verminderen en te ondervangen.

Als de invoering compleet is doorgevoerd geeft het maken van een daadwerkelijke evaluatie van de invoering en de daarbij opgetreden alternatieve en positieve effecten mogelijk aanleiding om een aantal prestatie-indicatoren om verfijning van prestatie-indicatoren toe te passen.

Dergelijk onderzoek levert een bijdrage waar andere sectoren en vergelijkbare sectoren in binnen- en buitenland mee gebaat zijn om gelijksoortige projecten te ondernemen.

Literatuurverantwoording

- Berg, M., *Een Zorgstelsel dat doelmatig hoge kwaliteit zorg produceert*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2004.
- Berg M. en W.M.L.C.M. Schellekens, Paradigma's van kwaliteit, de verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren. *Medisch contact*, 57-34, 2002.
- Berwick, D. M., Public Performance reports and the will for change. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2002.
- Bouckaert; G. W. Balk, Public Productivity Measurement: Diseases and Cures. *Public Productivity & Management Review*, vol. XV, no. 2 winter pp. 229-35, 1991.
- Bowerman M.; S. Hawksworth, Local Government Internal Auditor's Perceptions of the audit Commission. *Managerial Auditing Journal*, 14 nr. 8, pp. 396 - 407, 1999.
- Crommentuyn, R., Canadees sterrenstelsel gooit de luiken open, Artseninbreng is cruciaal voor prestatievergelijkingssystemen. *Medisch Contact*, 58- nr. 23, 2003.
- De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: Uitgeverij Lemma, 2001.
- Dietz; F. (red.); Wim Heijman; Peter Marks, *Toegepaste Micro-economie*, Bussum: Coutinho, 2004.
- Dimaggio; P.J.; W.W. Powell, The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: P.J. Dimaggio; W.W. Powell (ed.), *The New Institutionalism in Organization Analysis*, pp. 63-82. Chicago: Chicago University Press, 1991.
- GGZ Nederland, *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2005*. GGZ Nederland, 2005.
- Hakvoort, J. L. M., *Methoden en technieken van bestuurskundig onderzoek*, Delft: Uitgeverij Eburon, 1996.
- Kahn, H. A.J. Wiener, *The year 2000: a framework for speculation on the next thirty-three years*, New York, MacMillan, 1967
- Kingma, J. H., *Toespraak van Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg tijdens presentatie rapport "Het resultaat telt" op 26 mei 2005*. In Staatstoezicht op de gezondheidszorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.
- Knaap, P. v. d., Resultaatgerichte verantwoordelijkheid, naar een beleidsgerichte begroting en verantwoording. *Bestuurskunde*, nr 5.(Themanummer verantwoording in het openbaar bestuur) pp. 237-47, 2000.

- Marks P.K.; G.C.J. Lafeber, *Safely interacting in local policy*. In Marktdag Sociologie 2005. Brussel, Etterbeek: 2005.
- Meijer, A. J., *De doorzichtige overheid, parlementaire en juridische controle in het informatie tijdperk*. In Sociale Wetenschappen. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.
- Ministerie VWS, *Toelichting Werkprogramma Maatschappelijke Verantwoording Cure 2005*. In GGZ Nederland, z.j.
- Osborne D. and T. Gaebler, *Reinventing Government, How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector*, Reading: Addison Wesley Publishing Company, 1992.
- Powell, C., Methodological issues in nursing research, The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), pp. 376-82, 2003.
- PriceWaterhouseCoopers, *Stroomlijnen registraties en verantwoordingsstromen in de GGZ en de verslavingszorg is noodzakelijk en mogelijk*. In Utrecht: PriceWaterhouseCoopers, 2005.
- Prins, S. J., *Zoek, Rapporteer, vergelijk & verbeter, Een verkennend onderzoek naar de zin en mogelijkheden van het gebruik van benchmarks binnen het prestatie-meetsysteem*, Rotterdam: Stichting Moret Fonds, 1997.
- Schellekens W.M.L.C.M.; M. Berg N. Klazinga, Vliegen en gevlogen worden. *Medisch contact*, 58-8(pp. 2003.
- Smith; P., On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, pp. 277-310, 1995.
- Van Doorn, J.W.M. en F.A. van Vugt, Toekomstonderzoek; Voorspellingsmethoden, in: *Handboek Beleidsvoering Overheid*, z.p. 1982
- Van Genugten; M.L.L.; R.T. Hoogveen; J.A.M. Hulshof; J.C. Jager, *Een methodologische handleiding voor scenario-onderzoek in de volksgezondheid en de gezondheidszorg, de praktijk bij de STG.*, Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel, 1993.
- Van Houten, H. J., *Mogelijkheden en dilemma's van beleidsgericht Delphi-onderzoek*, Amsterdam: Delphi consult, 1988.
- Van Thiel S. en F.L. de Leeuw, De prestatieparadox in de publieke sector. *Beleidswetenschap*, 17-2, pp. 123-43, 2005.
- Wennink H.J.; B. van Wijngaarden, Prestatie-indicatoren in de GGZ. *Kwaliteit in Beeld, Tijdschrift over kwaliteitsmanagement in de zorgsector*, 2005.

ZonMw, *The Proof of the Pudding, een aanzet tot discussie over het gebruik van prestatie-indicatoren voor transmurale zorg, notitie ten behoeve van het debat over dit onderwerp op 17 oktober 2002*. In ZonMw, 2002.

Gebruikte websites

<http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/missie.html>, 14 oktober 2005

www.kiesbeter.nl; geraadpleegd op 23 juni 2005

<http://www.hulpgids.nl/wetten/wgbo.htm>, geraadpleegd op 1 november 2005

<http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=13125&atoomsrt=2&actie=2>; geraadpleegd op 6 oktober 2005.

<http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/links/raadplegen.asp?display=2&atoom=3802&atoomsrt=6&actie=2> ; geraadpleegd op 18 oktober 2005.

<http://www.ciz.nl>; geraadpleegd op 18 oktober 2005.

<http://www.ink.nl/download/infobrochure2005.pdf>, geraadpleegd op 28 oktober 2005

<http://www.igz.nl/gt/indexns.html>, geraadpleegd op 1 november 2005

<http://weblog.bezembinder.nl/14.htm>, geraadpleegd op 8 november 2005

Bijlage 1

I Effectiviteit

1.1 Verandering in dagelijks functioneren van de patiënt

Vraagstelling	Het percentage patiënten, naar diagnosegroep, dat bij voor- en nameting met de GAF of CGAS: <ul style="list-style-type: none"> - is verbeterd - is gestabiliseerd - is verslechterd
Meetinstrument	GAF en C-GAS Normering over wanneer sprake is van verbetering zal per diagnosegroep verschillen. Door naar diagnosegroep te rapporteren wordt de norm in de toekomst helderder.
Informatiebron	DIS (DBC-informatiesysteem) / Zorgis
Technische instructie	<p><u>Algemeen:</u> Meting 1 en 3 kunnen een voor- en nameting zijn rondom een behandeling, maar ook een periodieke meting bij langdurig zorgafhankelijke patiënten. (In het DIS is sprake van 3 meetmomenten met de GAF: meting 1 bij opening van de DBC, meting 2 is de hoogste GAF in het afgelopen jaar, en meting 3 is de GAF bij afsluiting van de DBC)</p> <p><u>Teller I</u> Het totale aantal patiënten per diagnosegroep* waar bij tussen meting 1 en meting 3 met GAF of C-GAS verbetering geconstateerd wordt.</p> <p><u>Teller II</u> Het totale aantal patiënten per diagnosegroep waar bij tussen meting 1 en meting 3 met GAF of C-GAS stabilisatie geconstateerd wordt.</p> <p><u>Teller III</u> Het totale aantal patiënten per diagnosegroep waar bij tussen meting 1 en meting 3 met GAF of C-GAS achteruitgang geconstateerd wordt.</p> <p><u>Noemer (voor alle tellers gelijk):</u> Het totale aantal patiënten van de betreffende diagnosegroep waarbij met de GAF of C-GAS een voor- en nametingen zijn verricht. (Dit zijn alle patiënten waarbij de DBC is afgesloten of patiënten in langdurige zorg waarbij een periodieke meting heeft plaatsgevonden die niet de eerste meting is.)</p> <p>* Er worden de volgende diagnosegroepen onderscheiden (het gaat om de hoofddiagnose van de patiënt): psychotische stoornis stemmingsstoornis angst / stressgebonden stoornis persoonlijkheids- / gedragsstoornis cognitieve / organische stoornis stoornis ontwikkeling / gedrag stoornis door alcohol / drugs</p>
Motivering / toelichting	Ondanks discussie over de waarde van de GAF is dit voor dit moment het beste instrument (breed gebruikt en reeds in registratie-informatie). De GAF score is ook bruikbaar voor de langdurige zorg als periodieke meting. Stabilisatie en achteruitgang zijn voor bepaalde diagnosegroepen reële uitkomsten en niet altijd een indicatie van onvoldoende kwaliteit van zorg. Bij de presentatie van de resultaten kunt u deze oorzaken toelichten. De informatiewaarde van deze indicator verhoogt als u deze bijvoorbeeld relateert aan behandelduur.

1.2 Verandering in ernst van de problematiek van de patiënt, diagnosespecifiek

Vraagstelling	Het percentage patiënten waarbij de in de behandeling / begeleiding opgestelde doelen naar oordeel van hulpverlener en patiënt in voldoende mate zijn gerealiseerd.
Meetinstrument	Er zijn meerdere instrumenten voor handen waarmee deze vraag beantwoord kan worden. Afhankelijk van de aandoening van de patiënt kan Zorgis, DIS, ASI, thermometer en/of begeleidingsplanevaluatie gebruikt worden. De keuze voor het instrument wordt overgelaten de instellingen of deelsectoren van de ggz.
Informatiebron	DIS / Zorgis
Technische instructie	<p><i>ORDEEL VAN PATIËNT</i></p> <p>Zorgis</p> <p><u>Teller I:</u> Het aantal patiënten per diagnosegroep* dat bij item ‘evaluatie aanmeldklacht’ aangeeft dat de klachten zijn verminderd of verdwenen.</p> <p><u>Teller II:</u> Het aantal patiënten per diagnosegroep dat bij item ‘evaluatie aanmeldklacht’ aangeeft dat de klachten onveranderd zijn.</p> <p><u>Teller III:</u> Het aantal patiënten per diagnosegroep dat bij item ‘evaluatie aanmeldklacht’ aangeeft dat de klachten zijn verergerd.</p> <p><u>Noemer (voor alle tellers gelijk):</u> Het totaal aantal patiënten per diagnosegroep waarvoor in Zorgis de ‘evaluatie aanmeldklacht’ is geregistreerd.</p> <p>Thermometer cliëntwaardering</p> <p><u>Teller:</u> Het aantal patiënten per diagnosegroep* dat de vraag “Bent u door de behandeling / begeleiding voldoende vooruit gegaan?” positief heeft beantwoord.</p> <p><u>Noemer:</u> Het totaal aantal patiënten, per diagnosegroep, dat de betreffende vraag heeft beantwoord.</p> <p><i>ORDEEL VAN HULPVERLENER</i></p> <p>DBC informatie Systeem : Verloop van ernst van de DSM IV (ggz) en/ of ASI(verslaving) bij openen en afsluiten van de diagnose</p> <p><u>Teller I:</u> Aantal patiënten per diagnosegroep* waar bij afsluiten van de DBC in de meetperiode een vermindering van ernst geregistreerd wordt.</p> <p><u>Teller II:</u> Aantal patiënten per diagnosegroep waar bij afsluiten van de DBC in de meetperiode een stabilisatie van ernst geregistreerd wordt.</p> <p><u>Teller III:</u> Aantal patiënten per diagnosegroep waar bij afsluiten van de DBC in de meetperiode een verergering van ernst geregistreerd wordt</p> <p><u>Noemer (voor alle tellers gelijk):</u> Het totaal aantal patiënten per diagnosegroep waar een DBC voor is afgesloten in de meetperiode.</p> <p>Evaluatie doelrealisatie in behandelplan of begeleidingsplan Vergt een nieuw op te zetten registratie</p>

	<p>Diagnosespecifiek instrument Deze dienen nog ontwikkeld te worden of er dient nog standaardisatie vanuit de beroepsgroepen op plaats te vinden.</p> <p>* Er worden de volgende diagnosegroepen onderscheiden (het gaat om de hoofddiagnose van de patiënt): psychotische stoornis stemmingsstoornis angst / stressgebonden stoornis persoonlijkheids- / gedragsstoornis cognitieve / organische stoornis stoornis ontwikkeling / gedrag stoornis door alcohol / drugs</p>
Motivering / toelichting	Deze indicator wordt optimaal in kaart gebracht met diagnose(groep)specifieke meetinstrumenten. Landelijke implementatie van een standaardinstrument per diagnosegroep is op korte termijn niet realistisch. Daarom wordt gekozen voor een algemene benadering van het in kaart brengen van de doelrealisatie, hoewel ook dit een nieuwe vraagstelling (kan) betekenen. Lastige consensustrajecten over instrumentkeuze worden met de meer globale benadering wat meer tijd gegund. Het doel is wel om uiteindelijk tot diagnosespecifieke en meer wetenschappelijke meetinstrumenten te komen. De rol van de beroepsgroepen hierin is cruciaal en zal door GGZ Nederland actief gestimuleerd worden.

1.3 Verandering in kwaliteit van leven van de patiënt

Vraagstelling	De gemiddelde verandering van de door de patiënt die langdurig zorg* ontvangt ervaren kwaliteit van leven. Indien wenselijk uw antwoord toelichten. * langdurige zorg is zorg langer dan 1 jaar, voor alle zorgsoorten
Meetinstrument	In de Thermometer cliëntwaardering wordt gevraagd naar mate waarin patiënt door de hulpverlening het leven kan leiden dat hij/zij wil.
Informatiebron	Instellingsadministratie
Technische instructie	<u>Teller:</u> Het aantal patiënten dat op de vraag in de Thermometer cliëntwaardering: “ Bent u door de behandeling of begeleiding beter is staat om de dingen te doen die u belangrijk vindt”, ‘ja’ heeft geantwoord. <u>Noemer:</u> Het totaal aantal patiënten dat de betreffende vraag heeft beantwoord.
Motivering / toelichting	De globale vraag uit de Thermometer Cliëntwaardering voldoet voor maatschappelijke verantwoording. De indicator is facultatief omdat de ggz-brede implementatie van de Thermometer juist in 2005 plaatsvindt. Over 2005 is er dus niet bij alle instellingen voldoende gegevens beschikbaar. Er is bewust gekozen om deze indicator specifiek te beschrijven voor de patiënten die langdurig zorg ontvangen. In de kortdurende zorg is kwaliteit van leven een minder prominent doel van de ggz-zorg. De informatiewaarde van deze indicator hangt samen met o.a. de respons op de Thermometer

1.4 Bemoeizorg, bereik van zorgwekkende zorgmijders.

Vraagstelling	Onder zorgwekkende zorgmijders worden, analoog aan het visiedocument van GGZ Nederland, die mensen verstaan die geen passende zorg ontvangen, daar ook niet om
----------------------	--

	vragen maar wel ernstig behoeven. <u>Vraagstelling</u> 1. Het aantal nieuwe patiënten dat via bemoeizorg in de reguliere zorg van de instelling gekomen is in jaar X. 2. Het aantal patiënten dat in jaar X -1 via bemoeizorg in reguliere zorg gekomen is en dat in jaar X nog steeds reguliere zorg ontvangt
Meetinstrument	-
Informatiebron	DIS (bevat zorgsoort bemoeizorg)
Technische instructie	Ad 1) en Ad 2) identiek aan de vraagstelling
Motivering / toelichting	De ggz heeft zich in het visiedocument van GGZ Nederland tot doel gesteld om jaarlijks 10% (50% in 2010) van de zorgwekkende zorgmijders in zorg te hebben. De ambitie van de ggz wordt in 2005 en 2006 nader geconcretiseerd in het project Bemoeizorg van GGZ Nederland. Dit kan aanleiding zijn tot het formuleren van andere en specifiekere prestatie-indicatoren rondom dit onderwerp. Er is gekozen voor het absolute aantal nieuwe patiënten omdat er voor het relateren aan het aantal potentiële patiënten onvoldoende berouwbaar gegevens beschikbaar zijn en er bij aanwezigheid van meerdere ggz-aanbieders in een regio ook moeilijk een uitspraak gedaan kan worden over de omvang van ieders doelgroep. De indicator is facultatief omdat het DIS niet operationeel is over 2005

1.5. Preventie, bereik van preventieactiviteiten

Vraagstelling	Preventieactiviteiten: activiteiten gericht op depressie, arbeid, sociale psychiatrie, kinderen van ouders met psychiatrische problemen en/of middelengebruik, middelengebruik. Het gaat zowel om activiteiten gericht op vroegsignalering, vroeginterventie en terugvalpreventie. <u>Vraagstelling:</u> 1) Percentage mensen uit de risicopopulatie dat met collectieve preventieactiviteiten is bereikt in jaar X. (naar preventieactiviteit) 2) Aantal mensen dat bereikt is met op individu gerichte preventie, naar preventieactiviteit. Evt uitbreiden naar percentage mits de prevalentie bekend is.
Meetinstrument	-
Informatiebron	Ad 1) Instellingsadministratie / Preventis Ad 2) DIS (alleen voor die preventie gekoppeld aan diagnose waar een DBC voor is)
Technische instructie	Ad 1 Bij overlap in adherentiegebied van instellingen in één regio moet er mogelijk voor gekozen worden om het absolute aantal bereikte mensen te nemen, of om een regionaal resultaat te bepalen door de resultaten van de betreffende instellingen op te tellen (besluit 2006). <u>Teller</u> Aantal mensen dat geparticipeerd heeft in collectieve preventieactiviteiten naar preventieactiviteit. <u>Noemer</u> Prevalentie van de doelgroep van de specifieke preventieactiviteit in het adherentiegebied van de instelling.

	<p>Ad 2 Aantal mensen dat geparticipeerd heeft in individugerichte preventieactiviteiten naar preventieactiviteit.</p>
Motivering / toelichting	<p>De ggz heeft in het visiedocument van GGZ Nederland gekozen voor nadrukkelijke aandacht voor preventie om de sociale en economische last van psychische problemen te verminderen en om de stijgende vraag naar ggz af te remmen.</p> <p>In 2005 is dit een facultatieve indicator omdat de registratie van preventiebereik nog van de grond moet komen.</p>

II PATIENTGERICHTHEID

2.1. Patiënttevredenheid

Vraagstelling	<p>Heeft uw voorziening in jaar X met behulp van de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering of ander meetinstrument waarderingsonderzoek uitgevoerd onder de patiënten? Wat is het gemiddeld rapportcijfer dat de respondenten gaven? Waar zijn de resultaten van de meting beschikbaar?</p>
Meetinstrument	Thermometer cliëntwaardering of ander cliëntwaarderingsinstrument
Informatiebron	Instellingsadministratie
Technische instructie	<p>Ad 1 ja/nee Ad 2 <u>Teller</u> Totaal van de rapportcijfers opgeteld.</p> <p><u>Noemer</u> Totaal aantal respondenten dat een rapportcijfer heeft ingevuld</p> <p>Ad 3 open ruimte</p>
Motivering / toelichting	<p>In het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording wordt tevens gevraagd naar verbetering n.a.v. resultaten van cliëntwaardering. Gezien de certificatie van de ggz-instellingen wordt dit niet noodzakelijk geacht omdat certificatie deze verbetercyclus borgt.</p> <p>De informatiewaarde van deze indicator wordt o.a. bepaald door het responspercentage van de meting.</p>

2.2. Keuzevrijheid voor patiënt

Vraagstelling en meetinstrument	<p>Het percentage patiënten dat positief oordeelt over: informatie over het zorgaanbod geboden mogelijkheid tot kiezen van de eigen behandelaar beschikbaarheid van informatie over de soorten behandeling geboden mogelijkheid tot kiezen uit geboden zorgaanbod</p>
Meetinstrument	<p>Vraagstelling 1 en 2 zijn nog geen onderdeel van standaardvragenlijsten in de ggz. Vraag 3 zit in de Thermometer cliëntwaardering. Vraagstelling 1 wordt ondervangen in www.kiesbeter.nl, vraagstelling 2 kan worden ingevoegd in evt. CAHPS-ontwikkeling of in een toekomstig aangepaste versie van de Thermometer cliëntwaardering (actie 2006).</p>

Informatiebron	Instellingsadministratie
Technische instructie	Nog niet van toepassing
Motivering / toelichting	Patiëntgerichtheid is als specifieke indicator niet eenduidig te operationaliseren. Keuzevrijheid is belangrijk onderdeel van ervaren patiëntgerichtheid. Vraagstelling hierover ontbreekt echter in de huidige vragenlijsten van de ggz. Daarom is deze prestatie-indicator facultatief zolang er nog geen goed meetinstrument voor bepaald is of het nog niet opgenomen is in bestaand meetinstrument.

2.3. Vervulling zorgwensen (needfullfillment)

Vraagstelling	Het percentage patiënten dat zorg ontvangt en dat in het afgelopen jaar heeft aangegeven tevreden te zijn over de mate waarin de geleverde zorg tegemoet komt aan zijn/haar zorgwensen (indien mogelijk naar zorgsoort). Voor patiënten in een RIBW gespecificeerd naar zorgwensen op het gebied van: wonen, dagbesteding, sociale contacten, financiële situatie, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid.
Meetinstrument	<p>I In de Thermometer cliëntwaardering voor langdurige zorg (aangepaste versie door RIBW-Alliantie) wordt gevraagd naar tevredenheid over de 6 levensgebieden. Deze thermometer wordt ook buiten de RIBW-setting gebruikt.</p> <p>II In de Thermometer cliëntwaardering (algemene versie) wordt de patiënt gevraagd of de gegeven behandeling / zorg de juiste was voor zijn/haar problemen. Dit is een zeer globale vraag naar vervulling van de zorgwensen.</p>
Informatiebron	Instellingsadministratie
Technische instructie	<p>Thermometer cliëntwaardering versie Alliantie RIBW-en</p> <p><u>Teller I:</u> Het aantal cliënten dat langdurige zorg ontvangt, dat alle 6 de vragen over wonen, dagbesteding, sociale contacten, financiële situatie, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid heeft beantwoord en op minimaal 4 van de 6 van deze vragen 'ja' heeft geantwoord.</p> <p><u>Noemer I:</u> Het totaal aantal patiënten dat alle 6 de bovengenoemde vragen heeft beantwoord.</p> <p>Thermometer cliëntwaardering algemene versie</p> <p><u>Teller II</u> Het aantal patiënten dat zorg ontvangt, dat op de vraag "Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten", 'ja' heeft geantwoord. (indien mogelijk uitgesplitst naar zorgsoort)</p> <p><u>Noemer II</u> Het totaal aantal patiënten dat de bovenstaande vraag heeft beantwoord (indien mogelijk naar zorgsoort).</p>
Motivering / toelichting	Hoewel cliëntwaardering niet hetzelfde is als vervulling van zorgwensen wordt gebruik maken van de resultaten van de Thermometer als beginsituatie als voldoende beoordeeld. Afhankelijk van ontwikkelingen van het Trimbos-instituut-instrument (Quality of life and care) hiervoor en de CAHPS voor de ggz komt hier in de toekomst een specifiek meetinstrument voor beschikbaar (actie 2006).

2.4 Informed consent aantoonbaar

Vraagstelling	<i>Deze indicator geldt alleen voor niet- gecertificeerde instellingen.</i> Het percentage patiënten dat in maand X gestart is met klinische- deeltijd- of poliklinische behandeling in uw voorziening, dat op de laatste dag van maand X+1 een schriftelijk vastgelegd behandelplan had, inclusief de vastgelegde toestemming van de patiënt.
Meetinstrument	Vergt dossieronderzoek
Informatiebron	Patiëntendossiers
Technische instructie	Teller Het aantal patiënten dat in maand X gestart is met klinische- deeltijd- of poliklinische behandeling in uw voorziening zorg, dat op de laatste dag van maand X+1 een schriftelijk vastgelegd behandelplan had, inclusief de vastgelegde toestemming van de patiënt. Noemer Het totaal aantal patiënten dat in maand X gestart is met klinische- deeltijd- of poliklinische behandeling in uw voorziening.
Motivering / toelichting	Volgens de WGBO dient het dossier van de patiënt te voldoen aan een aantal eisen. Informed consent, de vastgelegde toestemming van de patiënt met het behandelplan, kan gezien worden als het sluitstuk van het informeren van de patiënt en het in samenspraak met de patiënt opstellen van het behandelplan waar deze toestemming voor verleent. Dit item is specifiek benoemd in het HKZ certificatieschema, is daarmee voor gecertificeerde instellingen voldoende geborgd.

III PATIENTVEILIGHEID

3.1 Aantal klachten

Vraagstelling en meetinstrument	Een klacht is een formeel bij de klachtencommissie ingediende klacht. <u>Vraagstelling</u> Het absolute en gewogen* aantal klachten van cliënten en/of familieleden over de kwaliteit van zorg in het afgelopen kalenderjaar. *gewogen naar aantal ingeschreven patiënten
Meetinstrument	Registratie van klachtencommissie
Informatiebron	Registratie van klachtencommissie
Technische instructie	Ad 1 Absolute aantal klachten in kalenderjaar X dat bij de klachtencommissie is ingediend. Ad 2 <u>Teller II:</u> Absolute aantal klachten in kalenderjaar X dat bij de klachtencommissie is ingediend. <u>Noemer II:</u> Aantal ingeschreven patiënten in jaar X.
Motivering /	

toelichting	
--------------------	--

3.2 Aantal incidenten

Vraagstelling	Het absolute en gewogen* aantal incidenten met patiënten in het afgelopen kalenderjaar waarvan melding gedaan is in het MIC, MIP of FONA-systeem. * Gewogen naar het aantal ingeschreven patiënten
Meetinstrument	Registratie MIC/ MIP/FONA
Informatiebron	Registratie MIC/ MIP/FONA
Technische instructie	Ad 1 Absolute aantal incidenten met patiënten dat in kalenderjaar X is geregistreerd in MIC, MIP of FONA. Ad 2 <u>Teller II:</u> Absolute aantal incidenten met patiënten dat in kalenderjaar X is geregistreerd in MIC, MIP of FONA. <u>Noemer II:</u> Aantal ingeschreven patiënten in jaar X.
Motivering / toelichting	

3.3. Aantal overlijden door suïcide

Vraagstelling	1. Gemiddeld aantal patiënten dat in de afgelopen 3 jaar gedurende inschrijving bij de instelling overleden is ten gevolge van suïcide. 2. Gewogen* gemiddeld aantal patiënten dat in de afgelopen 3 jaar gedurende inschrijving bij de instelling overleden is ten gevolge van suïcide in de afgelopen 3 jaar. 3. Van hoeveel suïcides heeft de IGZ vastgesteld dat deze een gevolg waren van een tekortkoming in de zorg? * Gewogen per 1000 ingeschreven patiënten
Meetinstrument	Instellingsregistratie
Informatiebron	Instellingsregistratie
Technische instructie	Ad 1 <u>Teller</u> Absolute aantal overleden patiënten ten gevolge van suïcide in de afgelopen 3 jaar <u>Noemer</u> 3 (jaar) Ad2. <u>Teller</u> Absolute aantal overleden patiënten ten gevolge van suïcide in de afgelopen 3 jaar <u>Noemer</u> Totaal aantal ingeschreven patiënten in de afgelopen 3 jaar : 1000 Ad 3. Absolute aantal overleden patiënten ten gevolge van suïcide in de afgelopen 3 jaar waarvan de IGZ vastgesteld heeft dat ze een gevolg waren van tekortkomingen in de zorg.

Motivering / Toelichting	De DBC registratie maakt het in de toekomst mogelijk om voor deze indicator in te zoomen op de als suïcidaal aangemerkte patiënten. Daarmee wordt de indicator veel meer een indicator voor kwaliteit van zorg dan nu. <u>Toekomstige vraagstelling</u> Aantal geslaagde suïcides onder als suïcidaal getypeerde patiënten. <u>Meetinstrument:</u> DBC-registratie; complicerende factor bij zorgtypering
---------------------------------	---

3.4. Medicatieveiligheid, fouten bij verstrekking en bijwerkingen

Vraagstelling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Werden in uw voorziening in 2004 ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen systematisch geregistreerd in een daarvoor bestemd registratiesysteem? 2. Werkte uw voorziening in 2004 met een schriftelijk vastgelegde procedure voor het melden van fouten die zich tijdens de verstrekking van medicatie kunnen voordoen? 3. Aantal incidenten in proces van medicatieverstrekking (voorschrijven, afleveren en toedienen) bij klinische patiënten in jaar X gerelateerd aan het aantal klinische patiënten.
Meetinstrument	<u>Alleen voor vraag 3.</u> MIP/FONA of specifiek registratiesysteem van de instelling voor registratie van fouten bij verstrekking van medicatie.
Informatiebron	MIP/FONA of specifiek registratiesysteem van de instelling voor registratie van fouten bij verstrekking van medicatie.
Technische instructie	<p>Ad 1 Antwoordmogelijkheid ja / nee</p> <p>Ad 2. Antwoordmogelijkheid ja / nee / Nvt (Nvt is van belang voor instellingen die geen klinische zorg verlenen)</p> <p>Ad 3. <u>Teller:</u> Het absolute aantal incidenten in proces van medicatieverstrekking (voorschrijven, afleveren en toedienen) bij klinische patiënten dat in jaar X is geregistreerd.</p> <p><u>Noemer:</u> Totaal aantal klinische patiënten in jaar X.</p>
Motivering / toelichting	In de herziene versie van het HKZ certificatieschema wordt dit expliciet opgenomen (2006), deze indicator kan dus in de toekomst voor gecertificeerde instellingen verdwijnen.

3.5. Medicatieveiligheid, polifarmacie bij klinische patiënten

Vraagstelling	Beschikt u over een signaleringssysteem waarbij polifarmacie bij klinische patiënten teruggekoppeld wordt aan de behandelaar? Indien gewenst toelichten.
Meetinstrument	-
Informatiebron	-
Technische instructie	Antwoordmogelijkheid ja / nee

Motivering / toelichting	Deze indicator spitst zich toe op klinische patiënten. Voor ambulante behandelde patiënten ligt de verantwoording voor het totale medicatiebeleid niet bij de ggz, voor de klinische patiënten wel.
---------------------------------	---

3.6. Fysieke gezondheid

Vraagstelling	Deze indicator zal beschrijven in overleg met IGZ omdat zij hier specifieke vragen over stellen in de vragenlijst Gefaseerd Toezicht (actie 2006) Voorstel is om uit te gaan van de norm dat alle patiënten die langer dan een jaar zijn opgenomen in de kliniek minimaal 1x per jaar een algemeen lichamelijk onderzoek ondergaan.
Meetinstrument	
Informatiebron	
Technische instructie	
Motivering / toelichting	Deze indicator zal met name gericht zijn op de klinische zorg langer dan 1 jaar. Daar is de ggz verantwoordelijk voor de fysieke gezondheid van de patiënt omdat deze dan geen eigen huisarts heeft. Daarnaast is fysieke gezondheid een belangrijk item in de behandeling vanwege interactie met de psychische ziekte. Apart aandacht besteden aan zorg voor fysieke gezondheid in de verslavingszorg.

3.7 Voortijdige beëindiging van de behandeling

Vraagstelling	Het percentage patiënten dat hun behandeling / contact met de instelling voortijdig en/of tegen het advies van de behandelaar beëindigd heeft (per jaar) (naar diagnosegroep).
Meetinstrument	
Informatiebron	I DIS: afsluitreden. II Zorgis: reden beëindigen behandeling
Technische instructie	<u>Teller I</u> Het aantal patiënten waarbij de DBC in jaar X is afgesloten met als opgegeven afsluitreden (naar diagnosegroep): 1. reden voor afsluiting bij patiënt/niet bij behandelaar 2. reden voor afsluiting bij behandelaar / om inhoudelijke reden (is niet vanwege het openen van een vervolg DBC) 5. afsluiting na alleen pré-intake / intake / diagnose <u>Noemer I</u> Totaal aantal patiënten waarbij in jaar X de DBC is afgesloten (naar diagnosegroep). <u>Teller II</u> Aantal patiënten waarbij de behandeling in jaar X is afgesloten met als opgegeven reden (naar diagnosegroep): 02 Eenzijdige beëindiging door hulpverlener 03 Eenzijdige beëindiging door cliënt <u>Noemer II</u> Totaal aantal patiënten dat in jaar X de behandeling heeft afgesloten (naar diagnosegroep).
Motivering / toelichting	Zowel het DIS als Zorgis geven niet specifiek aan of een behandeling voortijdig is beëindigd. Bij de reden voor het beëindigen behandeling dan wel het afsluiten van de DBC zijn wel een aantal codes waar het aannemelijk is dat de behandeling nog niet afgerond was.

3.8 Onveiligheid door ontbreken van informatie

Vraagstelling	Beschikt de hulpverlener <u>altijd</u> (d.w.z. in de polikliniek, de kliniek, bij de patiënt thuis en in crisissituaties) over de patiëntgegevens m.b.t.: administratieve basisgegevens medicatiegegevens (intern en extern voorgeschreven medicatie) behandelplan behandelverloop crisiskaart?				
Meetinstrument	-				
Informatiebron	-				
Technische instructie		polikliniek	kliniek	thuis bij patiënt	crisis
	administratieve basisgegevens	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
	medicatiegegevens (intern en extern voorgeschreven medicatie)	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
	behandelplan	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
	behandelverloop	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
	crisiskaart?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Motivering / toelichting					

IV Kwaliteitsborging

4.1. Aanwezigheid kwaliteitscertificaat / accreditaat.

Vraagstelling	<ol style="list-style-type: none"> Welk kwaliteitsmanagementsysteem hanteert u? HKZ, ISO, NIAZ, INK, overige (meerdere antwoorden mogelijk) Beschikt uw instelling (of delen ervan) over een kwaliteitscertificaat / accreditaat? <p>Indien ja:</p> <ol style="list-style-type: none"> Welk certificaat / label/ accreditaat (evt uitsplitsen naar deelcertificaten per gecertificeerd organisatieonderdeel) Wanneer behaald en tot wanneer geldig? Wie is de toetsende instantie? <p>Indien nee:</p> <ol style="list-style-type: none"> Is uw instelling een traject gestart om een kwaliteitscertificaat/ label/ accreditaat te verkrijgen? Zo ja, welk certificaat / label / accreditaat? Wanneer denkt u dit certificaat / label / accreditaat te behalen? Wie is de toetsende instantie?
Meetinstrument	-
Informatiebron	-
Technische instructie	Analoog aan de vraagstelling in het hoofddocument van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording
Motivering / toelichting	De meeste instellingen behalen binnen afzienbare tijd hun HKZ certificaat. Een gecertificeerde instelling heeft aangetoond voorwaarde gerealiseerd te hebben waarbij goede kwaliteit van zorg aannemelijk is en op structurele wijze te werken aan toetsing en verbetering.

4.2 Toepassen van de state of art

Vraagstelling	<i>Deze indicator geldt alleen voor niet-gecertificeerde instellingen</i> <u>Vraagstelling:</u> Voor welke diagnosegroepen zijn uw zorgprogramma's gebaseerd op de multi- / monodisciplinaire richtlijnen, en voor welke diagnosegroepen niet?														
Meetinstrument	-														
Informatiebron	Instellingsadministratie														
Technische instructie	<table> <tr> <td>psychotische stoornis</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> <tr> <td>stemmingsstoornis</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> <tr> <td>angst / stressgebonden stoornis</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> <tr> <td>persoonlijkheids- / gedragsstoornis</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> <tr> <td>cognitieve / organische stoornis</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> <tr> <td>stoornis ontwikkeling / gedrag</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> <tr> <td>stoornis door alcohol / drugs</td> <td>ja / nee / nvt</td> </tr> </table>	psychotische stoornis	ja / nee / nvt	stemmingsstoornis	ja / nee / nvt	angst / stressgebonden stoornis	ja / nee / nvt	persoonlijkheids- / gedragsstoornis	ja / nee / nvt	cognitieve / organische stoornis	ja / nee / nvt	stoornis ontwikkeling / gedrag	ja / nee / nvt	stoornis door alcohol / drugs	ja / nee / nvt
psychotische stoornis	ja / nee / nvt														
stemmingsstoornis	ja / nee / nvt														
angst / stressgebonden stoornis	ja / nee / nvt														
persoonlijkheids- / gedragsstoornis	ja / nee / nvt														
cognitieve / organische stoornis	ja / nee / nvt														
stoornis ontwikkeling / gedrag	ja / nee / nvt														
stoornis door alcohol / drugs	ja / nee / nvt														
Motivering / toelichting	Is alleen relevant voor niet-gecertificeerde instellingen want het wordt ondervangen door certificatie. Voor gecertificeerde instellingen zal het beantwoorden van deze indicator neerkomen op dubbele bewijsvoering.														

V Bedrijfsmatige indicatoren

5.1 Doelmatigheid van de behandeling

Vraagstelling	Nog nader te bepalen (actie 2006)
Meetinstrument	
Informatiebron	
Technische instructie	
Motivering / toelichting	Bij doelmatigheid toon je aan tegen welke kosten welke resultaten bereikt worden. Bijvoorbeeld de verhouding tussen de gedeclareerde kosten van de DBC en de tevredenheid en verbetering van de symptomen van de patiënt. Het is echter complex om dit te operationaliseren naar veelzeggend getal.

5.2 Tijdigheid: Wachtijd

Vraagstelling	Wat is de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en start behandeling in uw instelling? Wat is de spreiding van de wachttijd tussen aanmelding en start behandeling in uw instelling?
Meetinstrument	-
Informatiebron	Zorgis
Technische instructie	<p>Ad 1) <u>Teller</u> Totale wachttijd opgeteld van alle nieuw aangemelde patiënten in jaar X tussen telefonische aanmelding en intakegesprek.</p> <p><u>Noemer</u> Totaal aantal nieuwe aanmeldingen in jaar X</p> <p>Ad 2) Maximale en minimale wachttijd tussen telefonische aanmelding en intakegesprek in jaar X</p> <p><u>Exclusie:</u> gedwongen opnames en crisisopnames</p>

Motivering / toelichting	De tijd die de patiënt moet wachten vanaf het moment dat hij de hulp van de ggz heeft ingeroepen totdat hij daadwerkelijk behandeld wordt is belangrijke keuze-informatie. Ook zorgverzekeraars achten deze informatie van belang bij het inkopen van zorg en de IGZ. Patiënten zien het intakegesprek als start van de behandeling. Daarom is er geen onderscheid aangebracht tussen de verschillende wachttijden die momenteel geregistreerd worden in Zorgis, voor intern (kwaliteits)beleid zijn deze wel relevant .
---------------------------------	---

5.3 Tijdigheid: Continuïteit van zorg bij verandering van zorgsoort

Vraagstelling	De gemiddelde duur en spreiding in maanden waarbinnen een patiënt bij de overgang van klinische- of deeltijdzorg naar ambulante zorg een behandel of begeleidingscontact heeft naar diagnosegroep.
Meetinstrument	
Informatiebron	Zorgis
Technische instructie	<p>Ad 1) <u>Teller</u> Per diagnosegroep: De totale duur in maanden waarbinnen een patiënt bij de overgang van klinische- of deeltijdzorg naar ambulante zorg in jaar X een behandel of begeleidingscontact heeft.</p> <p><u>Noemer</u> Per diagnosegroep: het totaal aantal patiënten dat in jaar X de overgang heeft gehad van klinische of deeltijdzorg naar ambulante zorg.</p> <p>Ad 2) Per diagnosegroep: De maximale en minimale duur waarbinnen een patiënt bij de overgang van klinische of deeltijdzorg een ambulant behandel of begeleidingscontact had in jaar X.</p>
Motivering / toelichting	Deze indicator geldt alleen voor patiënten die de verschillende zorgsoorten ontvangen binnen dezelfde instelling. Hieraan gekoppeld geldt deze indicator alleen voor instellingen die verschillende zorgsoorten aanbieden. De zorgzwaarte van de patiënt is bepalend voor de snelheid waarmee een ambulant vervolcontact moet plaatsvinden. Waar het voor de ene patiënt al te lang duurt als dit 1 week is, is het voor de andere patiënt voldoende om na 1 tot 2 maanden een volgend contact te hebben.

VI Medewerkertevredenheid Medewerkertevredenheid

Vraagstelling	<p>Heeft u de tevredenheid van de medewerkers over het werk gemeten? Indien ja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is de gewogen* gemiddelde score van de medewerkersraadpleging over de tevredenheid over het werk die is afgenomen bij de medewerker? 2. Welk meetinstrument heeft u daarvoor gebruikt of op welke wijze is de medewerkersraadpleging uitgevoerd? 3. Wanneer is de medewerkersraadpleging voor het laatst uitgevoerd? (datum verslag) 4. Hanteert u of uw sector een norm voor deze medewerkersraadpleging op het onderdeel tevredenheid over het werk? Zo ja: welke norm is dit? 5. Zo ja: wat is uw realisatie? 6. Heeft u maatregelen getroffen op basis van de uitkomsten van de medewerkersraadpleging?
----------------------	---

	* Gewogen voor het aantal medewerkers per instelling
Meetinstrument	Vrije keuze instrument voor meten van medewerkertevredenheid
informatiebron	-
Technische instructie	Analoog aan de vraagstelling uit het hoofddocument van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
Motivering / toelichting	<p>Tevreden medewerkers leveren een betere kwaliteit van zorg dan ontevreden medewerkers. Daarmee is medewerkertevredenheid een indirecte indicator voor de kwaliteit van de zorg.</p> <p>In 2004 is een handreiking verschenen waarin vijf gangbare medewerkertevredenheidsinstrumenten zijn vergeleken op een aantal aspecten. De conclusie is dat de vijf instrumenten allen bruikbaar zijn, afhankelijk van het doel van de instelling. Als zesde instrument is een Thermometer medewerkertevredenheid ontwikkeld, een beperkt instrument dat toegevoegd kan worden aan één van de vijf instrumenten en gebruikt kan worden voor een benchmark.</p>