

## **Prestatie-indicatoren in de GGZ**

*De eerste stap moet nog gezet worden: van theorie naar praktijk in academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie de Bascule*



Afstudeerscriptie Master ZoMa

Marianne van Zanten

Studentnummer 308527

Instituut voor beleid en Management

Erasmus universiteit Rotterdam

Begeleiding: Roland Bal en Sonja Jerak-Zuiderent

Meelezer: Jeroen Geelhoed

25 Juni 2008

## Samenvatting

Middels dit onderzoek is getracht zicht te krijgen op hoe de Bascule, een academisch behandelcentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de praktijk met de Basisset Prestatie-indicatoren voor de Geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg is omgegaan.

Onderzocht is, aan de hand van interviews (n=7) en observaties van het proces rond twee indicatoren, hoe het proces van internaliseren van de Basisset binnen de organisatie is verlopen en of de doelen, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg ze heeft geformuleerd, in de praktijk worden waargemaakt. De Basisset wordt door de ontwerpers, waaronder vertegenwoordigers vanuit de GGZ en de IGZ, gezien als een belangrijk instrument waarvan gebruik wordt gemaakt in het model van gefaseerd toezicht van de IGZ. Lage of afwijkende uitkomsten zijn aanleiding voor onderzoek door de Inspectie in de tweede fase van dit gefaseerd toezichtmodel. Daarnaast wordt als belangrijk doel genoemd dat toepassing van de Basisset in zorgorganisaties een belangrijke impuls aan het interne kwaliteitsbeleid zal geven.

De Basisset blijkt binnen de Bascule om verschillende redenen niet met open armen ontvangen te zijn. Door prioriteit te leggen bij interne organisatorische zaken ten gevolge een periode van fusie en overnames heeft men de Basisset niet tijdig geïmplementeerd. Een andere belangrijke factor is dat er sprake is geweest van een stapeling van kwaliteitsinstrumenten, die vanuit verschillende externe partijen zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg en verzekeraars worden opgelegd aan gezondheidszorgorganisaties. Dat de Basisset in samenwerking met andere externe *stakeholders* is samengesteld om de zorgorganisaties juist minder verplichte werkzaamheden op te leggen, lijkt binnen de organisatie niet als zodanig herkend te worden. Een ander belangrijk punt is dat binnen de organisatie (nog) weinig waarde gehecht wordt aan de opbrengsten van de prestatie-indicatoren van de Basisset voor het interne kwaliteitsbeleid. In de Bascule is met hetzelfde doel recent een ander instrument (HKZ -certificatie) ingevoerd en dat maakt dat de geïnterviewden het idee hebben dat zij de Basisset voor de interne kwaliteit verbetertrajecten niet nodig hebben.

Dit onderzoek laat zien dat indicatoren, ook binnen de Bascule, wel met dit doel worden toegepast als professionals de waarde ervan inzien. Dit betekent dat zij het doel waartoe de indicator dient, vanuit de eigen professionele context, prioriteit moeten geven. Zodra andere belangen (bijvoorbeeld van de cliënt of van de eigen organisatie) in hun optiek zwaarder wegen, neigen ze naar de gewenste uitkomst toe te redeneren. Uitkomsten op dergelijke indicatoren zijn van beperkte waarde en vragen dus om een genuanceerde beoordeling.

We zien dat één indicator (Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt, een uitkomst-indicator) niet tot kwaliteitsverbetering leidt. Deze indicator is fraudegevoelig en de uitkomsten bieden geen solide basis voor vergelijking of een kwaliteit- verbetertraject.

De tweede indicator (Wachttijd tot start behandeling, een uitkomst indicator), heeft in deze organisatie wel tot kwaliteit-verbetertrajecten geleid, maar wordt door verschillende organisaties anders geregistreerd waardoor vergelijking van de resultaten door derden bemoeilijkt wordt.

De onderzoeksresultaten met betrekking tot deze specifieke indicatoren sluiten voor een deel aan bij eerder landelijk onderzoek dat door het Trimbos instituut is uitgevoerd (Van Ham et al, 2007). De onderzoekers constateren dat organisaties aangeven dat het instrument dat voor de indicator 'Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt' gebruikt wordt niet geschikt is. Deze gevalstudie laat zien dat dit mogelijk niet het geval is, maar dat mogelijk de indicator zelf ongeschikt is.

## Summary

The purpose of this research project is to get insight in how 'De Bascule', an academic centre for children- and youth psychiatry, has dealt with the Basic-set of Performance-Indicators for the Mental Healthcare- and care and treatment of addicts.

Research was carried out by means of interviews (n=7) and observations of the process with respect to two indicators. Furthermore, it has been investigated how the process of internalisation has taken place and it has been studied to see if the goals, as formulated by the Health Inspection, have been reached in daily practice.

By its designers (amongst others representatives from the Healthcare Inspection department and mental healthcare organisations) the Basic-set is seen as an important tool that is applied in the model of phased supervision of the Mental healthcare organisations. Low or differing scores will trigger investigation in the second phase of supervision by the Health Inspection department. Besides this, it is considered an important goal that the application of the Basic-set will give a serious impulse to internal quality policies.

As it appears, the Basic-set did not receive, for several reasons, a very warm welcome by 'De Bascule'. Prioritising internal organisational changes resulting from a period of mergers, has led to the fact that the implementation of the Basic-set was not completed in time. Another crucial factor is that several tools have been implemented on top of each other, according to the wishes and demands of third parties, like the Inspection of Healthcare and insurance companies. The fact that the Basic-set has been composed in cooperation with external stakeholders to achieve a situation with less mandatory activities for organisations, appears not to have been recognised by this organisation.

A further point of interest is that within the organisation (at present) professionals consider that the results of the performance-indicators of the Basic-set will be of limited added value to the internal quality policy. The Bascule has recently implemented another tool (HKZ- certificate) with the same goal, and the interviewed professionals express that because of this, they do not estimate that the Bascule needs the Basic-set for internal quality trajectories.

This research project demonstrates that indicators, including within the Bascule, are applied with this very purpose as soon as the professionals consider them to have added value. This implies that they, from their professional working scope, need to give priority to the purpose of the indicator. The moment they have to choose between different interests (the clients' or organisational), and decide that the purpose of the Basic-set is of lower value, professionals display a tendency to reason towards the desired outcome. Consequently, the outcome of this kind of indicators is of very limited value and needs to be assessed with care.

In this study, it becomes clear that one indicator (Changes in the way a client functions on a daily basis) does not lead to quality improvement. This indicator is susceptible to fraud and does not offer a solid base for comparison or quality improvement trajectories.

The second indicator (Waiting time till start of treatment) has contributed in this organisation to quality improvement trajectories, but seems to be recorded differently by several organisations. As a consequence, comparison of the results by third parties is hampered.

The results in relation to these specific indicators partly coincide with the results of earlier research performed by the Trimbos Institute (Van Ham et al, 2007). In this study it has been identified that the instrument which is used on behalf of the indicator 'Changes in the way a client functions on a daily basis' does not function appropriately.

This case-study demonstrates that this is not necessarily the case, rather it appears that the indicator itself may not be suitable.

## INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding .....	5
De Basisset .....	5
Prestatie-indicatoren en de Bascule .....	6
Onderzoeksvragen .....	7
2. Theoretisch Kader .....	8
Prestatie-indicatoren .....	8
Doelen van prestatie-indicatoren .....	8
Kwaliteit .....	9
Contextueel model .....	9
Geestelijk Gezondheidszorg (GGZ) .....	10
Valkuilen .....	11
Draagvlak .....	12
3. Methoden van onderzoek .....	14
Kwalitatief onderzoek .....	14
Triangulatie .....	14
Literatuur en bedrijfsdocumenten .....	14
Interviews .....	14
Observaties .....	15
4. Resultaten .....	16
Wordt de Basisset in de praktijk werkend gemaakt en zo ja hoe? .....	16
Wie zijn er betrokken bij het proces .....	19
Toepassing van de Balanced Score Card .....	19
De koppeling en effecten van het rapporteren op prestatie-indicatoren aan interne verantwoording- en kwaliteitprocessen .....	21
Indicator 3.1: Wachtijd tot start behandeling .....	21
Indicator 1.3: Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt .....	22
Draagvlak voor resultaatmeting middels prestatie-indicatoren .....	25
5. Discussie en conclusie .....	29
Het werkend maken van de Basisset in de praktijk .....	29
Koppeling rapportage op prestatie-indicatoren aan interne verantwoording- en kwaliteitprocessen .....	30
Effecten .....	32
Draagvlak .....	34
Conclusie .....	38
6. Aanbevelingen .....	41
Overzicht gebruikte afkortingen .....	42
Literatuurlijst .....	43
Bijlagen .....	46
1. Samenvatting prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg	
2. Prestatie indicatoren Agis Zorgverzekeringen	
3. Interviewschema	

## 1. Inleiding

Prestatie-indicatoren zijn “hot”. Door de stelselherzieningen in de gezondheidszorg hebben zorginstellingen meer vrijheid gekregen om eigen beleid te voeren. Het is de taak van de overheid om op afstand toezicht te houden op de (kwaliteit van) zorg. De overheid zoekt naar manieren om de kwaliteit van zorg te borgen (Meijering, 2003). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een aantal jaren geleden het initiatief genomen om in de gezondheidszorg de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken met behulp van prestatie-indicatoren. Sinds 2003 wordt de stand van zaken in de Nederlandse ziekenhuizen aan de hand van een set prestatie-indicatoren gevolgd. De uitkomsten worden jaarlijks door de IGZ in een rapport “Het resultaat telt” gepresenteerd. Ook voor de andere sectoren van de gezondheidszorg wordt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren gewerkt. Op 29 november 2006 was het voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zo ver: in Amsterdam werd de eerste Basisset Prestatie-Indicatoren voor de Geestelijke Gezondheidszorg en de verslavingszorg ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)) uitgereikt aan staatssecretaris Ross door gezondheidszorg inspecteur-generaal van der Wal. De Basisset is ruim een jaar geleden geïntroduceerd in zorgorganisaties. Dat maakt het interessant om te kijken hoe organisaties met deze indicatoren zijn omgegaan. In het hier gerapporteerde onderzoek heb ik dat gedaan door middel van een gevalstudie. In deze gevalstudie zijn, naast analyse van beschikbare bedrijfsdocumenten en bestudering van literatuur, de ervaringen van individuele professionals en leidinggevenden met de Basisset gedurende een periode van twee maanden binnen één organisatie, de Bascule, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie verzameld, beschreven en geanalyseerd.

### De Basisset

De Basisset bestaat uit een aantal prestatie-indicatoren die inzicht moeten geven in de mate van de cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid, oftewel, de kwaliteit van de geboden zorg zoals die in de Kwaliteitswet zorginstellingen omschreven is (IGZ, 2006)<sup>1</sup>. De Basisset is ontwikkeld door een projectgroep waarin onder andere zorgverzekeraars, de vereniging landelijk Platvorm GGZ, professionals, GGZ Nederland en de IGZ vertegenwoordigd zijn. Het doel was te komen tot een set prestatie-indicatoren die voor verschillende doelgroepen verschillend gebruikt kan worden, zodat zorgorganisaties niet steeds te maken krijgen met verschillende externe *stakeholders* die op verschillende manieren om informatie vragen. Door elk jaar, in het Jaardocument Maatschappelijke verantwoording de informatie uit de Basisset te publiceren kunnen zorgorganisaties de administratieve last beperken omdat de betrokken externe *stakeholders* allen van deze informatie gebruik zullen maken (VWS, 2006 & 2007; Inleiding Basisset 2006:8).

Dat de IGZ, van overheidswege belast met het toezicht houden op de gezondheidszorg, gebruik maakt van prestatie-indicatoren om inzicht te krijgen in het kwaliteitsniveau van een instelling is niet nieuw. Wat wel nieuw is, aldus de IGZ, is dat organisaties door cijfers te presenteren ook aan andere betrokken partijen laten zien hoe goed ze het als zorgaanbieder in de GGZ doen ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)). De IGZ ziet dit als een grote stap voorwaarts. Men verwacht dat dankzij deze informatie zorgverzekeraars, maar ook de individuele cliënten gerichtere keuzes voor zorgaanbieders kunnen en zullen gaan maken. Voor de IGZ hebben deze cijfers een signaalwaarde. Ze worden gebruikt om te bepalen of ze zich intensiever met een organisatie zouden moeten bemoeien (Van der Wal, 2007). Volgens Inspecteur-generaal van der Wal van de IGZ is de Basisset nog niet klaar. De verwachting is dat er hier en daar nog aan de Basisset geschaafd moet worden en dat zich kinderziektes zullen voordoen. Dit zal in de praktijk duidelijk moeten worden. De vraag blijft of het inderdaad mogelijk zal blijken dat er middels cijfers een representatief beeld van de kwaliteit van organisaties ontstaat en welke waarden men hecht aan dat beeld (Boltanski & Thevenot, 2006). Hoe weten we bijvoorbeeld hoe verschillende groepen cijfers beoordelen? Heijnen (2000) ontdekte bijvoorbeeld dat er tussen verschillende groepen beoordelaars een op zich goed verklaarbaar be-

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 1 : samenvatting prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg Basisset

tekenisverschil kan ontstaan: financiers bleken prestatie-indicatoren over het personeel puur te zien als een bedrijfsmatig gegeven. Cliënten beoordeelden deze indicatoren daarentegen vanuit een puur inhoudelijk perspectief. Als we dit vanuit het theoretisch perspectief van Boltanski en Thevenot bekijken dan zien we dat bijvoorbeeld financiers zich in een andere 'wereld' dan de cliënt bewegen. In de wereld van de financiers weegt men de waarde van een indicator af aan wat deze in financieel-economische zin oplevert. Weinig personeel en hoge productie bijvoorbeeld kan door een financier als zeer waardevol beschouwd worden. Voor de cliënt daarentegen kan weinig personeel en veel productie juist een combinatie zijn waar men weinig waarde aan toedicht. Het kan immers betekenen dat het personeel minder tijd en aandacht heeft voor de individuele cliënt. De cliënt hecht vanuit zijn belevingswereld andere waarden toe aan de uitkomsten op dezelfde indicator. Hoewel de Basisset met de grootst mogelijke zorgvuldigheid lijkt te zijn samengesteld is niet uit te sluiten dat dergelijke verschillen in interpretatie in de praktijk een rol kunnen spelen. Verschillende auteurs vragen zich af of er wel zo'n directe relatie tussen kwaliteit van zorg en (openbare) scores van prestatie indicatoren vast te stellen is en wijzen op allerlei valkuilen (perverse effecten) bij gebruik en interpretatie (Rassin, 2007; Pollit, 2006; Wollersheim et al., 2006; Van Thiel & Leeuw, 2003; Wiener, 2000).

Inspecteur-generaal Van der Wal geeft ook aan dat de validiteit van de indicatoren nog moet worden bepaald (Van der Wal, 2007). Indicatoren die niet deugen moeten in de toekomst plaatsmaken voor betere. Kortom, de Basisset is er, maar of deze in de praktijk aan de hoge verwachtingen kan voldoen is nog onduidelijk.

## **Prestatie-indicatoren en de Bascule**

Middels dit onderzoek wordt getracht zicht te krijgen op de ontwikkelingen rondom het proces van internaliseren<sup>2</sup>, van de prestatie-indicatoren en de relatie met de kwaliteit van zorg. Om praktische redenen is gekozen onderzoek te doen binnen GGZ-organisatie de Bascule waar ik als senior maatschappelijk deskundige werkzaam ben binnen het cluster Zorg en Onderwijs, een afdeling die zich voor een groot deel op de (systeem) begeleiding van speciale onderwijs scholen (voor kinderen met psychiatrische problematiek) richt. Ik kan niet uit eigen ervaringen met deze Basisset prestatie-indicatoren spreken.

De Bascule is een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie voor de regio Amsterdam en omstreken. De Bascule is op 1 januari 2004 ontstaan uit een fusie van het academisch centrum de Argonaut en het Paedologisch Instituut en heeft zich uitgebreid tot een instelling van circa 800 medewerkers die werkzaam zijn binnen verschillende locaties in Amsterdam en omstreken.

De Bascule biedt vele soorten onderzoek en behandeling (poliklinisch, dagbehandeling, dag- en nachtbehandeling, spoedeisende zorg, forensische jeugdpsychiatrie, therapeutische gezinsverpleging en logeeropvang) en opleiding/onderwijs. Men richt zich vanuit verschillende zorgclusters en zorglijnen op kinderen en jeugdigen van nul tot achttien jaar en op hun ouders of opvoeders. De missie van de organisatie luidt: "De Bascule zorgt er voor dat kinderen en jongeren met psychiatrische problemen in Amsterdam en omstreken weer een toekomst hebben. Door een brug te slaan tussen wetenschap en praktijk bieden we wetenschappelijk verantwoorde behandeling, ondersteuning en onderwijs en spelen wij flexibel in op nieuwe ontwikkelingen door middel van snelle programmaontwikkeling en methodiekimplementatie".

---

<sup>2</sup>Internaliseren is een begrip ontleent aan literatuur over lerende organisaties: Nonaka en Takeuchi (De kenniscreërende onderneming, 1997) beschrijven verschillende vormen van kennisontwikkeling binnen organisaties:

*Socialiseren*: van impliciete kennis naar impliciete kennis. Leren door na te doen. Voorbeelden: netjes leren eten; een goede knoop in je das leggen.

*Externaliseren*: van impliciete kennis naar expliciete kennis. Ervaringen en vaardigheden zo goed mogelijk in woorden en concepten uitdrukken.

*Internaliseren*: van expliciete kennis naar impliciete kennis. Leren door te doen (autorijden, schaatsen, e.d.).

*Combineren*: van expliciete kennis naar expliciete kennis. Sorteren, rubriceren en op nieuwe manieren samenvoegen van bestaande kennis

Continue kwaliteitsverbetering is één van de centrale speerpunten van het beleid zoals dit onder andere in het meerjarenbeleidplan van de Bascule geformuleerd is. Of en hoe de Basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en verslavingszorg daar al een rol in speelt wordt in deze scriptie onderzocht. Net als bij alle andere GGZ-instellingen in Nederland heeft de postbode bij de Bascule in het jaar 2007 de Basisset tijdig afgeleverd.

## Onderzoeksvragen

In dit onderzoek worden de volgende vragen beantwoord:

### *Hoofdvraag*

Hoe is de Bascule met de Basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en de verslavingszorg in de praktijk omgegaan?

### *Deelvragen*

Wordt de Basisset nu in de praktijk werkend gemaakt en zo ja hoe?

- Wie zijn er bij dit proces betrokken?
- Wordt gebruik gemaakt van de Balanced Score Card en zo ja hoe?

Is het rapporteren op prestatie-indicatoren gekoppeld aan interne verantwoording- en kwaliteitprocessen?

- Zo ja, hoe ziet dit er dan uit?
- Zijn er effecten waar te nemen?

In hoeverre is er binnen de organisatie sprake van draagvlak voor resultaatmeting middels prestatie-indicatoren?

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen is gebruik gemaakt van informatie uit bedrijfsdocumenten, interviews en observatie van activiteiten van professionals en processen rondom twee specifieke indicatoren binnen de Bascule. Hierdoor is het onderzoek per definitie beperkt, omdat hierdoor vooral vanuit het perspectief van de organisatie verslag gedaan wordt. Op voorhand was niet duidelijk, hoe en in welke mate prestatie-indicatoren van de Basisset binnen de Bascule in de praktijk toegepast worden. Daarom is met de manager zorgadministratie van de afdeling Economische en Administratieve Dienst (EAD) gekeken of en zo ja welke gegevens die voor de Basisset van de IGZ essentieel zijn, al geregistreerd worden. Gekozen is vervolgens om de volgende twee indicatoren te volgen. Het betreft de uitkomstindicatoren: indicator 3.1 Wachtijd tot start behandeling (Basisset deel 3: Cliëntgerichtheid/toegang tot voldoende en adequaat zorgaanbod) en een indicator 1.3. Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (Basisset deel 1: effectiviteit/behandelresultaat). De betreffende gegevens die verzameld zijn kunnen zonder aanpassingen, aldus de manager Zorgadministratie gebruikt worden voor rapportage aan de IGZ.

Deze twee indicatoren staan niet model voor alle indicatoren uit de Basisset. De Basisset bleek binnen de organisatie helaas als set nog niet geoperationaliseerd, waardoor de keuze beperkt is gebleven tot een uiterst pragmatische: deze twee indicatoren zijn geoperationaliseerd en er is al langere tijd ervaring mee opgedaan in de praktijk.

## 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de begrippen in de probleemstelling en onderzoeksvragen uitgewerkt. Thema's die aan de orde komen zijn onder andere: prestatie-indicatoren, kwaliteit, de relatie tussen prestatie-indicatoren en kwaliteit, waarden en valkuilen.

### Prestatie-indicatoren

De IGZ hanteert de volgende definitie van prestatie-indicatoren: *'prestatie-indicatoren zijn aspecten van zorg die volgens deskundigen een goede indicatie geven van de kwaliteit van de zorg'* (Kist & Hutschemaekers, 2006). Het element van meetbaarheid, is in deze definitie echter niet verwoord terwijl dat, ook voor de IGZ wel degelijk een aspect van belang is. "Een prestatieindicator is een 'meetlat' waarmee een indicatie van de kwaliteit van zorg kan worden verkregen" (IGZ Basisset 2006:6 ). Colson en Casparie (1995) definiëren prestatie-indicatoren als volgt: *'Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg'*. Omdat de resultaten van prestatie-indicatoren in meetbare en vergelijkbare kengetallen moeten worden uitgedrukt, is voor dit onderzoek voor de definitie van Colson en Casparie gekozen.

### Doelen van indicatoren

Het doel van indicatoren kan uiteenlopen. Werken aan verbetering, verhogen of borgen van kwaliteit, dat is, volgens Meijering et al. (2003), hét doel van prestatie-indicatoren. Wollersheim et al (2006) stellen dat een indicator slechts wijst op een bepaald aspect van presteren, een indicator heeft in hun optiek alleen een signalerende functie. Als de scores op een indicator laag is, dan is dat een reden voor analyse, het is geen absolute uitspraak over hoe goed of slecht de kwaliteit van zorg is (Wollersheim et al, 2006). Een ander doel van prestatie-indicatoren is dat zij voor de zorggebruiker en verzekeraar informatie opleveren over verschillende kwaliteitsaspecten van zorg, waardoor zij gericht keuzes voor bepaalde zorgaanbieders kunnen maken (Berg et al, 2005). We kunnen dus op verschillende manieren naar indicatoren kijken.

In de eerste plaats moet onderscheid gemaakt worden tussen indicatoren voor interne kwaliteitsverbetering en voor externe verantwoording (Berg & Schellekens, 2002; Berg et al, 2005). Indicatoren voor interne kwaliteitsverbetering worden vooral gebruikt door de beroepsbeoefenaren zelf voor verbetering van het eigen zorgproces. Externe indicatoren zijn bedoeld om informatie over de organisatie aan te leveren aan instanties en mensen buiten de organisatie of aan mensen buiten het concrete zorgproces, dus bijvoorbeeld aan managers binnen de organisatie. Ook verzekeraars, patiënten/cliënten organisaties, de inspectie van gezondheidszorg en beleidsmakers zijn hier voorbeelden van. Zij vragen om verschillende soorten informatie. Verzekeraars hebben bijvoorbeeld behoefte aan verantwoordingsinformatie over kwaliteit, kosteneffectiviteit en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van zorgvoorzieningen.

Patiëntenorganisaties willen informatie over beschikbaarheid, technische kwaliteit van de zorg en bejegening, terwijl beleidsmakers vragen om informatie over kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de bijdrage van de verschillende zorgvoorzieningen aan de volksgezondheid (RVZ, 2004).

In navolging van de theorie van Donabedian (1980) zijn prestatie-indicatoren in de tweede plaats te onderscheiden in structuur, proces en uitkomst indicatoren (Harteloh 2000, Huijsman e.a. 2003). De term structuur duidt op de voorwaardenscheppende factoren van de gezondheidszorg, zoals het soort instellingen, het aantal instellingen, het personeel en (financiële) middelen; binnen een zorgorganisatie kan het bijvoorbeeld gaan om de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen, zoals het hebben van een mammapoli in een ziekenhuis. De term proces betreft de interactie tussen zorgverleners en patiënt. Hierbij kan gedacht worden aan wachttijd, behandelduur, verpleegduur, aantal uitgevoerde testen en aantal uitgevoerde verrichtingen. De term uitkomst



tenslotte, betreft de veranderingen in de toestand van de patiënt die door de interventie tot stand gekomen zijn. Deze kan gemeten worden met behulp van (klinische) parameters, zoals sterfte en heropnames. Aspecten zoals kwaliteit van leven, het niveau van dagelijks functioneren of tevredenheid met de verleende zorg vallen ook onder uitkomstindicatoren. Bij deze aspecten speelt het eigen oordeel van de patiënt over de genoten zorg een grote rol.

## Kwaliteit

Onderzoekers als Williamson, Donabedian en Berwick hebben het begrip kwaliteit voor de gezondheidszorg in de afgelopen decennia vorm en inhoud gegeven. Williamson heeft in de jaren zeventig van de vorige eeuw een methode ontwikkeld voor kwaliteitsbevordering, ontleend aan medische leerprocessen, de *Health Accounting Approach* genaamd (Williamson et al, 1982). Hij meent dat systematische reflectie op het medisch handelen leidt tot kwaliteitsbevordering door middel van vorming van de (para)medici. Donabedian richtte zich in dezelfde periode op de wetenschappelijke benadering van kwaliteit in de gezondheidszorg (Donabedian, 1980). In zijn werk legt hij de nadruk op metingen en onderzoeken aan de hand van de eerder genoemde kwaliteitsaspecten structuur, proces en uitkomst (Donabedian, 1980). Berwick noemt in de jaren negentig een aantal andere doelen en waarden, te weten leiderschap, organisatie en attitude, die moeten leiden tot een betere kwaliteit. Hij baseert zich hierbij op ervaringen en kennis die men in de bedrijfskunde heeft opgedaan met kwaliteitsverbetering (Berwick, 1989).

Harteloh komt in 2000 tot de conclusie dat één van de voorwaarden voor een goed kwaliteitsbeleid reflexiviteit is. Zorg gaat in de optiek van Harteloh uit van een “bewogenheid naar de patiënt toe. Het heeft een bedoeling, een uitvoering en een resultaat. Als een van die elementen verloren gaat, gaat dat ten koste van de kwaliteit. De kwaliteit van zorg moet telkens opnieuw worden bewerkstelligd en behouden” (Harteloh 2000). Kwaliteit bestaat dus niet, kwaliteit ontstaat. Middels een reflexief proces construeren mensen kwaliteit. Door het gebruik van prestatie-indicatoren, zo is de verwachting van IGZ, genereert de organisatie informatie die niet alleen aan de buitenwereld laat zien hoe deze in vergelijking met andere organisaties functioneert, maar die tevens intern gebruikt zal worden voor reflectie op het eigen functioneren, waarna de leden van de organisatie een verbeterde kwaliteit zullen construeren.

Kwaliteit kan in verschillende soorten onderscheiden worden (Bij & Broekhuis, 2000). Voor de Basisset prestatie-indicatoren (IGZ, 2006; Hoogervorst & Ross-van Dorp, 2006) heeft men gekozen de volgende drie elementen te onderscheiden:

1. Cliëntgerichtheid, dat wil zeggen de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en voorkeuren van de cliënt.
2. Effectiviteit; de mate waarin de zorg aan zorginhoudelijke standaarden voldoet, of deze goed georganiseerd en kosteneffectief wordt aangeboden en optimale gezondheidswinst/kwaliteit van leven realiseert.
3. Veiligheid; de mate waarin de zorg onnodige schade aan patiënten voorkomt.

## Contextueel model

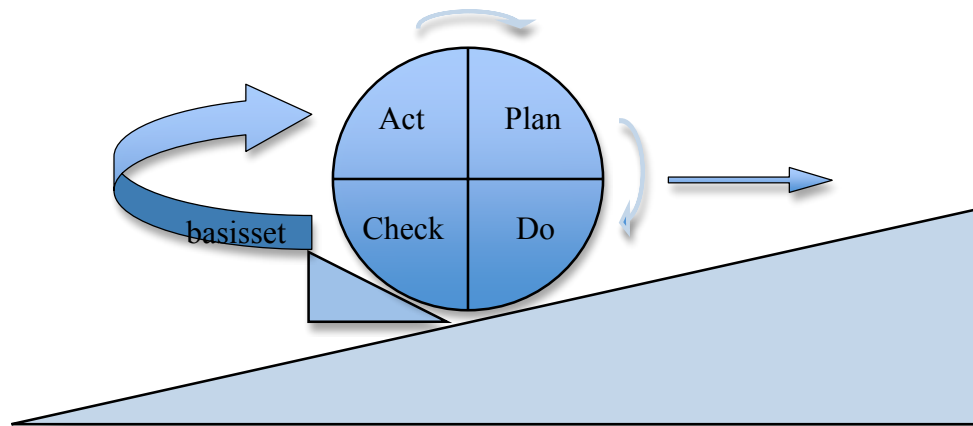
Met behulp van de PDCA cirkel van Deming<sup>3</sup> kan het proces van sturing, reflectie en construeren van de verbetering van de kwaliteit van zorg, waarbinnen de Basisset een plaats krijgt, gevisualiseerd worden. De cyclus van Deming wordt veel gebruikt in de gezondheidszorg (Harteloh en Casparie, 1998). PDCA staat voor 4 fases (Plan, Do, Check en Act) die in organisaties in een continue cyclisch proces doorlopen worden, met continue kwaliteitsverbetering als doel.

---

<sup>3</sup> De Amerikaan W. Edwards Deming (1900-1993) is een van de pioniers binnen het vakgebied van kwaliteitscontrole en kwaliteitsmanagement. De cyclus van Deming is gebaseerd op de Plan-Do-See-cyclus van Walter A. Stewhart. Deming maakte er de Plan-Do-Check-Act-cyclus van, afgekort als PDCA-cyclus. Inmiddels wordt ook wel gebruik gemaakt van de Plan-Do-*Study*-Act (PDSA) cyclus.

Prestatie-indicatoren worden toegepast in de Check fase. Resultaten die middels de Basisset verkregen worden, worden openbaar gemaakt, waardoor organisaties gestimuleerd worden om zo positief mogelijke resultaten te boeken. Toepassing van de Basisset kan vanuit deze optiek gezien worden als een middel om de PDCA cirkel hoger op de kwaliteitsheuvel te duwen.

*Figuur 1. Dynamische PDCA cirkel*



*De heuvel staat voor een steeds betere kwaliteit. Door de vier fasen steeds opnieuw te doorlopen, kan de kwaliteitsheuvel worden beklommen. De wig onder de cirkel symboliseert de kwaliteitsborging, die voorkomt dat de cirkel weer naar beneden rolt, cq. het kwaliteitsniveau weer naar een lager niveau daalt.*

## **Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)**

Kerntaak van de GGZ is de zorg voor mensen met een psychische ziekte (RVZ, 1997). Het zorgproces in de GGZ verloopt vergelijkbaar aan de zorgprocessen in de rest van de gezondheidszorg. De patiënt, of de cliënt zoals men in de GGZ de patiënt noemt, kan bijvoorbeeld voor gespecialiseerde hulp, net als in de medische gezondheidszorg, niet rechtstreeks een beroep doen op een zorgaanbieder. De (huis)arts is poortwachter. Voor de jeugd GGZ kan zowel de (huis)arts als Bureau Jeugdzorg de poortwachterrol vervullen.

In de GGZ werken verschillende soorten hulpverleners waaronder artsen (psychiaters), gedragswetenschappers (psychotherapeuten, psychologen en orthopedagogen), (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, activiteitenbegeleiders, vaktherapeuten zoals ergo-, creatieve- of speltherapeuten (Weeghel, 2003).

De organisatorische indeling in echelons van eerste-, tweede- en derdelijnszorg is in de GGZ geleidelijk vervangen door een indeling in zorgcircuits met het complete zorgaanbod voor de doelgroepen jeugdigen, volwassenen kortdurend, volwassenen langdurend, ouderen, verslaafden en forensisch psychiatrische cliënten. In geïntegreerde instellingen worden organisatorische bevoegdheden en verantwoordelijkheden in hoge mate gedelegeerd aan de managers van zorgcircuits, Raden van Bestuur sturen vooral op afstand.

Omdat de organisaties (marktpartijen) door het nieuwe beleid gedwongen werden om sluitende zorgketens te realiseren zochten zij samenwerking met elkaar (VWS, 2008). Organisaties sloten strategische samenwerkingsovereenkomsten af of fuseerden. De nieuwe GGZ-instellingen verkregen binnen het eigen gebied vaak een monopoliepositie. De overheid bleef ondertussen op afstand. Er werd wel een inhoudelijke koers aangegeven, maar men liet de regelgeving vooralsnog ongemoeid (Heijnen, 2000).

Verskil met de somatische zorg is dat binnen de GGZ gedwongen zorg vaker voorkomt. Als de cliënt zo verward is dat deze een gevaar is voor zichzelf of voor anderen en door psychiatrische problematiek niet in staat is de eigen situatie adequaat te beoordelen kan besloten

worden dat (onvrijwillige)opname en/ of behandeling noodzakelijk is. Het is voorstelbaar dat indien gebruik gemaakt wordt van de eigen mening van deze cliënten om de kwaliteit van zorg te beoordelen dat dit in deze gevallen geen representatief beeld geeft van de kwaliteit van zorg. Dit is één van de valkuilen waar Harteloh (2000) op wees ten aanzien van het hanteren van de opvattingen van patiënten als kwaliteitsmaatstaf voor de zorg. Bij het samenstellen van de Basisset heeft men getracht rekening te houden met dit fenomeen. In het geval van gedwongen hulpverlening bijvoorbeeld, wordt niet van de organisatie geëist dat zij bij de rapportage gebruik maakt van de mening van de cliënt.

## Valkuilen

Bij het ontwerpen, gebruik en interpreteren van prestatie-indicatoren moet rekening gehouden worden met velerlei zaken. Prestatie-indicatoren, met name externe, moeten (tot in het uiterste) gevalideerd zijn, zo stelden Berg en Schellekens in 2002. Relevante verschillen in zorgcontext moeten inzichtelijk zijn om te voorkomen dat appels met peren worden vergeleken. In de jaren daaropvolgend komen dezelfde onderzoekers tot de conclusie dat dit een onhaalbaar doel is. In 2005 bevelen zij de IGZ aan om organisaties toe te staan de resultaten in de verslaglegging toe te lichten (Berg et al, 2005).

Bij interne prestatie-indicatoren treedt deze valkuil niet op. De prestatie-indicatoren worden binnen de organisatie zelf toegepast, de (intern)betrokkenen werken allen binnen dezelfde context met de indicatoren en de omgevingsfactoren mogen als bekend verondersteld worden. Bij externe indicatoren ligt dat veel gecompliceerder. Een zorgaanbieder die veel moeilijke cliënten behandelt bijvoorbeeld, kan een lagere successcore hebben dan een zorgaanbieder die alleen gemakkelijke cliënten behandelt. Als deze contextfactoren niet worden meegenomen in de vergelijking wordt bijvoorbeeld in de hand gewerkt dat zorgaanbieders proberen hun cliënten slim te selecteren (Berg & Schellekens, 2002). Dit is slechts één mogelijke valkuil.

In de literatuur over prestatie-indicatoren worden meer valkuilen beschreven, waaronder de volgende:

*Verschillen in interpretaties en waardeoordelen.* Boltanski en Thevenot (2006) hebben met een kritische blik gekeken naar de verschillende waarden en interpretaties die verschillende mensen om verschillende redenen aan uitkomsten toedichten. Zij constateerden dat het zelfs voor één en dezelfde persoon mogelijk is om op verschillende momenten een verschillend waardeoordeel aan één en hetzelfde aspect toe te delen. Hoeveel waarde iemand aan een aspect toedicht hangt in sterke mate af van de context, de omgeving waarbinnen de persoon zich bevindt. In elke omgeving worden 'eigen' sociale codes gehanteerd en bestaan ongeschreven regels. Zo bestaat er in elke sociale situatie doorgaans ook een consensus over wat wel of niet waardevol is. In de wereld van financiers hecht men bijvoorbeeld veel waarde aan geld en financiële uitkomsten. Een zorgorganisatie met een gunstig financieel resultaat zal in waarde, in de ogen van de financier, stijgen. Een accountmanager die er in slaagt dergelijk, financieel welvarende organisaties aan de bank te binden, zal in de beleving van zijn collega's in waarde stijgen en komt misschien zelfs wel voor een promotie in aanmerking. Het spreekt voor zich dat dit nog niets zegt over de kwaliteit van zorg die de organisatie verder biedt. Hooguit zegt het iets over het financieel beleid. Een organisatie kan excellente zorg verlenen en toch failliet gaan door financieel wanbeleid. Een financier zal deze organisatie misschien waardeloos vinden, terwijl patiënten, die veel waarde hechten aan de geboden kwaliteit van zorg, de organisatie van veel waarde vinden. Wat voor de professional in een zorgorganisatie van veel waarde kan zijn, bijvoorbeeld een prettige relatie met collega's, is voor die zelfde professional, als die zelf als patiënt een beroep moet doen op een zorgorganisatie van minder waarde. Als patiënt zal deze persoon waarschijnlijk veel meer waarde hechten aan een zo snel mogelijke en succesvolle behandeling waarmee hij van zijn klachten wordt verlost. Afhankelijk van de context waarin deze persoon zich bevindt, zal hij op de vraag, "vindt u het belangrijk dat de mensen die in deze zorgorganisatie werken een goede relatie met elkaar hebben?" een verschillend waardeoordeel geven. Een uitkomst kan, onder andere door deze verklaarbare verschillen in waardeoordelen, in de ene organisatie als een verbeterpunt gezien worden en in een soortgelijke andere organisatie als voldoende beoordeeld worden.

Mogelijke andere valkuilen zijn:

*Gaming the system* (Wollersheim et al, 2006; Van Thiel & Leeuw, 2003). Hieronder wordt verstaan dat men de regels rondom bijvoorbeeld het rapporteren op meerdere manieren kan toepassen. Hiermee kunnen uitkomsten bewust of onbewust gemanipuleerd worden.

*Tunnelvisie* (Rassin, 2007): Het fixeren van alle aandacht op de prestatie-indicator kan er als het ware toe leiden dat men blind wordt voor andere, mogelijk lastiger meetbare, belangrijke elementen. Deze worden verwaarloosd of niet opgemerkt.

*Rituele dans* (Wollersheim et al, 2006; Wiener, 2000): de organisatie zet zich op bepaalde momenten in om de verplichte cijfers aan te leveren zonder dat deze nog een inhoudelijke link met het dagelijks functioneren hebben. In het uiterste geval ontstaan er 2 werkelijkheden: die van de praktijk en die, die voor de vorm gerapporteerd wordt omdat het nu eenmaal moet.

Naast deze valkuilen speelt er nog een praktisch element, dat zo zijn eigen invloed kan hebben op hoe de resultaten worden geregistreerd. Deze heeft betrekking op de rol van de techniek: Door het vele samengaan van verschillende organisaties in nieuwe samengestelde organisaties werd gewerkt met verschillende soorten registratiesystemen die zowel qua inhoud als technisch lang niet altijd op elkaar afgestemd bleken (Heijnen, 2000). In navolging van de roep om transparantie richtte de GGZ zich vanaf circa 1998 op vernieuwing en aanpassing van het zorginformatiesysteem (Borst-Eiler, 2000; Heijnen, 2000). Hiertoe is in 1998 een werkgroep opgericht. Eén van de doelen van deze werkgroep was te komen tot één landelijke GGZ-brede zorgregistratie die de bestaande op deelsectoren gerichte zorgregistraties kan vervangen. Met de eenduidige wijze van registreren van gegevens zou het vervolgens (volgens de beleidsmakers) mogelijk moeten zijn om kengetallen te verschaffen voor onder andere de transparantie en de verantwoording van de sector naar overheid, financiers en cliënten. In hoeverre de techniek een rol speelt bij het wegnemen, dan wel vergroten van bovengenoemde problemen is nog steeds onduidelijk.

Bovengenoemde werkgroep die zich vanaf 1998 namens de GGZ richtte op vernieuwing en aanpassing van het zorginformatiesysteem, is uit gegaan van de vier perspectieven van de Balanced Score Card<sup>4</sup> om te komen tot een opsomming van de in hun optiek voor de gezondheidszorg relevante prestatie-indicatoren (Heijnen, 2000). De Balanced Score Card is binnen veel gezondheidszorg organisaties in navolging van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2004) een veel gebruikt sturingsinstrument. Onderzocht zal worden hoe men dit instrument binnen de Bascule in relatie tot de Basisset gebruikt en of men prestatie-indicatoren vanuit de Basisset vertaald heeft naar de BSC's die intern worden gebruikt.

## Draagvlak

Hoe zit het met de motivatie van de professionals die gegevens moeten aanleveren over 'hun' presteren? Hoe worden de prestatie-indicatoren geïmplementeerd? Of waren ze er eigenlijk al?

Om een beeld te krijgen van hoe de prestatie-indicatoren ontvangen zijn binnen de organisatie wordt onder andere gekeken naar de wijze of, en zo ja hoe men, draagvlak binnen de organisatie voor het gebruik van prestatie-indicatoren heeft verkregen.

Rijnveld en Koppenjan (1997) stellen dat het succes van een project afhankelijk is van de inbreng van uiteenlopende partijen, die beschikken over voor het project onmisbare hulpbronnen zoals bevoegdheden, geld, grond, informatie en expertise. Met draagvlakvorming wordt het proces bedoeld waarlangs steun wordt verworven om de (strategische) doelen te bereiken.

---

<sup>4</sup> De Balanced Score Card (BSC) is een in 1996 door Kaplan en Norton geïntroduceerd management instrument dat helpt om de strategie van een organisatie naar actie te vertalen (Atkinson e.a., 2007). De BSC start bij de visie en missie van een organisatie. Vandaar uit worden kritieke succesfactoren en strategische doelstellingen geformuleerd, die vervolgens worden vertaald in meetbare prestatie-indicatoren en daar op aansluitende acties. De BSC concentreert zich op de meest kritieke aspecten van de organisatiestrategie en heeft als doelstelling de focus van alle medewerkers te richten op die acties die daadwerkelijk bijdragen aan de realisatie van de strategie. De BSC gaat uit van vier perspectieven, te weten het perspectief van de financiers, van klanten, van de interne organisatie en het leren & groeien.

Als we kijken naar de literatuur over het bewerkstelligen van veranderingen, dan valt op dat veranderingen vaak het gevolg zijn van een reactie op een (al dan niet beperkende) veranderende omgevingsfactor, of omdat de leden van de organisatie ontevreden zijn met de beperkingen die (bestaande) systemen aan hun handelingen opleggen (Krogt en Vroom 1995). Pogingen om externe prestatie indicatoren te internaliseren binnen GGZ organisaties kunnen misschien gezien worden als een noodzakelijke reactie op een, naar gelang de interpretatie van de betrokkenen, al dan niet beperkende veranderende omgevingsfactor.

Vanuit de contingentiebenadering (Krogt en Vroom 1995) kan deze ontwikkeling uitgelegd worden als een manier van overleven. Als de organisatie wil overleven, dan moet deze aangepast zijn aan de voor de organisatie relevante omgeving. Dit zou voor de Bascule kunnen betekenen dat zij, hoe dan ook, zullen proberen de gewenste registratie op prestatie-indicatoren te volbrengen. De vraag hierbij is of zij ook inhoudelijk achter het doel van prestatie-indicatoren staan, of dat het registreren en rapporteren een rituele dans wordt (Wollersheim et al., 2006). Ook kan het zijn dat individuen niet zo zeer beperkingen willen opheffen, als wel mogelijkheden beter (ten behoeve van de organisatie of zichzelf) willen benutten (Krogt en Vroom 1995). *Gaming the system* is hierbij een niet uit te sluiten fenomeen.

Om een indruk te krijgen van de fase waarin de implementatie van de indicatoren van de IGZ in de Bascule nu verkeert, ter illustratie en ter vergelijking met de fase van implementatie waarin mogelijk andere prestatie-indicatoren die in de Bascule toepast worden verkeren, maak ik gebruik van het acht fasen model van Kotter (1996). Kotter is een, in uit het bedrijfsleven afkomstige, management goeroe. In het bedrijfsleven van Kotter speelt de manager een politiek spel in een omgeving, die bestaat uit verschillende groepen medewerkers die allen over hun eigen bronnen beschikken en in een micropolitiek spel deze bronnen strategisch inzetten (of niet) om organisatiedoelen te genereren. Door de complexiteit van de organisatie kan de manager nooit over alle kennis beschikken. De manager handelt politiek en strategisch, om een in proces van onderhandeling geconstrueerd, bedrijfsmatig, doel te bereiken. De uitkomst van het handelen van de manager staat niet bij voorbaat vast, maar is afhankelijk van de uitkomst van dit politieke spel (Kotter, 1996). Dit model is dus gebaseerd op beperkte, namelijk slechts 'politieke analyse' van het veranderingsproces. Toepassing van dit model zal dan ook niet tot een compleet beeld leiden, maar het geeft, ondanks de beperktheid wel een indruk van (een deel van) de implementatie processen rondom indicatoren.

### **3. Methoden van onderzoek**

#### **Kwalitatief onderzoek**

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. In deze gevalstudie zijn, naast analyse van beschikbare bedrijfsdocumenten en bestudering van literatuur, de ervaringen van individuele professionals, werkzaam op verschillende afdelingen en in verschillende functies gedurende een periode van twee maanden binnen de Bascule verzameld, beschreven en geanalyseerd.

#### **Triangulatie**

Door gebruik te maken van verschillende bronnen en methoden van onderzoek (documentanalyse, interviews en observaties, nabespreking van de observaties en informele gesprekjes) is er sprake van triangulatie (Creswell 2005). Hierdoor is de kans op systematische vertekening van de verkregen informatie en een al te subjectieve waarneming van de onderzoeker kleiner (Segers en Hutjes 1999).

#### **Literatuur en bedrijfsdocumenten**

Literatuur is in dit onderzoek alleen gebruikt ten behoeve van de theoretische inbedding van het onderzoek en om inzicht te verkrijgen in (de achtergrond) van het onderwerp. De Basisset Prestatie indicatoren GGZ en verslavingszorg (2006) is als basis voor dit onderzoek gebruikt. Aanvullende literatuur is gezocht binnen de aangeboden studiestof van de opleiding ZOMA-iBMG en via de universiteitsbibliotheek en internet. Hierbij zijn onder andere de volgende trefwoorden gebruikt: prestatie-indicatoren, indicatoren, kwaliteit, draagvlak voor implementaties, performance measurements, GGZ, psychiatrie en Inspectie voor Gezondheidszorg.

In het kader van het empirisch onderzoek is gezocht naar bovengenoemde steekwoorden en onderwerpen in de volgende bedrijfsdocumenten: Contourennota fusie PI en Argonaut (2002), Beleidsnotitie kwaliteit 2004/2005 (2004), Kwaliteitsmanagement binnen de Bascule (2005), beleidsnotitie interculturalisatie 2004 van de Bascule (2004), het meerjaren beleidsplan (2006-2008) en de kaderbrief 2008 (2008), waarvan de inhoud ten behoeve van analyse gecodeerd is om tot een systematische ordening en vergelijking van verschillende aspecten te komen. Deze bedrijfsdocumenten zijn binnen de organisatie vrij toegankelijk voor de medewerkers, waaronder mijzelf. De documenten die ter voorbereiding op de besluitvorming van Raad van Bestuur rondom en ter voorbereiding op de implementatie van de Basisset en de aanvullende set van Agis Zorgverzekeringen door de kwaliteitsmedewerker en manager geproduceerd zijn, zijn nog niet voor alle werknemers vrij toegankelijk, alsmede het verslag van het gesprek van de Raad van Bestuur met de Inspecteur van IGZ. Ten behoeve van dit onderzoek heb ik deze in mogen zien.

#### **Interviews**

In de interviews (n=7) is gebruik gemaakt van open vragen, die gesteld zijn aan de hand van een topiclijst (Bijlage 3, interviewschema). De geïnterviewden konden hierdoor vanuit hun eigen reflectie antwoorden, waardoor de validiteit toeneemt (Dey, 1993). De interviews zijn op geluidsband opgenomen en woordelijk uitgeschreven alvorens zij zijn geanalyseerd (Cresswell 2003).

Aan de interviews hebben meegewerkt de voorzitter van de Raad van Bestuur, een kwaliteit (beleid) medewerker, de kwaliteitsmanager, een cluster en een zorglijnmanager, een kinder- en jeugdpsychiater en de manager zorgadministratie de afdeling AED (onder andere verantwoordelijk

voor de ondersteuning en training van medewerkers bij het registreren van gegevens ten behoeve van cliëntadministratie).

## **Observaties**

Naast bovengenoemde interviews zijn twee hoofdbehandelaars (GZ-psychologen), alsmede een multidisciplinair team tijdens een diagnostiek vergadering geobserveerd bij hun registratiewerkzaamheden rondom de indicator met betrekking tot de wachttijd tot start behandeling en ervaren verandering in kwaliteit van leven van de cliënt. Deze observaties zijn nabesproken met de betrokkenen.

Gekozen is om twee uitkomst indicatoren uit de Basisset te 'volgen tijdens het proces van internaliseren' die volgens de geïnterviewden zonder aanpassingen geschikt zijn voor rapportage. Het gaat om de volgende indicatoren: indicator 3.1, wachttijd tot start behandeling (Basisset deel 3: Cliëntgerichtheid/toegang tot voldoende en adequaat zorgaanbod) en indicator 1.3 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (Basisset deel 1: effectiviteit/behandelresultaat). Bij de eerste worden 'harde cijfers' geregistreerd, bij de tweede wordt geregistreerd aan de hand van de 'eigen mening' van zowel cliënt als professional. Hierdoor was het mogelijk om te observeren hoe men deze verschillende gegevens verzamelt en welke processen en activiteiten een rol spelen. Deze twee indicatoren staan niet model voor alle indicatoren uit de Basisset, of indicatoren in het algemeen. De Basisset bleek binnen de organisatie als zodanig niet geoperationaliseerd, waardoor de keuze voor deze indicatoren op uiterst pragmatische tot stand is gekomen: deze twee indicatoren zijn geoperationaliseerd en er is al langere tijd ervaring mee opgedaan in de praktijk. Daarom was het mogelijk om op basis van deze twee voorbeelden iets te zeggen over wat indicatoren in de Bascule 'doen'. Ze zijn gevolgd in de hoop iets te kunnen zeggen over mogelijke effecten van deze indicatoren op de kwaliteit van zorg en of deze effecten aansluiten bij de verwachtingen die externe partijen hiervan hebben. Daarnaast is in eerder onderzoek naar het registratiegedrag van organisaties in het afgelopen jaar geconstateerd dat organisaties aangaven dat het instrument dat gebruikt wordt voor de indicator Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt, niet betrouwbaar werd gevonden (Van Ham et al, 2007). Sommige organisaties kozen er voor om deze reden om geen verslag op dit punt uit te brengen. Het onderzoek geeft echter weinig informatie over waarom het instrument niet voldoet. Door deze indicator in dit onderzoek te volgen hoop ik bij te dragen aan het vergroten van het inzicht hierin.

## 4. Resultaten

### Wordt de Basisset in de praktijk werkend gemaakt en zo ja hoe?

Binnen de Bascule worden verschillende gegevens geregistreerd die gebruikt gaan worden om in de nabije toekomst te rapporteren aan de hand van de Basisset. Deze gegevens worden echter (nog) niet in het kader van de rapportage aan de IGZ en met oog op de verslaglegging en verantwoording naar de 'buitenwereld' verzameld en beschreven. De voorzitter van de Raad van Bestuur geeft hiervoor als reden dat er teveel, tegelijkertijd, geïmplementeerd moet worden.

#### *Beslissing tot uitstel*

Begin 2008 besloot de Raad van Bestuur van de Bascule te wachten met de implementatie van de Basisset in verband met afrondende activiteiten rond HKZ-trajecten, de op handen zijnde reorganisatie van de organisatiestructuur én vanwege het belang dat gehecht bleek te worden aan het implementeren van een kwaliteitsindicatoren die door de verzekeraars (Agis Zorgverzekeringen) opgelegd zijn en getoetst worden.

De Raad van Bestuur was van plan, en heeft dit als zodanig ook de inspectie laten weten, in juni het 'gewone' verplichte jaarverslag te publiceren en pas het laatste kwartaal van 2008 een aanvullend verslag met betrekking tot de Basisset van IGZ. Van het gesprek met de Inspecteur hebben diens herhaalde waarschuwingen, dat er dan geen gegevens van de Bascule in het Algemeen Dagblad kunnen worden gepubliceerd, de meeste indruk op de betrokkenen gemaakt. Niet in de lijst staan zou volgens de inspecteur voor slechte kwaliteit staan in de publieke opinie. De kwaliteitsmanager vertelt:

"De inspecteur was volhardend op dat punt en bleef herhalen dat we dan een negatief beeld van onszelf naar buiten brengen. Maar uiteindelijk kwam alleen in het verslag dat de Bascule daar nog in achter bleef."

Maar, zo redeneerde de Raad van Bestuur en kwaliteitsmanager op dat moment vanuit de organisatie, beter geen gegevens en achterblijven dan een niet complete lijst. Voor slechte publicatie was men vooralsnog niet zo erg beducht zoals uit onder andere uit de volgende uitspraak van een kwaliteitsmanager blijkt: "De Bascule staat voor zover wij weten goed bekend, en we zorgen zelf voor een goede PR. Geen gegevens rapporteren betekent niet dat we slecht zijn, hooguit dat mensen niet zien hoe goed of slecht we zijn."

In geen van de interviews is gesteld dat men niet zal rapporteren en dus niet aan de uiteindelijke verplichting wil voldoen, men wil liever zorgvuldig zijn en geen onvolledige gegevens aanleveren.

Naarmate de onderzoekstijd vorderde (medio mei) bleek de Raad van Bestuur toch iets minder gerust te zijn of de gevolgen van mogelijke negatieve publiciteit, zoals uit onder andere het volgende citaat spreekt:

"Het gaat om informatie die in lijstjes komt die dan bijvoorbeeld in de Elsevier gepubliceerd wordt. Iedereen die een beetje kennis heeft van de zorg weet dat dat lijstjes zijn die niet zoveel zeggen. Kijk naar de pers van de laatste tijd over de ziekenhuizen en de reactie daarop dat de gegevens niet meer juist zijn van die organisaties. Maar toch kijken mensen er straks naar. Het belang om te rapporteren is toch wel groot. We gaan het zeker proberen."

#### *Het 'traject' van de Basisset in de Bascule*

Het 'traject' van de Basisset in de Bascule begint in 2007 als het blauwe boekje tussen de ontvangen post zit. De Raad van Bestuur geeft de afdeling Beleid opdracht de Basisset te bestuderen en te onderzoeken in hoeverre de organisatie de benodigde gegevens registreert en dus kan rapporteren. Het hoofd van deze afdeling heeft deze taak aan een junior-kwaliteitsmedewerker uitbesteed. Deze vertelt (medio december 2007) hoe dat ging;



“Ik kreeg in september de opdracht een inventarisatie te maken. Ik kreeg het blauwe boekje van de IGZ. Ik kreeg in overleg met het hoofd van de afdeling Beleid een paar uur per week om de indicatoren één voor één na te lopen en vast te stellen of ze voor ons van toepassing zijn en welke niet. Ik ben gaan onderzoeken wat we al aan gegevens hebben en heb ze aangevuld met wat we volgens mij zouden kunnen doen om gegevens die we nu nog niet uit de registratie systemen kunnen halen toch te verkrijgen.”

Deze kwaliteitsmedewerker heeft een inventarisatiedocument gemaakt (november 2007). Per indicator was hierin vastgesteld of er al geregistreerd wordt, zo ja, hoe - en of dat voldoende is om te kunnen rapporteren, en zo nee, een voorstel voor acties om verslaglegging mogelijk te maken. Hiertoe heeft ook de Raad van Bestuur tussentijds ideeën aangedragen. Deze kwaliteitsmedewerker wilde haar product perse voor januari 2008 afleveren vanwege haar vertrek bij de organisatie. Juist op dat moment stelde ik per mail aan iedereen binnen de organisatie die ik maar kon verzinnen de vraag of ze me wilden vertellen wie zich binnen de Bascule bezig hield met de Basisset van IGZ in verband met dit onderzoek. Op het hoofd Beleid na reageerde er niemand. Zij vroeg de kwaliteitsmedewerker mijn vraag te beantwoorden, waarop deze meteen een kopie van het inventarisatie document bij me afleverde met de vraag of ik na het document gelezen te hebben misschien suggesties voor aanvullingen op het document kon doen. De registratie leek dus nog echt in de kinderschoenen te staan voor de medewerkers.

Na het vertrek van deze medewerker werd het document op het interne netwerk (Intranet) geplaatst. Voor alle medewerkers verscheen bij het opstarten van de computer gedurende een aantal dagen een mededeling dat het document “Basisset prestatie indicatoren van IGZ aan het handboek beleid was toegevoegd”.

Bij informeel navragen bij collega's waar dat document over ging, bleek de opmerking weinigen opgevallen te zijn, niemand bleek het document helaas geopend te hebben.

“Ik dacht niet dat het ons wat aanging” vertelt één van de geïnterviewden later.

“Ik heb niet gekeken; ik dacht dat het de set van de verzekeraar betrof. Daar hadden we al naar gekeken dus heb ik het document niet geopend” verklaarde een ander.

Een aantal weken later was het document niet meer op de site te vinden. Bij navraag bleek de nieuwe kwaliteitsmanager hiertoe opdracht gegeven te hebben. De volgende uitleg werd gegeven: “Het document is nog niet geschikt om zo te presenteren aan de medewerkers. We gaan eerst uitzoeken welke informatie we nu al uit de registratiesystemen kunnen halen en waarmee we dus niemand extra hoeven te belasten”.

Begin mei vertelt de kwaliteitsmanager dat hij de basisset heeft uitgewerkt en dat de Raad van Bestuur nu toch wil aansturen op het kunnen verstrekken van zoveel mogelijk gegevens in het jaarverslag van de organisatie. De uitwerking van de kwaliteitsmanager is aan de manager zorgadministratie gegeven. Deze heeft twee weken de tijd om zoveel mogelijk gegevens te destilleren uit de bestaande systemen. De kwaliteitsmanager vertelt een congres bijgewoond te hebben waar hij gezien en gehoord heeft hoe het grotere instellingen dan de Bascule gelukt is de Basisset te implementeren. Het ligt in ieder geval niet aan de grote van de organisatie, is zijn conclusie. “Je moet er gewoon heel hard aan werken en goed bedenken hoe je het strategisch aanpakt”.

Begin mei (2008) ontvangt de manager zorgadministratie het document met de inventarisatie. Het interview voor dit onderzoek vindt in de week daaropvolgend plaats. Bij het maken van de interview afspraak meldt de manager dat hij de lijst nog maar net heeft ontvangen, en nog niet in de gelegenheid is geweest er wat mee te doen, maar dat ik van harte welkom ben bij het eerste moment dat die gelegenheid zich voordoet zodat we samen de bijgewerkte lijst kunnen doornemen.

Aan de hand van het document vertelt hij dat er al veel informatie geregistreerd wordt die volgens hem in principe bruikbaar is voor de Basisset. Bijna alle gegevens, zoals de gegevens die nodig zijn om een DBC te kunnen openen en sluiten, zijn in één systeem verzameld: care4. De informatie is echter niet verzameld voor dit doel waardoor er soms ‘vertaald’ moet worden of net een andere manier van registreren nodig is. Vervolgens moeten er speciale zoekopdrachten (*queries*) geschreven worden door mensen die verstand van ICT hebben. Dat kost veel tijd en is specialistisch werk. Naast dat dit veel werk is ziet deze professional het vergelijken van deze

informatie met andere organisaties als weinig zinvol vanwege spraakverwarring die makkelijk kan ontstaan. Zoals het volgende fragment van het interview illustreert:

“Dat doe je niet zomaar, opdracht geven om een *query* te maken. Dan moet je precies weten wat je wilt weten en daar opdracht toe geven. Want dat luistert heel nauw. En hier komen we nu precies op het probleem, want dat kan bij verschillende organisaties verschillend gaan. Een klein woordje anders geformuleerd in de vraag en er komen verschillende uitkomsten uit. (...) Hier in de omgeving werken sommige andere organisaties gelukkig met hetzelfde systeem. Maar zelfs die vullen de vragen heel verschillend in. En dan valt er niets meer te vergelijken”.

Aan de hand van het inventarisatiedocument komt de manager zorgadministratie (medio mei) tot de conclusie dat er waarschijnlijk tussen hem en de kwaliteitsmedewerkers verschillen van interpretatie zijn.

“Sommige elementen kunnen we, zoals ik ze interpreteer, volgens mij wel al makkelijk uit de gegevens halen en hij schrijft hier op dat we dat niet kunnen. Maar ik wacht tot zij [beleidsmedewerkers en Raad van Bestuur] weten wat ze precies willen weten, want anders moet ik opnieuw beginnen. Ik vul deze lijst aan, kan ze vertellen wat we nu al kunnen oplossen of waar we *queries* voor moeten laten bouwen.”

Het antwoord op de vraag of het niet mogelijk was om al eerder (aan de hand van de eerste versie november 2007) *queries* te bouwen is in het volgende citaat weergegeven:

“Natuurlijk kon dat! Maar het is wel veel voor onze afdeling. We hadden net de invoering van de DBC-registratie voor elkaar en de dingen (...) voor de HKZ. En we zijn al bezig met de GGZ-thermometer. Dan zijn er nog documenten die voor de HKZ in een dossier moeten en die door inhoudelijke mensen zijn bedacht zonder dat ze idee hadden hoe dat later in het systeem opgenomen moest worden. We hebben gewoon nog even gewacht. Dat heb ik inmiddels wel geleerd (...). Ik zie aankomen dat we straks de GGZ-thermometer rond hebben en dan komt de CQ-index daarvoor in de plaats en dan kunnen we daar mee beginnen. Het was een beter idee geweest om daar op te wachten misschien”.

Op het moment van onderzoek zijn de geïnterviewden het over eens dat er nu nog geen resultaten gepresenteerd kunnen worden. Maar als de juiste *queries* zijn gemaakt kunnen, zo schat de manager zorgadministratie in, toch zeker dit kalenderjaar, kan veel van de relevante uitkomsten op de prestatie-indicatoren verzameld worden en aan de buitenwereld gepresenteerd.

De uitvoerende professionals zijn ondertussen (nog) niet formeel geïnformeerd over het bestaan en de achtergrond van de Basisset. In het kader van dit onderzoek zijn verschillende professionals in informele sfeer gevraagd naar hun ervaring met de Basisset. Steeds reageert men verbaasd en nieuwsgierig als het onderwerp ter sprake wordt gebracht.

Men registreert wel, maar denkt dat het doel van het registreren uitsluitend verband houdt met de DBC-betalings- en registratiesystematiek<sup>5</sup>. Een belangrijk element in de DBC-registratie vormt bijvoorbeeld de diagnose, op basis waarvan men een behandeling start en de hoeveelheid *face to face* contacten die men met de cliënt heeft.

Gezien het gegeven dat de invoering van de Basisset en de datum waarop de verslaglegging gereed zou moeten zijn van te voren duidelijk waren is dit onderzoeksresultaat bijzonder. Vanaf de start van het proces treedt er om verschillende redenen vertraging op en wordt niet gestuurd op een snellere en een actievere aanpak. Dit blijkt pas te gebeuren op het moment dat de kwaliteitsmanager begin mei aan dit beleid nieuwe impulsen geeft. Vervolgens vertraagt het proces door de benodigde technische vertaling van de basisset naar de ICT. De constatering dat de GGZ thermometer vervangen gaat worden door de CQ index en dat “veel dan mogelijk weer overnieuw gedaan moet worden” lijkt verlamdend te werken. Er spreekt enige verandermoeheid uit de uitspraken van de voorzitter van de Raad van Bestuur en de manager Zorgadministratie. In

---

<sup>5</sup> DBC-betalings-en registratiesystematiek: Eind 2001 is minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de koepels GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland overeengekomen om voor het curatieve deel van de geestelijke gezondheidszorg de Diagnose Behandeling combinaties (DBC) als bekostigingsmethodiek in te voeren (Ministerie van VWS, 2004). Ten gevolge hiervan is in een veel GGZ instellingen recent dit nieuwe bekostiging- en registratiesysteem ingevoerd.

beider gevallen is dit mogelijk een verklaarbaar gevolg van de organisatieveranderingen die al sedert de oprichting van de Bascule door de fusies en overnames een rol spelen.

### **Wie zijn er betrokkenen bij het proces**

Het implementatie proces speelt zich, zoals uit het voorgaande blijkt, vooralsnog af in beperkte kring. De Raad van Bestuur, de beleid- en kwaliteitsmedewerkers, de manager zorgadministratie en de eerste geneeskundige zijn hierbij betrokken. Vooralsnog zijn andere medewerkers van de organisatie niet of slechts summier op de hoogte van het bestaan van de Basisset en de opdracht hierop te rapporteren. Twee interviews (clustermanager en secretaris) zijn geweigerd, met als uitleg dat men niets zinnigs over het onderwerp te melden zou kunnen hebben, omdat er nog geen enkele actie op ondernomen is op de verschillende afdelingen. Een manager die zo vriendelijk was wel mee te werken aan een interview raakte gedurende het gesprek verontrust door het idee te weinig te weten over het onderwerp.

### **Toepassing van de Balanced Score Card**

Het blijkt dat de BSC sinds de organisatiestart wordt gebruikt binnen de Bascule als vast management instrument. Door de Raad van Bestuur is gekozen voor het werken met een centrale BSC en afdeling (cluster) BSC's. De BSC is volgens de literatuur (Kaplan & Norton, 1995) een goed hulpmiddel om inzicht te krijgen in de mate waarin een organisatie de zich gestelde doelen behaalt. De BSC heeft binnen de Raad van Bestuur als management *tool* ter discussie gestaan zoals blijkt uit de volgende opmerking van één van de leden: "We gaan hem veel beknopter maken want we hadden hem heel erg uitgebreid de afgelopen jaren. Het effect daarvan is dat je er gewoon niet meer naar kijkt. Er stonden teveel kritische succesfactoren in benoemd, terwijl je juist op hoofdlijnen moet sturen".

De Bascule hanteert voor de vormgeving van het kwaliteitsbeleid zowel het INK<sup>6</sup> model als de BSC. Het INK-model stelt de kwalitatieve diagnose van de organisatie als geheel en zet de organisatie in ontwikkelingsperspectief. De BSC genereert vervolgens gegevens door doelen meetbaar te maken. Beide doelen sturen op resultaten en zijn volgens de geïnterviewden aanvullend op elkaar.

Ten behoeve van de HKZ certificering wordt gebruik gemaakt van het HKZ<sup>7</sup> model dat leidt tot het HKZ certificaat. Alle GGZ-instellingen moesten voor 2008 HKZ gecertificeerd zijn. Wettelijk gezien is het certificaat niet verplicht, maar zorgverzekeraars, de overheid, en cliëntorganisaties hechten er steeds meer waarde aan. Voor hen vormt het certificaat het bewijs dat een onafhankelijke derde heeft geconstateerd dat de organisatie aan alle gestelde eisen voldoet

---

6 Het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) is de Nederlandse partnerorganisatie van het EFQM Representative Office te Brussel. Het INK is voornamelijk bekend door hun managementmodel, het INK-model. Het INK-model is een breed gebruikt managementmodel en is bedoeld voor organisaties om een zelfevaluatie uit te voeren. Vaak worden deze zelfevaluaties uitgevoerd door auditors om zo een onafhankelijk mogelijk beeld van de organisatie te krijgen. Door middel van het INK-model wordt de volwassenheid van de organisatie bepaald en worden verbeterpunten geïdentificeerd. Het model helpt organisaties te focussen op de gebieden waar verbeteringen mogelijk zijn.

7 Het HKZ Harmonisatiemodel is eind 2001 vastgesteld. Dat heeft geleid tot afspraken tussen zorgaanbieders, verzekeraars, financiers en patiënten over kwaliteit in de zorg. Vanuit de overheid werd de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) van kracht. Deze wet schetst kaders voor de kwaliteit van de zorg, die door de afzonderlijke instellingen nader moet worden ingevuld. Vanuit de verschillende groepen belanghebbenden werd in dezelfde periode de Stichting HKZ opgericht. Die had als taak eenduidige kwaliteitsschema's te ontwikkelen, die aansluiten op de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Welzijnswet en anderen. Het HKZ Harmonisatiemodel is van toepassing op alle sectoren binnen zorg en welzijn, heeft een duidelijke relatie met de norm ISO 9001:2000 en dekt deze volledig. Het Harmonisatiemodel is opgebouwd uit negen rubrieken. Centraal in het model staat het primaire proces: de intake/indicatie, uitvoering en evaluatie/nazorg. De processen in de rubrieken 4 tot en met 9 sturen en ondersteunen het primaire proces. Het gehele model vormt een cyclisch proces, een systeem waarin de deelprocessen voortdurend een wisselwerking met elkaar hebben.

(Robben & Van Ham, 2007). Om deze redenen was ook in de Bascule het opzetten van een kwaliteitszorgsysteem waarmee het certificaat behaald zou worden een must en had dit de afgelopen jaren prioriteit.

Jaarlijks vindt een analyse plaats van relevante ontwikkelingen in de omgeving en een interne sterkte en zwakte analyse. Naar aanleiding van deze analyses worden visie, missie en doelen van de organisatie tegen het licht gehouden alsmede de prioritering van doelen die naar de centrale BSC vertaald wordt. Deze wordt vervolgens aangepast en hierop volgend wordt van de afdeling (cluster) managers verwacht dat zij de afdelings-BSC's (en dus het afdelingsbeleid) hiermee in overeenstemming brengen. De voorzitter van de Raad van Bestuur geeft echter aan dat de BSC als sturingsinstrument momenteel niet optimaal werkt, omdat er teveel doelen zijn geformuleerd en het lastig is gebleken deze goed te vertalen naar afdelingsniveau. Doordat de organisatie erg gegroeid is worden andere eisen aan de bestuurders gesteld en zoekt men momenteel naar een goede besturingsvorm. Dit heeft voor de komende jaren de aandacht van de Raad van Bestuur en de managers, zo vertelt de voorzitter van de Raad van Bestuur, hierbij wordt het gebruik van instrumenten zoals de BSC meegenomen.

Het valt op dat de Basisset van IGZ in de centrale BSC (versie 2007) niet is opgenomen. Het certificeringstraject HKZ daarentegen wel. In de BSC van de afdeling EAD (onder andere zorgadministratie) van 2007 staat de Basisset al wel genoemd. De manager van deze afdeling vertelt hierover:

“Wij zagen het aankomen dus we dachten, we nemen het vast op. Maar er staan veel doelen die eerst belangrijker waren, zoals HKZ, op die BSC, waar we veel meer aandacht aan gegeven hebben.”

Uit het gesprek met de voorzitter van de Raad van Bestuur blijkt dat deze wel van plan is de Basisset op te nemen in de centrale versie van 2008 om zo duidelijk te maken dat implementatie een organisatiedoel is. Vervolgens moeten de cluster en afdelingsmanagers dit op afdelingsniveau vertalen en invullen.

Samenvattend kunnen we tot de conclusie komen dat de Basisset tot nog toe weinig prioriteit heeft gekregen in de Bascule. De Basisset is nog niet 'werkend' gemaakt. De hoeveelheid eisen die aan de organisatie worden gesteld door verschillende *stakeholders*, waaronder de IGZ hebben er toe geleid dat de organisatieleden zich geconfronteerd voelen met een verwarrende 'potpourri' van verschillende voorwaarden en regels waarin men orde tracht te scheppen. Dit staat haaks op de pogingen van de externe *stakeholders* om met de Basisset en de verslaglegging van organisaties van de informatie van de Basisset in een Verplicht jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, nu juist te zorgen voor een gemeenschappelijke set indicatoren zodat dergelijke situaties vermeden worden (VWS, 2006). Dit wordt in de praktijk van de Bascule blijkbaar nog niet zo ervaren. Er spreekt een mate van frustratie uit de reactie van de verschillende geïnterviewden; dat uitgerekend nu, net nadat men zich zo heeft ingespannen om aan allerlei eisen te kunnen voldoen (zoals de HKZ-certificering, waarvoor de IGZ binnen de Bascule wordt gezien als een belangrijke motor) er een nieuw soort verantwoordingsmechanisme verschijnt, de Basisset Prestatie-indicatoren. Carolyn Wiener (2000) beschrijft in haar boek *The Elusive Quest: Accountability in Hospitals* een soortgelijke reactie van kwaliteitsmedewerkers in ziekenhuizen die met allerlei regels geconfronteerd werden. De door haar geïnterviewde kwaliteitsmedewerkers vertellen dat ze vanzelfsprekend een goede kwaliteit van zorg voorstaan, er zal geen kwaliteitsmedewerker bestaan, zo stellen zij, die het zich niet aantrekt als anderen daar aan twijfelen. Maar de kwaliteitsmedewerkers hebben met vele eisen van buitenstaanders te maken, die allen op hun eigen manier en vanuit hun eigen referentiekader willen kunnen bepalen of de kwaliteit van zorg die geboden wordt voldoet, en zich met het proces willen bemoeien (Wiener, 2000). In de praktijk blijken deze mensen de verschillende motivaties van de verschillende *stakeholders* wel in meer of mindere mate te kunnen onderschrijven, maar zij zoeken, in deze verwarrende mix van eisen, vooral naar een "zo pragmatische mogelijke" uitweg. Dit zien we nu ook in de Bascule gebeuren. Een discussie over het doel van de indicatoren en de mogelijkheden die deze biedt om het eigen kwaliteitsbeleid op gang te brengen wordt niet gevoerd. De Bascule wil aan de afspraken met de externe *stakeholders* voldoen, maar het beleid lijkt er vooralsnog op gericht te zijn om 'het instrumentarium' om de gevraagde gegevens te kunnen leveren op orde te

krijgen. Hierdoor heeft men nu nog onvoldoende oog voor het nut van de Basisset voor de eigen organisatie.

Dat de Bascule niet op tijd gereed is om de resultaten te publiceren is overigens niet uniek. De eerste ervaringen met de prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen waren vergelijkbaar. Veel ziekenhuizen bleken in het eerste jaar van publicatie niet op tijd hun gegevens openbaar te kunnen maken (NieuwsReflex, Medisch Contact, 2004). Wel spelen specifieke factoren een rol, zoals de door de Raad van Bestuur gevoelde noodzaak tot veranderingen in de organisatiestructuur, ten gevolge van de vele fusies en overnames. De voorzitter van de Raad van Bestuur spreekt uit dat het niet eenvoudig is om in de huidige organisatiestructuur op een effectieve wijze te sturen. Dat heeft mogelijk ook zijn weerslag op de wijze waarop de implementatie van de Basisset aangestuurd worden. Het is voorstelbaar dat veranderingen die door externe *stakeholders* belangrijk geacht worden, ook als de organisatie er zelf volledig achterstaat, in een dergelijke situatie al snel als te belastend voelen.

## **De koppeling en effecten van het rapporteren op prestatie-indicatoren aan interne verantwoording- en kwaliteitprocessen**

### **Indicator 3.1: Wachtijd tot start behandeling**

De gegevens met betrekking tot wachttijden worden in verschillende GGZ-organisaties anders geregistreerd. De manager zorgadministratie neemt deel aan overleggen over de registratie met verschillende collega instellingen en constateert grote verschillen. De Bascule telt de wachttijd vanaf het moment van aanmelding en acceptatie op de wachtlijst tot het moment dat de behandeling begint. Het aanmeldingsgesprek vindt pas plaats op het moment dat de behandeling daadwerkelijk gestart kan worden. In andere organisaties heeft men bijvoorbeeld gekozen voor een aanmeldingsgesprek binnen 14 dagen na het hulpverzoek. De wachttijd die zij registreren is dus nooit langer dan 14 dagen. Vervolgens moeten cliënten gewoon weer wachten tot de behandeling kan plaatsvinden. Die wachttijd telt bij de registratie niet mee. Hoewel de verschillende geregistreerde gegevens dus niet veel vergelijkingsmogelijkheden (*benchmarking*) tussen organisaties opleveren heeft het registreren op zich er toe geleid dat men zich binnen de Bascule is gaan oriënteren op mogelijkheden om de wachtlijsttijden te verkorten.

Er zijn een aantal (*evidence based*) hulpvormen ontwikkeld en geadapteerd die, voordat men de bij aanmelding gevraagde behandeling van de jeugdige kan starten, aangeboden wordt aan cliënten en hun gezin. Het betreft programma's die ondersteuning biedt aan ouders en het netwerk. Bij de implementatie is men volgens de PDCA cyclus aan de slag gegaan. Programma's zijn afgefallen, andere zijn uitvoerig geïmplementeerd en worden continu onderhouden. Hierdoor is een duidelijke, zowel door medewerkers maar ook door cliënten als zodanig ervaren, kwaliteitsslag gemaakt zoals blijkt uit het volgende citaat:

“Hierbij zie je trouwens wel een kwaliteitsslag vind ik. Want wij hebben nu PMTO <sup>8</sup>en PCIT en daar starten we mee als wachtlijst opvang. En daar hebben met name de ouders van aangegeven dat ze daar veel steun aan hadden. Er wordt dan dus al snel behandeld wat de wachtlijst tijd aanmerkelijk verkort, diagnostiek en rest (kindgerichte) behandeling volgt dan later. Dit is wel een echte verbetering die op gang is gebracht doordat we dit moesten meten.”

Cliënten waarderen het aanbod over het algemeen als steunend (zo blijkt uit hun respons op de GGZ-thermometer), de draagkracht van het netwerk verbetert en er zijn aanwijzingen dat symptomen van de onderliggende kindproblematiek verminderen. Er ontstaan minder crises gedurende de wachtperiode. Vanwege het succes met deze aanpak zoeken professionals binnen de Bascule actief naar varianten van dergelijke *evidence based* behandelmethodes met als doel te

---

<sup>8</sup> Voor kinderen met gedragsproblemen is er een speciaal programma om opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, de *Parent Management Training of Oregon (PMTO)*. Voor ouders met kinderen van 2 tot 7 jaar met gedragsproblemen is er de *Parent Child Interaction Therapy (PCIT)*.

komen tot een voor alle cliënten *stepped-care* model. Volgens het principe van het *stepped-care* model ontvangen cliënten een behandeling die niet zwaarder is dan nodig. Door met een lichte zorgvariant vroegtijdig te starten kan soms een 'zwaarder' zorgaanbod voorkomen worden of sneller aanslaan.

### **Indicator 1.3: Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt**

Het resultaat van een behandeling is een belangrijke uitkomst parameter. Dit resultaat wordt in de Bascule gemeten aan de hand van het eigen oordeel van de cliënt over de mate waarin de ernst van de problematiek veranderd is (in de Basiswa is dit een aparte indicator, nr. 1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt) én aan de hand van het oordeel van de behandelaars. Voor het eigen oordeel van de cliënt wordt gebruikt gemaakt van de GGZ-thermometer, een vragenlijst die cliënten na afloop van de behandeling toegezonden krijgen. Het oordeel van de behandelaar over de verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt wordt sedert de invoering van de DBC-betaling- en registratietechniek geregistreerd. Hierbij maken alle behandelaars van de Bascule gebruik van de Children's Global Assessment Scale (CGAS)<sup>9</sup>. De CGAS is een 100 puntsschaal om het functioneren van kinderen van 4 tot 17 jaar te classificeren. De schaal is afgeleid van de GAF voor volwassenen (vanaf 17 jaar en ouder) en is een valide en betrouwbaar instrument om het algemene niveau van functioneren aan te geven op een continuüm van gezondheid naar ziekte (Steinhausen & Metzke, 2001). De belangrijkste levensgebieden zijn: thuis, op school en met leeftijdgenoten in de vrije tijd. De GAF is door onder andere de eerste geneeskundige van de Bascule in het Nederlands vertaald ("Dit moest voor de HKZ, daarom hebben we het al en kunnen we de gegevens destilleren" aldus een van de geïnterviewden) en staat inclusief instructie voor iedereen inzichtelijk op het intranet. De instructie luidt:

*"Classificeer het laagste niveau van algemeen functioneren voor de afgelopen maand door het laagste niveau te selecteren wat zijn of haar functioneren beschrijft op een hypothetisch continuüm van gezondheid - ziekte. Gebruik tussenliggende niveaus (bv. 35,58,62). Classificeer het actuele functioneren los van behandeling of prognose. De voorbeelden van het gedrag die zijn gegeven zijn alleen illustratief en zijn niet noodzakelijk voor een bepaalde classificatie."*

Ter illustratie: een score van of tussen 100-91 betekent dat de cliënt uitstekend functioneert op alle belangrijke levensgebieden. Een score van of tussen 10-1 betekent dat de cliënt constant toezicht nodig heeft (24-uurs zorg).

In de Wet op de Jeugdzorg is opgenomen dat een rechtstreekse verwijzing door een arts naar de kinder- en jeugdpsychiatrie is toegestaan bij "vermoeden op een ernstige kinder- en jeugdpsychiatrische stoornis". Dit is in termen van het geheel functioneren vertaald in een CGAS-score van onder de 40.

Tijdens de observatie van een multidisciplinair overleg waarbij een psychiater (Psa), gz-psycholoog (P), en gezinswerker (G) aanwezig waren ontstond de volgende discussie bij het vaststellen van de CGAS-score:

P: ik denk dat X zo ergens in de range van 45- 47 zit. Thuis gaat het niet. School en (...) absoluut problematisch. Wat denk jij [kijkt Psa aan]?

Psa; [denkt even na] mmm. Ja. Ik denk, nou, iets lager. 43. [Psa knikt bevestigend, P. Vult 43 in]. Psa vervolgt; Ik denk dat we deze ouders dagbehandeling moeten adviseren, X kan daar nog veel van leren. Laten we X aanmelden bij ... [behandelunit]. G. kun jij dit met ouders voorbereiden?

G: Ja, dat ga ik doen. Maar ze gaan verhuizen. Ouders willen liever naar...[collega organisatie in andere regio].

P: Dat is begrijpelijk. [Psa knikt bevestigend naar G.]

G: Maar boven CGAS 40 mag jij niet meer zelf indiceren. Dan moet het via Bureau Jeugdzorg geïndiceerd worden.

---

<sup>9</sup> De CGAS is ontworpen en voor het eerst gepubliceerd door Schaffer, D, Gould, M.S., Brasic, J. 1983. Archives of General Psychiatry, 40, 1228-1231.

Psa. O ja, dat is ook zo. Is dat lastig?

G: Nogal; moet ik ouders motiveren voor een aanmelding bij de voordeurwerker, die kennen ze niet. Wachtlijst natuurlijk. Dan praten en dan moet die formulieren invullen. Bespreken in hun MDO en dan krijgen ouders misschien een indicatie, of ze bedenken bij Jeugdzorg dat ze iets anders beter vinden voor dit kind, maar dat denk ik niet echt in dit geval. Het kan natuurlijk wel gebeuren! [zucht] dat is nog een hele klus, en het is al zo druk en niet goed voor kind en gezin.

P: 39! Ik denk dat we gewoon 39 moeten doen, maakt toch niet zoveel uit? Dan kan de aanmelding tenminste eenvoudig.

Psa: mm [peinst] goed, G. Bespreek jij dan met ouders dat we dit adviseren en dat ik verwijs?"

De betrokken professionals geven tijdens de nabespreking van de observatie aan dat dit een vrij uniek incident is, doorgaans is het dagelijks functioneren van de kinderen waar zij behandeling aan bieden lager; en is een score lager dan 40 geheel in overeenstemming met de voorbeelden die in de instructie staan. De professionals schatten dat vergelijkbare situaties met maximaal 2 cliënten per jaar zo verlopen. Er spreekt verandermoeheid uit de houding van de Raad van Bestuur en de manager zorgadministratie, in beider gevallen is dit mogelijk een verklaarbaar gevolg van de organisatieveranderingen die al sedert de oprichting van de Bascule door de fusies en overnames een rol spelen.

Dit voorbeeld laat duidelijk zien dat er prikkels zijn om de regels 'ruim' te interpreteren. Toch hebben de betrokkenen in dit geval de overtuiging juist een hogere kwaliteit van zorg te leveren, door deze ingreep, zo stelt men, is het immers mogelijk de ouders van deze cliënt een bureaucratische route te besparen en de aanmelding bij de collega instelling soepel te laten verlopen. We zien hier verschillende dingen gebeuren: In eerste instantie zien we dat de professionals hun best doen in overleg met elkaar vast te stellen wat het niveau van dagelijks functioneren van deze cliënt is. De psycholoog doet een voorstel en somt voorbeelden en beperkingen op waarmee de psychiater non-verbaal instemt. Vervolgens beslist de psychiater dat de score 43 is.

Na dat dit in consensus is vastgesteld en genoteerd gaat men over tot het volgende agendapunt, namelijk het behandeladvies. Hierover is wederom weinig discussie. Alle betrokkenen denken blijkbaar dat deze cliënt gebaat is bij dagbehandeling. "Daar kan X nog veel van leren" zegt de psychiater. Een zo op het oog onlogische uitspraak. Hoezo leren? Is het doel van behandeling niet om beter te worden? Daar denkt deze psychiater anders over: "Deze cliënt heeft een stoornis die niet weggaat of beter wordt, maar waarvan we hopen dat hij er beter mee om kan leren gaan, of, op zijn minst, dat de omgeving dat kan". In de behandelsetting waarin deze professionals gewend zijn te functioneren is herstel blijkbaar geen haalbare waarde. Boltanski & Thevenot (1999) geven in hun boek *Sociology of Critical Capital* voorbeelden van dergelijke verschillen tussen verschillende "werelden" waar mensen hun referentiekaders aan ontleen. In de "wereld" van deze professionals wordt waarde gedefinieerd in kleine successen die behaald worden. Eén paniek aanval minder per dag, ongeacht hoe deze cliënt zich verder binnen de verschillende leefsituaties staande houdt, zou zo'n succes kunnen zijn. Dit verklaart mogelijk ook waarom de score van deze cliënt op deze schaal in eerste instantie tamelijk minutieus op 43 werd vast gesteld. De CGAS-schaal is een schaal waarbinnen rekening wordt gehouden met onderlinge verschillen. Een schatting van het niveau van functioneren is het hoogst haalbare. Blijkbaar hecht men op deze afdeling waarde aan elke punt.

In de "wereld" van de financiers (verzekeraars) hecht men hier wellicht minder aan. Het vergoeden van een (dure) behandeling die tot weinig, voor de financier zichtbaar, succes leidt, kan vanuit het perspectief van de financier waardeloos zijn. Terwijl deze behandeling de cliënt mogelijk beter in balans brengt, zodat hij in zijn verdere leven minder beroep zal doen op de GGZ.

Als vervolgens duidelijk wordt dat de ingevulde score consequenties heeft voor het verwijstraject naar een andere organisatie zien we dat de professionals een afweging maken. Ze blijken uiteindelijk meer waarde te hechten aan een snelle doorverwijzing naar de collega instelling in plaats van aan een correcte CGAS-score. Voor deze professionals is de professionele norm dat je ervoor zorgt dat de cliënt snel en zonder al te veel bureaucratische rompslomp verwezen wordt.

Op basis van de eigen professionele norm redeneert men naar de, voor de voor de verwijzing, handiger, en dus 'professionelere' score toe. *En passant* spreekt de gezinswerker uit minder vertrouwen te hebben en waarde te hechten aan de beoordeling van de toestand van de Cliënt door Bureau Jeugdzorg medewerkers. Niet alleen wordt er getwijfeld aan het oordeel en de mogelijk andere professionele normen van de medewerkers van Bureau Jeugdzorg, men wil de ouders van deze cliënt deze mogelijke 'ongelukkige' diagnose besparen. Daarnaast betekent deze procedure 'volgens het boekje' volgens de gezinswerker, dat deze veel (extra) werk moet verzetten. Tijd, die binnen het professionele kader van deze gezinswerker beter besteed kan worden aan 'echte' cliëntenzorg.

Dat de financiers een doel hebben met deze registratie komt in de gesprekken met de professionals niet spontaan aan de orde. "De DSM-classificatie is daar ook niet voor bedoeld" vertelt de psychiater "voor ons behandelaars onderling is het natuurlijk van belang dat wij dezelfde taal spreken. Maar om daar nu een betaling aan te koppelen. Daar hadden we eigenlijk tegen in moeten gaan." Hoewel de professionals zeggen te begrijpen dat de verzekeraar inzicht wil hebben in de resultaten die bereikt worden middels een behandeling, sluit dit niet aan bij de eigen professionele waarden. "Het gaat daar meer om geld", zo concludeert de gezinswerker. Vanuit het referentiekader van deze professionals is het soms minder erg om aan de verzekeraar een iets ander beeld te schetsen, dan de cliënt een kwalitatief minder proces te laten doorlopen.

Tijdens de observaties van behandelaars (die samen aan 5 cliënten registraties werkten) werd bij een cliënt die verwezen was door een externe verwijzer naar de Bascule, omdat "dat dan gewoon zo is" 40 ingevuld. Bij de nabespreking van de observatie legde de betreffende behandelaar dat als volgt uit:

"Een DBC open je als ze met een lage score beginnen. Dus daar moet je wel op letten. Als ze te hoog binnen komen zijn ze namelijk geen GGZ-klant. Ja, daar houden we echt wel rekening mee met invullen. Want anders mogen we ze niet behandelen."

De bewuste regel staat, zoals al eerder beschreven, duidelijk op de instructie gedrukt.

Tevens geven de behandelaars aan de CGAS-score van ondergeschikt belang te vinden bij de vaststelling of de cliënt wel of niet voor behandeling in aanmerking komt. De hulpvraag van de cliënt en de vraag van de verwijzer blijken leidend te zijn.

"De cliënt heeft immers een hulpvraag. Die kan groot of kleiner zijn, maar ook kleine problemen kunnen onbehandeld tot grotere leiden, dat moet je niet onderschatten of al te gemakkelijk een risico mee nemen".

De indicator voldoet dus blijkbaar niet aan de professionele norm dat je behandelt om erger te voorkomen; volgens de indicator/norm moet het al erg zijn voor je begint. Door lokaal te plooiën brengen de professionals de norm alsnog binnen hun eigen referentiekader. Dat heet formeel 'fraudegevoelig' vanuit het perspectief van de registratie/derde partij die de indicator opstelt, maar het gaat ook hier weer feitelijk om combinaties maken van verschillende waarden. Dit neemt niet weg dat er ook echt van fraude sprake kan zijn. De medewerker van de zorgadministratie wijst er op dat hij denkt dat er behandelaars zijn die niet zullen willen laten zien dat hun behandeling niet werkt en dat zij om die reden, zo vermoedt hij, geneigd zullen zijn frauduleus met deze indicator om te gaan.

Het is de bedoeling dat deze indicator inzicht geeft in het niveau van functioneren bij start van de behandeling én dat inzichtelijk wordt hoezeer het dagelijks functioneren van de cliënt verbetert door de behandeling. Uit de volgende uitspraak van de zorglijnmanager blijkt dat de manager zorgadministratie niet de enige is die vermoedt dat er frauduleus wordt omgesprongen met deze indicator:

"Natuurlijk geloof ik in de behandeling die wij bieden, en ik doe mijn best om dit zo goed mogelijk in te vullen. Maar het zou toch een beetje gek zijn om in te vullen dat het niet beter gaat met de cliënt, dat zegt ook wat over jezelf. En het is toch juist voor de verzekeraar, dat die kan zeggen dat je bij die instelling het beste vooruit gaat. Dat speelt wel in mijn achterhoofd ja."

Twee professionals, waaronder een kinder- en jeugdpsychiater, geven aan te maken te hebben met een groep cliënten waarvan men het idee heeft, dat deze indicator helemaal niets aan informatie met betrekking tot de kwaliteit van zorg oplevert. Zij beschrijven een groep kinderen en jeugdigen met ernstige psychiatrische beelden gecombineerd met bijvoorbeeld een laag cognitief



vermogen (moeilijk lerend). Deze kinderen beginnen op een lage score en functioneren na behandeling gedurende enige tijd (iets) beter om vervolgens (meestal in een nieuwe levensfase) weer terug te zakken. Dit betreft een vrij grote groep cliënten, de Bascule richt zich met aparte afdelingen ook op deze doelgroepen. De lage scores die “behaald” worden, worden door deze behandelaars als een onjuiste indicator gezien. De kinder- en jeugdpsychiater verwoordde dit als volgt: “De problematiek van deze kinderen vraagt om continue hulp, en toch gaan ze niet, althans niet volgens de indicator, vooruit. Moet je ze dan maar aan hun lot overlaten? Het zegt niets over onze kwaliteit, de kinderen en ook het gezin kunnen het leven beter aan.”

Geen van de behandelaars registreert deze gegevens met oog op de Basisset. Registreren doen ze “omdat het nu eenmaal voor de betaling nodig is; je moet een DBC openen en ook weer kunnen sluiten” en “de verzekeraar wil weten of de cliënten tevreden zijn, anders gaan ze misschien naar een andere organisatie.” Zij zien het als een administratieve kwestie en maken geen automatische vertaalslag naar kwaliteit. Overleg op afdelingsniveau over de uitkomsten vindt niet plaats.

Ook de manager zorgadministratie die de informatie verwerkt, heeft zo hun twijfels bij deze indicator zoals blijkt uit het volgende fragment:

“Ik heb er natuurlijk bij gezeten om mensen te helpen met het systeem en te leren hoe het werkte. En dan vragen ze, wat zal ik invullen? Dan wijs ik ze op de instructie van de eerste geneeskundige. Daar staat in hoe je dat meet, maar mensen zijn er van overtuigd dat daarop gemeten en gewogen gaat worden, dus de vraag is hoe objectief dat is wat ze invullen. Hoe vullen ze dat in. Want je gaat ervan uit dat iemand er mee naar buiten gaat en het is de behandelverantwoordelijke die dit invult en die beoordeelt natuurlijk ook zijn eigen resultaat.”

Ook over de betrouwbaarheid van de uitkomsten op de GGZ-thermometer hebben de geïnterviewden twijfels. De lijst wordt lang niet altijd nagestuurd en/of door de cliënt (of diens ouders) ingevuld.

Samenvattend kan gesteld worden dat deze indicator (1.3. niveau van dagelijks functioneren) niet voldoet aan de professionele norm van de medewerkers binnen De Bascule; de norm blijkt te zijn dat je behandelt om erger te voorkomen; volgens de indicator/norm, moet het al erg zijn voor je begint. Dit is niet perse dezelfde norm van de IGZ of de andere externe *stakeholders* die de basisset mede ontworpen hebben maar deze norm speelt wel een belangrijke rol in het gedrag van de professionals. Door lokaal te plooiën brengen de professionals de norm alsnog binnen hun eigen referentiekader... dat heet dat formeel ‘fraudegevoelig’ vanuit het perspectief van de externe partij die de indicator opstelt, maar het gaat hier niet om het doelbewust frauderen met informatie. Het gaat hier om combinaties die de professionals maken van waarden, waarbij bijvoorbeeld in dit geval de belangen van de verzekeraar binnen het referentiekader van de professionals soms minder belangrijker worden gevonden dan de problematiek van de cliënt.

We hebben daarnaast gezien dat, omdat deze indicator ook gebruikt wordt om vast te stellen of artsen (waaronder psychiaters) rechtstreeks mogen verwijzen naar GGZ instellingen voor behandeling (afkapwaarde CGAS-score 40), of dat men een indicatie nodig heeft van Bureau Jeugdzorg (boven de afkapwaarde), de druk op de professionals vergroot wordt om deze indicator creatief toe te passen.

## **Draagvlak voor resultaatmeting middels prestatie-indicatoren**

Vrijwel alle respondenten geven aan dat het, de voor de organisatie slechte timing is geweest en het ontbreken van een, in hun optiek, zinvolle aanvulling op de andere kwaliteitsinstrumenten. Dit heeft er toe geleid dat men de noodzaak tot registreren aan de hand van de Basisset niet zag en vooralsnog nog niet echt ziet. Hier moet wel een kanttekening bij gezet worden. De invoering van de Basisset is, in tegenstelling tot het gevoel dat men binnen de Bascule heeft, niet uit de lucht is komen vallen. Al klinken de argumenten van de betrokkenen erg overtuigend en voelt het vast zo als men beschrijft, de Basisset was er vorig jaar al en het was tijdig bekend dat dit jaar de gegevens voor het eerst in de jaarverslagen vastgelegd moet worden. De publicatie van de

basisset, het blauwe boekje is al, voor zover we in dit onderzoek hebben constateren, sedert september 2007 'in behandeling'.

Ongerustheid over de consequenties van negatieve publiciteit, ondanks dat men vermoedt dat dit wel mee zal vallen, is de urgente reden dat men nu toch probeert de gegevens te destilleren uit bestaande registratiesystemen.

Gedurende het interview met de voorzitter van de Raad van Bestuur kwam het argument van de ongelukkige planning voor de Bascule, meerdere malen aan de orde. Een belangrijke vertragende factor, zo blijkt uit het verhaal van de voorzitter, is dat de organisatie nog relatief jong is en sedert de oprichting vrijwel continue in een proces van uitbreiding, middels fusies en overnames, heeft verkeerd. De "organisatorische beslommingen" die hiermee samengingen hebben veel tijd van de leden van de Raad van Bestuur, alsmede de ondersteunende diensten gevraagd. Daarnaast geeft de voorzitter aan dat er keuzes gemaakt zijn:

"De zorgverzekeraars zijn ook begonnen met het werken met prestatie indicatoren. Ja. Dan maak je toch keuzes. En als je dan moet kiezen tussen de verzekeraar of de inspectie, dan is het hemd nader dan de rok (...)"

Dat er gekozen is om eerst aan de slag te gaan met de indicatoren van de zorgverzekeraar wil niet zeggen dat men niet zal rapporteren aan IGZ zoals blijkt uit de volgende uitspraak van de voorzitter:

"Maar we gaan het zeker wel doen, alleen niet in het tempo dat men verwacht. Het is een beetje halfslachtig. Het gaat om informatie die een ander van ons wil. Het is een mythe dat het voor de organisatie zelf ook zo belangrijk is, zoals de inspecteur zegt. Dat is niet altijd zo. Er zijn ook andere doelen die soms meer prioriteit kunnen hebben. En daar richten we ons op."

Andere doelen hebben in de huidige situatie prioriteit in de beleving van de voorzitter. Vanuit zijn professionele referentiekader hecht de voorzitter van de Raad van Bestuur op dit moment niet zoveel waarde aan de Basisset voor de eigen organisatie. Dit lijkt onbedoeld versterkt te zijn door de uitspraak van de inspecteur (die namens de IGZ optreedt) dat de basisset voor de kwaliteit van zorg van de Bascule zelf belangrijk en nodig is, in reactie waarop blijkbaar verontwaardiging in plaats van motivatie is ontstaan. Als gevolg van de HKZ certificering en de activiteiten die daarvoor zijn ondernomen, heeft de voorzitter van de Raad van Bestuur, vanuit zijn professionele referentiekader reden om aan te nemen dat het met de kwaliteit van zorg die de Bascule levert wel goed zit. Met andere woorden; de waarde die hij ten tijde van dit onderzoek hecht aan de Basisset is van een heel andere orde dan de waarde die de IGZ hier aan hecht. Het is voorstelbaar dat het lastig is voor beide partijen om in gesprek met elkaar, vanuit deze twee verschillende perspectieven tot overeenstemming te komen. Terwijl de Basisset tot stand is gekomen in overleg met vertegenwoordigers uit het veld en de Inspectie samen. Verwacht mag worden dat de organisaties hier dus ook, meer dan we nu zien, achter staan.

Naast de voorzitter van de Raad van Bestuur wijzen ook de kwaliteitsmedewerkers, de manager Zorgadministratie en twee behandelaren op de slechte respons op de GGZ-thermometer. Ongeveer 50 % van de cliënten wordt daadwerkelijk gevraagd deze lijst in te vullen. Meestal wordt de lijst na afloop van de behandeling toegezonden. De respons is laag. Daarnaast is er een groep cliënten die de behandeling afbreekt en die vaak geen lijst toegezonden krijgt. Men denkt dat dit komt omdat professionals niet gemotiveerd zijn om hier achter aan te gaan omdat dit tijdrovend is. De kwaliteitsmanager suggereert dat dit tevens te maken heeft met het gebrek aan tijdige feedback. Zijn idee is dat er naar alle gevraagde gegevens gekeken moet worden en wat dat aan informatie voor de medewerkers zelf op kan leveren. Dat zal het draagvlak vergroten voor prestatie-indicatoren. Zie het volgende citaat:

"Zodra je info teruggeeft kun je ze ook gaan vragen om te analyseren wat er nou aan de hand is als mensen niet tevreden zijn. En vragen om aan het management terug te rapporteren en verbetervoorstellen te doen. Of ze anders gefaciliteerd moeten worden of dat er bijvoorbeeld sprake is van verkeerde klanttoewijzing. Dingen waar je wat aan kan doen. Dan worden ze vanzelf registratiewilliger. En dan kan je vanuit de ivoren toren [leiding Bascule] iets zinvols doen in plaats van allemaal cijfers te produceren. Dan krijg je de kwaliteitscirkel op gang."

De kwaliteitsmanager lijkt hiermee de doelstelling van de basisset te onderschrijven. Door de Basisset intern in te zetten als middel om te leren ziet hij mogelijkheden voor kwaliteitsverbetertrajecten.

#### *Prestatie-indicatoren interculturalisatie*

Uit de bedrijfsdocumenten valt in aansluiting op het bovenstaande op te maken dat er binnen de organisatie wel degelijk interesse is voor de ontwikkeling van landelijke prestatie-indicatoren met als doel te komen tot kwaliteitsverbetering en dat vertegenwoordigers van de organisatie hierbij zelfs betrokken zijn (geweest). Bij de start van de Bascule is een stafbureau kwaliteit opgericht waarin onder andere uitdrukkelijk interculturalisatiebeleid als onderdeel van het kwaliteitsbeleid is opgenomen. Er is een taakomschrijving stafbureau vastgesteld en er zijn staffunctionarissen kwaliteit en interculturalisatie aangesteld.

Vanuit de Argonaut, een van de twee organisaties die na fusie de Bascule vormden, heeft men deelgenomen aan onderzoek uitgevoerd door het Trimbos Instituut 'Interculturele kwaliteit in de GGZ: een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering' (Boomstra & Hoogsteder, 2004). De uitkomsten van dit onderzoek hebben in het kwaliteitsdenken binnen de Bascule een grote rol gespeeld. De voormalig directeur van de Argonaut, nu lid van de Raad van Bestuur van de Bascule, stelt nog immer veel belang aan aandacht voor het interculturalisatiebeleid binnen de organisatie in het kader van kwaliteitsverbetering. In het geografisch te bedienen gebied is het percentage cliënten van allochtone afkomst 65 %. Het percentage cliënten en medewerkers van allochtone afkomst binnen de Bascule staat hiermee helaas niet in verhouding.

De prestatie-indicatoren die in de landelijke GGZ-werkgroep ontworpen zijn met betrekking tot het interculturalisatie beleid in organisaties worden in de Bascule wel toegepast. De kwaliteitsmanager vertelt:

"Het doel is kwaliteit verhogen. Eerst informatie verzamelen, dat hebben we nu gedaan. We hebben de resultaten geteld en geconcludeerd dat we het nog niet zo goed doen als organisatie op al die punten. Het moet nu geanalyseerd worden. En dan pas kun je kwaliteit maken. Dat is nog geen sterk punt."

Deze indicatoren worden intern gebruikt, zij sluiten ook aan bij interne prioriteiten die bij de start van de organisatie vastgesteld zijn. Het past binnen het professionele referentiekader van de professionals binnen de Bascule om te streven naar een zo kwalitatief goed en passend zorgaanbod. De professionals zijn vanaf de start van de organisatie 'opgevoed' met deze prioriteiten. Ze niet onderschrijven betekent een afwijking van de norm. De indicator leidt er toe dat men reflecteert op het eigen handelen en van daaruit probeert te beredeneren waarom dingen niet lukken en hoe dingen beter kunnen. Het is de vraag of dit alleen het gevolg is van deze indicatoren. Veranderingen komen volgens Krogt en Vroom (1995) immers vaak tot stand als reactie op een verandering in de omgeving van de organisatie. In het geval van de Bascule speelt dit ook zeker een rol. De Bascule bevindt zich in Amsterdam waar 65 % van de bevolking van allochtone afkomst is. Er heeft een reeks geweldincidenten plaatsgehad waarbij jongeren van allochtone afkomst, met vermoedelijk psychiatrische problemen, betrokken waren. Initiatieven om deze doelgroep te bedienen worden vanuit de lokale overheid gesteund. Vanuit de contingentiebenadering van Krogt en Vroom (1995) beredeneerd doet de Bascule wat een organisatie zou moeten doen om te overleven: ze passen zich aan de omgeving aan. Immers, als zij zich niet op deze doelgroep richten zullen andere organisaties dit aangrijpen. Dit kan gevolgen hebben voor de positie van de organisatie ten opzichte van mogelijke concurrenten.

#### *Prestatie-indicatoren toegepast door de verzekeraar (Agis Zorgverzekeringen)*

De Bascule blijkt iets voortvarender aan de slag te zijn gegaan met de implementatie van indicatoren, die men in het najaar van 2007 van de verzekeraar (Agis Zorgverzekeringen) heeft ontvangen. Deze lijst is afgeleid uit aspecten van kwaliteit die volgens verzekerden van belang zijn (zie bijlage 2). Hoewel deze aansluiten en afgeleid lijken te zijn uit de Basisset wordt er door de verzekeraar anders getoetst of de organisatie voldoende aan deze kwaliteitseisen voldoet. De verzekeraar neemt, zo is de bedoeling, jaarlijks contact op met een aantal cliënten dat van bepaalde diensten gebruik heeft gemaakt, om steekproefsgewijs te onderzoeken of zij daadwerkelijk die zorg hebben gekregen die zij wensten en of deze voldeed aan de genoemde

criteria. Deze lijst is door de kwaliteitsmanager januari 2008 aan de sectormanagers gepresenteerd, die vervolgens met de verschillende professionals op de eigen afdeling gekeken hebben in hoeverre men aan deze criteria voldeed.

Alle geïnterviewde managers en professionals gingen er bij het begin van de interviews van uit, ondanks informatie en uitleg vooraf, dat het gesprek over deze indicatoren zou gaan. Men bleek zich van deze lijst verschillende indicatoren te herinneren. Alle geïnterviewden gaven aan de set van de verzekeraar belangrijk te vinden. De volgende uitspraak illustreert dat: "Ja, de verzekeraar is de betaler. Die is op zijn beurt weer afhankelijk van zijn cliënten. Dus het is logisch dat ze willen weten of we het beste bieden aan hun cliënten."

Verschillende geïnterviewden vertelden dat er, doordat ze het idee hebben niet aan de indicatoren te kunnen voldoen en dat dit mogelijk op termijn consequenties heeft voor de inkomsten van de organisatie, bij hun een gevoel van ongerustheid en urgentie is ontstaan waardoor er een veranderingsproces op gang lijkt te komen. Dit bleek uit uitspraken als:

"Ja, natuurlijk moet een cliënt kunnen kiezen, maar waartussen? Wij kunnen toch niet in alle eerlijkheid vragen of ze met een man of vrouw willen spreken als we niet genoeg mannen hebben? En dan vraagt de verzekeraar dat aan ons. We denken nu na, en overleggen met de verzekeraar, over hoe we dat moeten aanpakken. We doen nu al meer ons best om andere mensen aan te trekken. Dat deden we altijd al, want we willen meer mensen van andere culturen aantrekken, maar nu is het nog belangrijker."

Deze lijst met indicatoren is opgenomen in de beheers & controle cyclus van de Bascule. Er is een speciale medewerker, werkzaam op de controle afdeling die elk kwartaal per afdeling 10 dossiers onderzoekt op de aanwezigheid van de gevraagde gegevens. Deze informatie wordt vervolgens direct aan de managers teruggekoppeld die zonodig verbeteracties initiëren.

## 5. Discussie en conclusie

### Het werkend maken van de Basisset in de praktijk

Bij het werkend maken van de Basisset in de praktijk binnen de Bascule ligt het accent vooralsnog op het vertalen van bestaande cijfers naar de gegevens die nodig zijn om naar buiten toe te publiceren. Pogingen om de externe prestatie indicatoren te internaliseren met oog op kwaliteitsverbetering worden als zodanig (nog) niet ondernomen.

Dit gedrag lijkt te verklaren vanuit de contingentiebenadering (Krogt en Vroom,1995). De organisatie wil overleven, daarom moet zij aangepast zijn aan de voor de organisatie relevante omgeving. De Bascule zal, hoe dan ook, in de loop van de komende periode, proberen de gewenste registratie op prestatie-indicatoren te volbrengen. Ondanks dat men meent dat het effect van niet publiceren hopelijk wel mee zal vallen, is men hier toch voor beducht. Elk risico op een slechtere relatie met de financiers (verzekeraar), de IGZ en dreigend cliënt verlies wil men vermijden. De rituele dans (Wollersheim et al 2006) lijkt, met deze dreiging in het achterhoofd, begonnen. De behandelaars die de gegevens van hun eigen cliënten registreren doen dit nu nog niet ten behoeve van- of aan de hand van de Basisset. Het bestaan van de Basisset is onder hen nauwelijks bekend. De Raad van Bestuur, een handvol beleidsmedewerkers en managers is tot nu toe betrokken bij de implementatie van de Basisset. Vanuit deze 'top' van de organisatie is ook (nog) geen moeite gedaan om de professionals adequaat te informeren. Van de geïnterviewde professionals merken er twee op dat ze er wel van gehoord hebben, maar dat de Basisset in de Bascule nog geen onderdeel uit maakt van het beleid.

Registreren van gegevens hoort wel bij het (dagelijkse) beleid. Dit gebeurde sinds de start van de organisatie in het kader van cliënt administratie en sedert de invoering van de DBC-betalingssystematiek ook in dit kader. Overleg op afdelingsniveau over de uitkomsten van hun registratiewerkzaamheden binnen dit 'administratieve kader' vindt volgens de professionals die aan dit onderzoek meegewerkt hebben niet plaats.

#### *Stand van zaken Basisset*

Door de kwaliteitsmanager, de kwaliteitsmedewerker en de manager zorgadministratie is onderzoek gedaan naar informatie die reeds verzameld wordt voor andere doeleinden op hun toepasbaarheid voor de verslaglegging aan de hand van de Basisset. Hoewel men al over veel gegevens in het huidige registratiesysteem kan beschikken is het duidelijk geworden dat er veel aanvullende werkzaamheden verricht moeten worden om de techniek zo in te richten dat de juiste informatie uit de registratiesystemen vergaard kan worden.

De prestatie-indicator moet om te beginnen vertaald worden naar de ICT. Alleen al dit proces betekent dat verschillende mensen, te weten de leden van de Raad van Bestuur en de beleidsmedewerkers, de manager AED (administratie/cliëntregistratie en ICT) en de persoon die de vraag in een software programma (*query*) schrijft vanuit hun eigen inzichten, die onderling verschillend kunnen zijn, de prestatie-indicator bewerken. Al deze mensen denken na over hoe zij deze indicator bruikbaar maken voor de primaire stap; het mogelijk maken van de registratie.

Nog voordat er data ingevoerd wordt ontstaat dus op veel momenten ruimte voor eigen subjectieve interpretaties van de verschillende personen die dit proces mogelijk moeten maken. Deze mensen kijken allemaal vanuit hun eigen perspectief naar deze indicator. De waarde van de prestatie-indicatoren als kwaliteitsverhogend instrument speelt voor het overgrote deel van deze personen (nog) geen of nauwelijks een rol. Belang wordt door de manager Zorgadministratie vooral gehecht aan het geschikt maken van de indicator voor de technische applicaties en vice versa, die nodig zijn om resultaten te kunnen genereren. Omdat dat veel werk is speelt de techniek, in het geval van de Bascule, een remmende rol. Om te voorkomen dat veel werk voor niets is, is het in de optiek van de manager zorgadministratie niet handig om met deze aanpassingen te beginnen tot de beleidsmakers (Raad van Bestuur, kwaliteit- en beleidmedewerkers alsmede de projectgroep die de Basisset volgt en ontworpen heeft) definitief hebben besloten hoe de gegevens verzameld moeten worden. Deze professional hecht vanuit zijn

referentiekader meer belang aan de definitieve (praktische) uitwerking van de Basisset dan aan mogelijk tijdelijke aanpassingen. Uit wetenschappelijke literatuur weten we dat het te verwachten is dat verschillende personen verschillende dingen van belang vinden, en afhankelijk van hun eigen context andere ideeën hebben over wat wel of niet waardevol is, en wat prioriteit heeft (Boltanski & Thevenot, 2006).

De voorzitter van de Raad van Bestuur hecht, zo is gebleken, veel waarde aan een positief imago van de organisatie. Hierbij gaat hij uit van de mogelijkheid dat cliënten mogelijk toch veel (in zijn optiek soms onterechte) waarde hechten aan de resultaten van de Basisset. Snelle publicatie is, in zijn optiek, een manier om slechte publiciteit te vermijden. Zelfs als het dus betekent dat er gegevens gepubliceerd (moeten) worden waar hij zelf weinig waarde aan hecht, bijvoorbeeld door de matige respons op de GGZ-thermometer.

De uitkomsten van dit onderzoek illustreren dat de wijze waarop geregistreerd wordt voor de prestatie-indicatoren niet bepaald eenduidig is en dat deze sterk gekleurd wordt door individuele professionele normen en waarden. De resultaten zijn daardoor lastig te interpreteren. Eén van de bedoelingen van de indicatoren van De Basisset, en van indicatoren in het algemeen, is dat deze op de langere termijn gegevens opleveren die gebruikt kunnen worden als feedback. Ook daarbij kunnen mensen deze gegevens weer verschillend interpreteren en waarderen. Boltanski en Thevenot (2006) constateerden dat het zelfs voor één en dezelfde persoon mogelijk is om op verschillende momenten een verschillend waardeoordeel aan één en hetzelfde aspect toe te delen.

Alle betrokkenen bij dit onderzoek hebben aangegeven dat ze dergelijke effecten verwachten. Zij zeggen ook dat zij daarom weinig vertrouwen hebben in de vergelijkbaarheid van de resultaten van de eigen organisatie met die van andere organisaties. Alle geïnterviewden geven aan bang te zijn dat de lijsten die straks gepubliceerd worden, de kiezende zorggebruiker geen juist beeld geven van de kwaliteit van de verschillende organisaties.

In 2005 is door onder andere Berg en Schellekes aan de IGZ aangeraden om organisaties toe te staan de resultaten in de verslaglegging toe te lichten (Berg et al, 2005). Als relevante verschillen in zorgcontext niet inzichtelijk zijn is het voor een buitenstaander eenvoudig niet mogelijk om de gegevens op waarde te schatten en te vergelijken. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de verschillende wijzen waarop organisaties volgens de geïnterviewden met wachttijden omgaan. Een korte wachtlijst betekent, zo blijkt uit de onderzoeksresultaten, niet per definitie dat er meteen behandeling geleverd kan worden. Dit kan de gemiddelde zorggebruiker, die niet op de hoogte is van contextfactoren, echter niet weten (Berg en Schellekens, 2002). Overleg over definities van toegangstijden wordt wel gevoerd maar de kans blijft aanwezig dat organisaties proberen te voldoen aan bepaalde normen en zorgen, dat ze hoe dan ook, aan die normen kunnen voldoen. Door normen te stellen werk je in de hand dat er naar die norm wordt toegewerkt en dat organisatie-uitkomsten steeds meer op elkaar zullen gaan lijken. Een voorbeeld hiervan is de wettelijke norm die gesteld is voor verwijzers. De afkapwaarde is gesteld op een CGAS-score van 40. In dit onderzoek wordt geïllustreerd dat dit in de hand werkt dat hier, vanuit het eigen professionele referentiekader, naartoe wordt geredeneerd.

Ten behoeve van dit onderzoek is gekeken naar de toepassing van de *Balanced Score Card* (BSC) bij de beleidsontwikkeling binnen de Bascule. De BSC blijkt in de Bascule als sturingsinstrument in gebruik te zijn. De toepassing van de BSC wordt echter als niet optimaal beschreven. Er zijn zoveel doelen omschreven dat het instrument niet leidt tot een duidelijke focus op bepaalde indicatoren. In de huidige versies van zowel de centrale als de afdeling BSC's zien we de Basisset niet terug. Met uitzondering van de afdeling BSC van de afdeling EAD. De manager zorgadministratie geeft echter aan dat andere doelen vooralsnog prioriteit hebben gehad.

## **Koppeling rapportage op prestatie-indicatoren aan interne verantwoording- en kwaliteitsprocessen**

Uit de verschillende antwoorden van geïnterviewden blijkt dat de organisatie zich inzet om de verplichte gegevens aan te leveren maar dat er, althans op het moment van onderzoek, weinig inhoudelijke link met het dagelijks functioneren is. Hier is, gezien het gegeven dat de organisatie

nog maar zeer recent aan het implementatieproces begonnen is, nog geen harde conclusie aan te verbinden. Aan de hand van deze gevalstudie kan evenmin een oordeel gevormd worden over hoe dit proces in zijn geheel in de GGZ verloopt. Dit is het eerste jaar dat de Bascule met deze indicatoren te maken heeft. De organisatie is nog niet gewend aan deze indicatoren en deze vorm van gefaseerd toezicht. Bij de introductie van indicatoren in de ziekenhuizen was de ervaring dat men enige tijd nodig had om te wennen aan de indicatoren. Het is niet uit te sluiten dat we hier voor een deel met 'natuurlijke' startproblemen te maken hebben.

Wel kunnen we vaststellen dat één van de valkuilen van het werken met prestatie-indicatoren, zoals in het theoretisch kader beschreven, dreigt op te treden namelijk, de rituele dans waar Wollersheim et al (2006) onder andere voor waarschuwen. Zij beschrijven organisaties die zich, zoals de Bascule dat nu ten behoeve van de Basisset doet, op bepaalde momenten inzetten om de verplichte cijfers aan te leveren zonder dat deze nog een inhoudelijke link met het dagelijks functioneren hebben. In de huidige situatie binnen de Bascule kiest men ervoor cijfers aan te leveren, voor zover die uit bestaande systemen te destilleren zijn, aan de hand waarvan de buitenwereld zich een voorstelling maakt van de werkelijkheid binnen de Bascule. Hierbij is geen enkele relatie gelegd met het dagelijks functioneren. Hierdoor kunnen twee verschillende werkelijkheden ontstaan. Of dit ook daadwerkelijk zal gebeuren is aan de hand van dit onderzoek niet te zeggen. Ik vermoedt dat dit, als dit al dreigt op te treden, niet met alle indicatoren het geval zal zijn, uit dit onderzoek is immers duidelijk gebleken dat binnen de Bascule, ook nu al, gebruik wordt gemaakt van indicatoren in het kader van kwaliteitsverbetering. Ook de, in de optiek van de organisatie, tegenvallende resultaten op de indicatoren die betrekking hebben op het interculturalisatiebeleid worden gebruikt om het beleid beter vorm te geven en zijn in het kader van dit onderzoek, waarvan het verslag door derden gelezen mag worden, zonder terughoudendheid besproken.

Op dit moment zijn alle indicatoren uit de Basisset nog niet geïntegreerd in de kwaliteitscycli binnen de Bascule. De Basisset is als zodanig ook (nog) niet opgenomen in de beheers en controle cyclus van de Bascule en registratie is nog niet vanzelfsprekend. Dit is in tegenstelling tot het deel van de indicatoren die gebruikt worden door Agis Zorgverzekeringen, die wel opgenomen is in de beheers & controle cyclus van de Bascule. Om de registratie op de indicatorenset van Agis Zorgverzekeringen te bewaken is zelfs een speciale medewerker werkzaam op de controle afdeling, die elk kwartaal per afdeling 10 dossiers onderzoekt op de aanwezigheid van de gevraagde gegevens. Deze andere manier van toetsing rijmt niet helemaal met de bedoeling die de projectgroep met de Basisset heeft. Het lijkt daardoor alsof deze set los staat van de Basisset, waardoor mogelijk het gevoel dat er instrumenten gestapeld worden versterkt is.

De conclusies van de controle afdeling worden vervolgens aan de managers teruggekoppeld die zonodig verbeteracties initieert. Hoewel de meeste geïnterviewden vertelden naar aanleiding van de indicatoren van Agis Zorgverzekeringen weinig link met kwaliteitsprocessen te ervaren, beschrijven de betrokkenen toch een stimulans van kwaliteitsverbetering. Deze set indicatoren blijkt bijvoorbeeld een extra stimulans te zijn voor het al in beweging gebrachte kwaliteitsbeleid rondom interculturalisatie. Een van de zaken die Agis Zorgverzekeringen namelijk namens de cliënt vraagt is of deze wel kan kiezen tussen verschillende behandelaars. Eén manager vertelde nu nog bewuster rekening te houden met deze wens van cliënten door in personeelswerving nog intensiever aandacht te besteden aan het aantrekken van mensen van een andere, dan de Nederlandse, culturele achtergrond.

Het gegeven dat Agis Zorgverzekeringen deze indicatoren gebruikt om te controleren of de Bascule die aspecten van zorg levert, die in de optiek van de cliënt als kwaliteit wordt gewaardeerd en dat weigeren van het leveren van deze kwaliteitsnormen tot directe financiële consequenties kan leiden, heeft geleid tot wat van der Krogt en Vroom (1995) noemen, een externe veranderde omstandigheid waardoor de organisatie wel moet veranderen om te overleven. Het model van gefaseerd toezicht lijkt ook te betekenen gefaseerde consequenties. De consequenties die het gevolg kunnen zijn van het niet leveren van de afgesproken verslaglegging die nodig is voor het toezichtmodel van de IGZ lijken wat minder concreet en direct voelbaar, dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de bevinding dat men binnen de Bascule de urgentie tot implementeren van de Basisset minder heeft gevoelt.

## Effecten

De indicator Wachttijd was al opgenomen in de registratiesystematiek en geïnternaliseerd. Men heeft binnen de Bascule vanaf de oprichting getracht het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag. Voor de Basisset van IGZ maakt men van deze gegevens gebruik. Men heeft naar aanleiding van de resultaten de eigen prestaties geëvalueerd en er zijn initiatieven ontwikkeld om de wachttijd te verkorten. Dit heeft geleid tot kwaliteitsverbetering, zowel in de beleving van de cliënt als in de beleving van de behandelaar. Door met een lichte zorgvariant vroegtijdig behandeling te starten blijkt een 'zwaarder' zorgaanbod soms niet meer nodig of sneller aan te slaan. Door dit succes zoekt men naar andere varianten van evidence based behandelmodellen om tot een dergelijk stepped-care model voor alle cliënten te komen.

Dit is de ontwikkeling die Harteloh (2000) voor ogen had toen hij stelde dat kwaliteit niet bestaat, maar ontstaat middels een reflexief proces. In zijn optiek is dit reflexieve proces immers de voorwaarde voor een goed kwaliteitsbeleid. In dit geval wordt een externe (proces) indicator vertaald naar interne processen waardoor, vanuit een "bewogenheid naar de patiënt toe" (Harteloh 2000) een reflexief proces is ontstaan waarbinnen kwaliteit geconstrueerd wordt. Deze indicator doet in principe wat de IGZ verwacht: de organisatie wordt gestimuleerd betere kwaliteit te leveren.

Desondanks kan deze indicator, bij publicatie ten opzichte van andere organisaties mogelijk nog schril afsteken; men meet immers vanaf het moment dat men daadwerkelijk start met behandelen en dat is ondanks deze ontwikkelingen soms nog altijd later dan de intake (en zogenaamd startmoment van behandeling) van andere organisaties waarmee een signaal van lagere kwaliteit ten opzichte van andere organisaties wordt afgegeven.

Zoals eerder besproken wezen Berg en Schellekens (2000) al eerder op dit risico. Publicatie van deze uitkomsten zonder deze contextfactoren roept ongerustheid op. Men is bang dat de zorggebruiker, ten onrechte, voor een organisatie zal kiezen waar de wachttijd korter lijkt.

De vraag is of deze ongerustheid terecht is. Uit onderzoek naar het keuze gedrag van zorggebruikers (Huijsman & Groenewoud, 2003) blijkt dat er factoren zijn die een belangrijker rol spelen in het keuzeproces van zorggebruikers dan speciaal daarvoor beschikbaar gemaakt keuzeondersteunende prestatie-indicatoren (Schneider & Lieberman in Huisman & Groenewoud 2003). Gezondheidszorgdiensten worden gekenmerkt door een reeks specifieke factoren die leiden tot beperkte keuze processen, waarin informatie over de kwaliteit een ondergeschikte rol speelt.

Het gaat om de volgende kenmerken;

- Tijdsdruk en/of de gezondheidstoestand van de cliënt
- Schaarste in de zorg
- Geringe waargenomen productverschillen
- Tussenpersonen en verwijssystemen
- Alternatieve risicoreductie methoden zoals: merkentrouw, van mond-tot-mond informatie vertrouwen op de hulpverlener
- De geografische ligging van het zorgaanbod

Ondanks dat verschillende geïnterviewden binnen de Bascule het idee hebben dat deze indicator door de buitenwereld mogelijk als onvoldoende wordt beoordeeld is men intern trots op de verbetering en heeft men de (interne) verwachting dat het gevolg van deze kwaliteitsslag uiteindelijk tot betere scores op ander indicatoren zal leiden. Als voorbeeld wordt door een van de behandelaars de (uitkomst) indicator: "Verandering ernst problematiek", volgens oordeel van de cliënt én volgens het oordeel van de behandelaar genoemd.

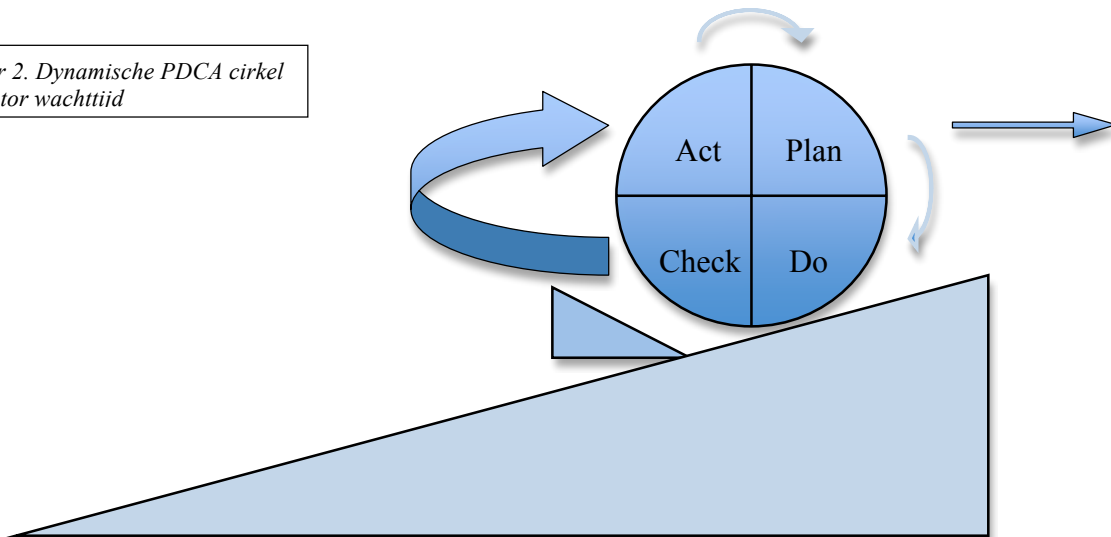
Op het eerste gezicht lijkt dat een merkwaardige keuze, zeker gezien de discussies rond de uitkomstindicator "Veranderingen in het niveau van dagelijks functioneren van de cliënt", waarbij gebruik wordt gemaakt van de subjectieve mening van de professional en de cliënt. Waarschijnlijk speelt het hier verschil in doelgroep een rol. De behandelaars die lieten zien dat de indicator niveau van dagelijks functioneren (CGAS-score) problematisch is, werken veelal met cliënten die behalve een ernstige psychiatrische stoornis ook ernstige cognitieve beperkingen hebben. Ondanks dat behandeling weinig concrete verbeteringen op deze indicator laat zien, behandeld



men toch, uit ethische en preventieve overwegingen. De behandelaar uit dit voorbeeld werkt met een andere doelgroep, namelijk met kinderen en jongeren met ‘behandelbare’ stoornissen. Dat sluit niet uit dat de zelfde bijeffecten als in ons andere voorbeeld zullen optreden, maar in dit geval kan de behandelaar rekenen op een positieve uitkomst, zonder negatieve bijwerkingen.

Als we, tot slot, de gegevens uit dit onderzoek naar de effecten van het gebruik van de (proces) indicator “Wachttijd tot start behandeling” vertalen naar het conceptueel model dan zien we dat de cirkel door de vertaling van de resultaten op de prestatie-indicator (die overigens niet specifiek voor de Basisset is) tot een kwaliteitsverbetering geleid hebben.

Figuur 2. Dynamische PDCA cirkel  
Indicator wachttijd



De cirkel is hoger op de kwaliteitsheuvel geduwd.

De indicator “Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt” blijkt niet tot kwaliteitsverbeteringen te leiden. Men noemt de indicator zelfs “fraude gevoelig”. De CGAS-score blijkt een score te zijn die onder andere wordt gebruikt om een DBC mee te openen; om vast te stellen of een cliënt al dan niet rechtstreeks via een arts verwezen mag worden of dat eerst gekeken wordt of anders gefinancierde en goedkopere jeugdzorg mogelijk is. Bij deze indicator zien we allerlei mechanismen optreden. Het gaat in beginsel om een subjectieve score. De behandelaar moet aan de hand van een lijst met voorbeelden van functioneren (situaties) een inschatting maken. De hulpverlener die voor een cliënt een score aangeeft zegt daarmee ook iets over zijn eigen functioneren als hulpverlener.

We zien dat er lagere scores ingevuld worden, de regels rondom het rapporteren kunnen op meerdere manieren worden toegepast. Er is sprake van *gaming the system* (Wollersheim et al. 2006; Van Thiel & Leeuw, 2003).

De ervaringen met de CGAS-score blijken niet op zich zelf te staan, zo blijkt uit een verslag van een evaluatiestudie naar de aanlevering van het (verslagjaar 2006) van de Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg uitgevoerd door onder anderen Van Ham (Van Ham et al, 2007). Uit hun onderzoek blijkt dat deze indicator als zeer beperkt betrouwbaar werd aangemerkt door veel organisaties. Dit komt, volgens de resultaten uit dit onderzoek, omdat met name de vragen uit de Cliënt- [GGZ] thermometer, vaak slechts aan een beperkt en niet representatief deel van de cliëntpopulatie werd voorgelegd. Ook werden de vragen vaak door ouders, in plaats van door de jeugdige beantwoord. Zij stellen vast dat met name bij deze indicator die de verandering in het dagelijks functioneren inzichtelijk maakt middels het verschil tussen de CGAS of de GAF-score bij het begin en einde van een DBC, zo weinig betrouwbaar was dat verschillende organisaties afgezien hebben van het aanleveren van deze informatie. De conclusies van Van Ham et al heeft ertoe geleid dat de IGZ opdracht heeft gegeven aan het Trimbos instituut om een ander instrument te ontwikkelen (zie Basisset IGZ 2006; Van Ham et al, 2007).

De vraag is echter, naar aanleiding van de resultaten van deze gevalstudie, is het huidige instrument onbetrouwbaar, of is deze indicator niet goed gekozen omdat er allerlei bijwerkingen optreden als men deze informatie voor verschillende externe doelen gebruikt?

De CGAS-score blijkt in de Bascule voor de betreffende professionals van ondergeschikt belang te zijn bij hun vaststelling of de cliënt wel of niet voor behandeling in aanmerking komt. De hulpvraag van de cliënt en de vraag van de verwijzer blijken leidend te zijn, een verschijnsel dat in wetenschappelijke literatuur wordt beschreven. Voor hulpverleners is het, het allerergst als ze een terechte hulpvraag weigeren (Rassin, 2007). Rassin beschrijft dat in dergelijke situaties een verklaarbare soort tunnelvisie ontstaat die in het psychodiagnostisch proces 'confirmatie' genoemd wordt. Voorkomen moet immers worden dat een ernstige aandoening over het hoofd gezien wordt. Het over het hoofd zien van een nare aandoening is, ervan uitgaande dat de behandeling minder ernstig is dan de aandoening, kwalijker dan het onnodig aanbieden van een behandeling. Dat maakt dat het voor behandelaars belangrijk is om in geval van op het oog onschuldig lijkende klachten altijd uit te sluiten dat het toch om een ernstige aandoening gaat. Ook in de GGZ/psychiatrie geldt dat er bij de meeste symptoombeschrijvingen exclusiecriteria zijn opgenomen. Zo kan volgens de Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM-IV)<sup>10</sup> het hebben van rare, opdringerige gedachten duiden op een obsessief-compulsieve stoornis. Maar voor die diagnose gesteld kan worden moet eerst worden uitgesloten dat de betreffende gedachten het gevolg zijn van bijvoorbeeld een eetstoornis, hypochondrie, depressie of drugmisbruik. In de praktijk is het vaststellen van een diagnose nog niet zo eenvoudig en worden verkeerde diagnoses gesteld (Rassin, 2007).

Als we de onderzoeksresultaten gegevens met betrekking tot deze indicator in het conceptueel model zouden weergeven (met toepassing van de PDCA cirkel) dan zouden we zien we dat de kwaliteitscirkel niet verder omhoog gaat. De uitkomsten op de registratie worden niet gebruikt in de check fase om tot verbeteracties te komen.

## Draagvlak

Er lijkt nog sprake te zijn van een gebrek aan intrinsieke motivatie om op de Basisset van IGZ te rapporteren. Vrijwel alle deelnemers aan dit onderzoek geven aan dat dit komt door de, in hun optiek, slechte timing van IGZ, waarbij nadrukkelijk ook wordt vermeld dat eigen organisatorische beslommeringen ten gevolge van verschillende fusies en overnames, de implementatie (nog) in de weg staan. Daarnaast is er mogelijke onvoldoende en onduidelijke voorlichting vanuit de leiding van de organisatie geweest naar de andere geledingen van de organisatie en onvoldoende aangegeven hoe bindend de afspraken betreffende de Basisset zijn. Het ontbreken van een, in de optiek van de betrokken personen, zinvolle aanvulling op de andere kwaliteitsinstrumenten zoals het HKZ beleid heeft er mede toe geleid dat men de noodzaak tot registreren aan de hand van de Basisset (nog) niet duidelijk ziet. Er zijn duidelijke signalen dat men zich de laatste jaren overspoelt voelt door een aanhoudende stroom opdrachten en veranderingen, zoals bijvoorbeeld de verandering in de wet op de Jeugdzorg. Door de vele veranderingen die men zelf heeft geïnitieerd door de verschillende fusies en overnames lijkt de organisatie de veranderingen die van extern komen als extra belastend te voelen.

Over het doel van de indicatoren heeft men geen eenduidig beeld. De inspecteur legde tijdens zijn inspectiebezoek aan de organisatie nadrukkelijk het accent op het nut van indicatoren als instrument om transparant te zijn over de eigen kwaliteit naar de kiezende zorgconsument. De leiding van de Bascule twijfelt echter aan de interpreteerbaarheid van de uitkomsten door diezelfde zorgconsumenten. Ondanks dat de regels omtrent de jaarverslaglegging duidelijk zijn blijven er tekenen van weerstand. Er zijn duidelijke aanwijzingen voor wat Timmons, *resistive compliance* noemt (Timmons, 2003). Hiermee wordt een vorm van diffuse weerstand bedoeld die waargenomen wordt bij professionals die op zich niet tegen de verandering zijn, maar in de praktijk

---

<sup>10</sup> De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association (2000). Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) psychiatrische patiënten mogelijk te maken door eenduidige definities op te stellen waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen.

de verandering niet steunen, of deze een zo lage prioriteit geven dat de voor de verandering gevraagde activiteiten door hen niet, of slechts gedeeltelijk uitgevoerd worden. Er word geen openlijk verzet getoond, maar ondergronds blijft er sprake van een subtiele vorm van verzet/weerstand. Dit is wat in de Bascule met de Basisset gebeurt. Ondanks dat men veel weerstand heeft gaat men nu toch proberen aan de voorwaarden te voldoen. Er is geen openlijk verzet geweest, op een poging na om de inspecteur te overtuigen dat uitstel van de verplicht gestelde rapportage legitiem is.

Rijnveld en Koppenjan (1997) stelden dat het succes van een project afhankelijk is van de inbreng van verschillende partijen. Draagvlak moet verworven worden en is noodzakelijk om het project te doen slagen. De mate waarin de IGZ en de Raad voor Bestuur van de Bascule hier aandacht voor heeft bij de implementatie is, om dit draagvlak bij de Bascule te bewerkstelligen, mogelijk onvoldoende geweest.

Om een indruk te krijgen van de fase waarin de implementatie van de indicatoren van de IGZ in de Bascule nu verkeert, ter illustratie en ter vergelijking met de fase van implementatie waarin de prestatie-indicatoren die de Bascule toepast om de interculturele kwaliteit van de Bascule te toetsen, maak ik hier gebruik van het acht fasen model van Kotter (1996). Kotter is een, in uit het bedrijfsleven afkomstige, management goeroe. In het bedrijfsleven van Kotter speelt de manager een politiek spel in een omgeving, die bestaat uit verschillende groepen medewerkers die allen over hun eigen bronnen beschikken en in een micropolitiek spel deze bronnen strategisch inzetten (of niet) om organisatiedoelen te genereren. Door de complexiteit van de organisatie kan de manager nooit over alle kennis beschikken. De manager handelt politiek en strategisch, om een in proces van onderhandeling geconstrueerd, bedrijfsmatig, doel te bereiken. De uitkomst van het handelen van de manager staat niet bij voorbaat vast, maar is afhankelijk van de uitkomst van dit politieke spel (Kotter, 1996). Dit model is dus gebaseerd op beperkte, namelijk slechts 'politieke analyse' van het veranderingsproces. Toepassing van dit model zal dan ook niet tot een compleet beeld leiden, maar het geeft, ondanks de beperktheid wel een indruk van (een deel van) de processen rondom beide sets indicatoren.

Kotter stelt bijvoorbeeld, dat in de eerste fase van een veranderingsproces een dringende noodzaak voor de betrokkenen gecreëerd moet worden. Zonder duidelijke noodzaak komen mensen niet in beweging. Ongerustheid over de consequenties van negatieve publiciteit, ondanks dat de betrokkenen in de Bascule zeggen dat zij vermoeden dat dit hopelijk wel mee zal vallen, is de reden dat de Raad van Bestuur van de Bascule nu, alsnog, opdracht heeft gegeven aan de beleidsmedewerkers en het manager zorgadministratie om (te proberen) de gegevens zo goed mogelijk te destilleren uit bestaande registratiesystemen. Het is overigens niet ondenkbaar dat de Inspecteur, die dit volgens de kwaliteitsmanager met veel nadruk inbracht tijdens het gesprek dat men hierover met de Raad van Bestuur voerde, dit als politiek strategisch argument heeft aangevoerd, met als doel dat de Bascule alsnog zal gaan rapporteren. Dit zou gezien kunnen worden als een handelingswijze die past bij de denkwijze van de managers uit de theorie van Kotter (1996). Om dit zeker te weten zouden we dit aan de betreffende inspecteur moeten vragen. Wel zien we dat het positief effect heeft gehad.

In de tweede fase (volgens Kotter) moet een krachtig en leidend team gevormd worden, die de nieuwe richting aan kan geven en medewerkers motiveert en inspireert tot verandering. Er is binnen de Bascule, een klein 'team' bezig zich te bezinnen op deze taak. Maar het lijkt te ontbreken aan hetgeen Kotter als essentieel voor fase 3 beschrijft, namelijk: er moet een heldere visie en doelen zijn opdat de richting bekend is, en deze moet herkenbaar zijn voor medewerkers, die visie moet helder en open en eerlijk gecommuniceerd worden (fase 4). Vervolgens moeten medewerkers toegerust worden om naar die visie te kunnen handelen (fase 5); moet het draagvlak gecreëerd en vergroot worden middels korte termijn winsten (fase 6); zal de winst geconsolideerd en vergroot moeten worden (fase 7); en in de laatste en achtste fase is het van belang dat de nieuwe aanpak geïnstitutionaliseerd wordt (Kotter 1996). Gezien de fase waarin de implementatie van de Basisset nu verkeert binnen de Bascule kan nog niet van een echt implementatie traject gesproken worden. Men zit, volgens dit model, nog in de eerste fase, er wordt wel steeds meer noodzaak tot verandering gevoeld. Maar zelfs de reden tot dit gevoel van urgentie heeft inhoudelijk nog onvoldoende relatie met het uiteindelijk doel van de IGZ, het geven van een impuls tot kwaliteitsverbetering, wat toch het streven is.

De verschillende boodschappen die de Raad van Bestuur en de kwaliteitsmanager ontvangen hebben: enerzijds de boodschap van de bezoekend inspecteur dat het belangrijk is dat resultaten gepubliceerd worden (niet publiceren betekent dat de organisatie imagoschade zal oplopen); en anderzijds de boodschap dat het gaat om een kwaliteitsimpuls die de Bascule echt nodig heeft, zouden hier aan bij gedragen moeten hebben. Bij de Raad van Bestuur bestond echter de overtuiging dat er op dat moment al genoeg bewijs van goed kwaliteitsbeleid geleverd (en dus werk verzet) was door het HKZ-certificaat te behalen. Nu is het certificaat er, maar achteraf blijkt deze inspanning niet voldoende voor de IGZ te zijn. Ook concludeert men uit deze gang van zaken, ondanks dat al langer duidelijk was dat de Basisset onderdeel uit zou gaan maken naast het HKZ certificaat, dat besluitvorming van de IGZ mogelijk niet zo definitief is. De waarde van de Basisset, zo redeneert men, is daardoor mogelijk ook onzeker geworden. De motivatie voor de implementatie en toepassing van de Basisset lijkt hierdoor beperkt. De vraag is echter of dit de enige reden is voor de weerstand en hoe terecht dit is.

Op zich kunnen de voorzitter van de Raad van Bestuur, en de kwaliteitsmanager, zich in het theoretisch model van gefaseerd toezicht van de IGZ vinden. De gedachte dat de inspectie in de eerste fase in principe op de achtergrond blijft en alleen inspectieonderzoeken uitvoert in een tweede fase op basis van de uitkomsten op de prestatie-indicatoren spreekt hen aan. Dit motiverende effect wordt echter voor een deel teniet gedaan omdat een inspecteur van de IGZ, onder andere in het kader van thematisch onderzoek, onlangs op bezoek is geweest. De inspecteur is dus in theorie op afstand, maar in de huidige praktijk is de inspecteur nog erg dichtbij. Omdat de organisatie nog slecht aan de gestelde eisen kan voldoen wordt dit mogelijk als bedreigend ervaren.

Uit de uitspraken van betrokkenen en de analyse van de bedrijfsdocumenten valt op te maken dat er binnen de organisatie wel degelijk interesse is voor prestatie-indicatoren waarbij men het doel van kwaliteitsverhoging onderschrijft. Het draagvlak voor interculturalisatiebeleid binnen de Bascule als integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid valt in deze zin positieve zin op. Hier kunnen we wel spreken van een, zij het voorzichtig, proces van internaliseren. Er worden acties ondernomen en er wordt gepoogd al doende te leren (Nonaka & Takeuchi, 1997).

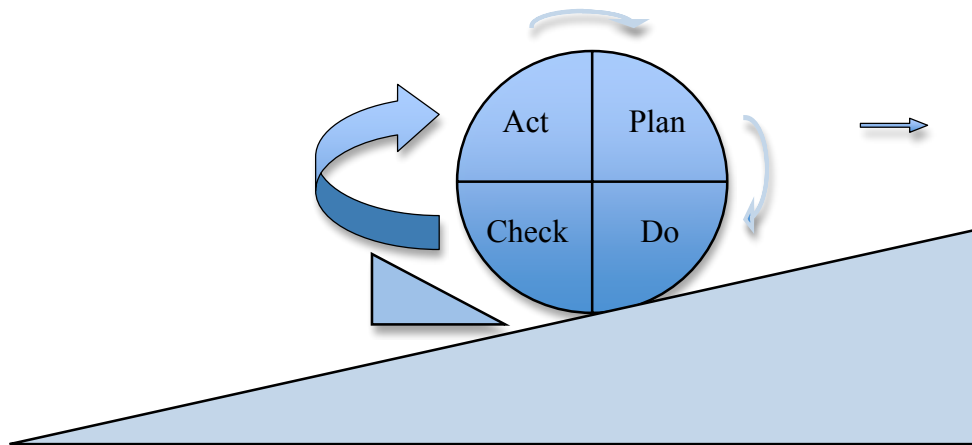
In de missie en visie van de Bascule spreekt de uitdrukkelijke boodschap dat men zorg wil bieden aan alle kinderen en jeugdigen uit de regio Amsterdam en omstreken. Die doelgroep bestaat voor 65 % uit kinderen en jeugdigen van allochtone afkomst die men in de huidige situatie onvoldoende bereikt.

Ook de overheid heeft de visie uitgedragen dat er meer aandacht moet komen voor deze doelgroepen. In het document 'Interculturalisatie' van de gezondheidszorg, Plan van aanpak van de RVZ (2001) wordt aangedrongen op het incorporeren van het interculturalisatiebeleid in het kwaliteitsbeleid van instellingen. "Het ministerie van VWS zal vanaf 2003 jaarlijks publiceren in hoeveel overeenkomsten het interculturalisatie-aspect van kwaliteit is vastgelegd." (RVZ, 2001: 15) Daarnaast stelt men in dit RVZ rapport voor om het toezicht van de IGZ op interculturele kwaliteit van instellingen te intensiveren. Hiertoe heeft men een set prestatie-indicatoren geformuleerd.

Als we het acht fasen model van Kotter (1996) gebruiken om naar het veranderproces rondom deze interculturalisatie prestatie-indicatoren te kijken dan zien we dat deze duidelijk een aantal fasen verder is. Er is team met een duidelijke leider (manager), er is sprake van een heldere visie en doelen die herkenbaar zijn voor medewerkers. De indicator sluit aan bij bestaande interne prioriteiten van de Bascule en interesses van een lid van de Raad van Bestuur. Er worden stappen gezet om medewerkers toe te rusten om naar die visie te kunnen handelen (fase 5). De indicatoren zijn begin 2008 gebruikt om het eigen beleid ten aanzien van interculturalisatie te toetsen. De conclusie was dat er nog veel verbeterpunten zijn en dat het interculturalisatiebeleid op veel punten verbetering behoeft. Omdat de stappen die gezet zijn in fase 5 nog slechts tot geringe succeservaringen geleid hebben, is het lastig om het draagvlak te vergroten middels korte termijn winsten (fase 6). Op het moment dat dit onderzoek plaatsvindt, blijkt het team dat zich met dit verandertraject bezig houdt, zich te beraden over aanpassingen in het beleid om tot betere resultaten te komen. We kunnen dus concluderen dat de kwaliteitscirkel (PDCA), met behulp van deze prestatie-indicatoren een beetje omhoog geduwd wordt. Opgemerkt moet worden dat de kwaliteitscirkel in feite al in beweging was voordat deze prestatie-indicatoren hun intrede deden.

Omdat ze aansluiten bij de interne prioriteiten en interesses van een gezaghebbend persoon in de organisatie geven ze een verdere stimulans aan deze beweging.

*Figuur 3. Dynamische PDCA cirkel  
Indicatoren interculturalisatiebeleid*



*De cirkel wordt in beweging gezet..*

Het is jammer dat deze indicatoren niet herkenbaar zijn teruggekomen in de Basisset. De gehanteerde registraties worden alleen voor intern gebruikt. Extern staan ze niet meer in de zelfde mate als in 2003 in de belangstelling van de overheid. Op 17 maart 2004 heeft minister Hoogervorst in een beleidsbrief aan de Tweede Kamer laten weten dat de gezondheidstoestand van allochtonen niet minder, maar anders is dan die van autochtonen (Hoogervorst, 2004). De minister vond dat deze problemen door instellingen en burgers zelf moet worden opgelost. Terwijl er, mede naar aanleiding van de stroom ernstige geweldsdelicten waarbij jongeren van allochtone afkomst betrokken waren, veel maatschappelijke (en politieke) aandacht is voor hulpverlening aan deze doelgroepen. In de Bascule is de aandacht voor dit onderwerp hierdoor juist vergroot. Men geeft aan dat de incidenten die ook de laatste tijd weer hebben plaatsgehad met jongeren van allochtone afkomst zich mede afspelen in de doelgroep van de organisatie. Men voelt zich verantwoordelijk voor het toegankelijk maken van en het leveren van passende zorg aan deze (nu nog slecht te bereiken) groep.

Voor de indicatoren die Agis Zorgverzekeringen toepast, blijkt een zekere mate van draagvlak te zijn. Dat wil zeggen, de betrokkenen geven aan dat ze de uitleg die de verzekeraar geeft over het doel van deze indicatoren, namelijk inzicht krijgen in hoe en waar ze de beste kwaliteit van zorg voor hun cliënten kunnen inkopen, redelijk en begrijpelijk vinden. Als doorslaggevend voor het accepteren van deze doelstelling wordt aangegeven dat deze indicatoren de wens van cliënten vertegenwoordigen. Dit argument lijkt een beroep te doen op de beweging van de professionals naar de cliënt toe (Harteloh, 2000). Helemaal zeker kunnen we daar niet van zijn, want het is immers voorstelbaar dat de gezondheidszorgprofessional die het waagt uit te spreken dat hij niet het beste voor heeft met zijn cliënt, op forse kritiek van de omgeving kan rekenen. Er is ook een heel duidelijk financieel motief om te zorgen dat men aan de eisen van de verzekeraar tegemoet komt. Wat opvalt is dat deze indicatoren als een aparte set beleefd worden en dat zij (ook) nog niet zijn opgenomen in het jaardocument. Op dit punt zien we dus geen verschil met de andere indicatoren van de Basisset. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat door de managementproblemen (die de voorzitter van de Raad van Bestuur zelf benoemt) met betrekking tot de aansturing van de organisatie, de implementatie van deze indicatoren deels door andere professionals is opgepakt. Het lijkt erop dat deze professionals vanuit een meer inhoudelijke invalshoek gekozen hebben voor een andere registratievorm.

Dit verklaart niet waarom Agis voor deze wijze van registreren lijkt te kiezen. Het valt, mijns inziens, niet uit te sluiten dat ook binnen de wereld van verzekeraars men nog moet wennen aan de afgesproken systematiek en dat ook dit mogelijk startproblemen zijn.

Ook het registreren ten behoeve van de DBC- betalingssystematiek ervaren de betrokkenen niet als onredelijk. Men berekent dit vanuit het perspectief van de betalende 'klant'. Er wordt een dienst verricht waar betaling tegenover staat. Zij zien de registratie activiteiten als een administratieve kwestie. In het dagelijkse betalingsverkeer verlangt men immers ook een reçu als men producten of diensten afneemt. Blijkbaar is de waarde (Boltanski & Thevenot, 1999) die door de verzekeraar aan dit zakelijke standpunt gehecht wordt voor de behandelaars te herkennen en respecteren zij deze tot op zekere hoogte, de behandelaars hebben er geen moeite mee de gevraagde informatie te leveren als dat betekent dat zij cliënten zorg met behoud van privacy kunnen blijven bieden. Maar als de belangen uiteen dreigen te lopen, dan draait men er de hand niet voor om, om naar de vastgestelde norm toe te redeneren. Dat hebben we bijvoorbeeld gezien in dit onderzoek rondom de CGAS-score. De CGAS-score is een subjectief meetinstrument. De waarden die men aan de verschillende belangen toedicht worden sterk bepaald door het referentiekader van de actoren. In het voorbeeld waarmee men vanwege de regelgeving en de DBC systematiek al redenerend tot een CGAS-score onder de 40 komt, geeft laten de betrokkenen zien dat in feite meer waarde gehecht wordt aan het concept van 'bewogenheid naar de cliënt toe' (Harteloh, 2000) dan aan het concept van controle (door de toezichthouder, verzekeraar etcetera).

*Illustratie: Tabel Draagvlak voor verschillende sets indicatoren*

indicator	Kennis van de indicatorset	Mate waarin men doel: kwaliteit verbetering herkent	Mate waarin doel externe partij als legitiem wordt ervaren	Draagvlak
Basisset IGZ	Hoog (beperkte groep management/beleid) Geen (behandelaars)	-	-	Laag (geen intrinsieke motivatie door (nog)onvoldoende bindende afspraken geformuleerd door de leiding van de organisatie)
Interculturalisatie	Hoog (beperkte groep management/beleid) Redelijk (behandelaars)	+	+/-	Redelijk (intrinsieke motivatie is aanwezig bij alle medewerkers, bindende afspraken geformuleerd door de leiding)
Agis	Hoog (alle medewerkers)	+/-	+	Redelijk hoog (extrinsieke motivatie, bindende afspraken geformuleerd door de leiding)

## Conclusie

De werktitel van deze scriptie was: *De eerste stap: van theorie naar praktijk in academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie de Bascule*.

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoe er in de praktijk van een GGZ organisatie is omgegaan met de Basisset prestatie-indicator voor de GGZ en verslavingszorg. Gedurende de loop van het onderzoek is duidelijk geworden dat deze werktitel voor de situatie zoals die binnen de Bascule is aangetroffen, te optimistisch geformuleerd was. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de leiding van de Bascule op zoek is geweest naar manieren om de

eerste stappen uit te stellen, en nu nog op zoek is naar manieren om de eerste stap, naar daadwerkelijke implementatie, te zetten. Vandaar dat de titel van deze scriptie veranderd is in: *De eerste stap moet nog gezet worden van theorie naar praktijk in academisch centrum voor kind- en jeugdpsychiatrie de Bascule*.

Het antwoord op de onderzoeksvraag: Hoe is de Bascule met de Basisset prestatie-indicatoren in de praktijk omgegaan? Kan kort en krachtig samengevat worden: De Basisset is niet met open armen ontvangen en het proces van internaliseren moet nog beginnen. 'Lokale' omstandigheden hebben hier een rol in gespeeld. Een belangrijke rol speelt de fase waarin de organisatie verkeerd door de vele fusies en overnames. De organisatie heeft prioriteit aan organisatorische kwesties gegeven die met deze omstandigheden te maken hebben en geeft aan nog veel werk te moeten verzetten in het kader van het HKZ beleid. De implementatie van de Basisset is, ondanks dat deze aangekondigd was, daarom voor deze organisatie op een onhandig tijdstip gekomen. Binnen deze organisatie is, vanuit welk perspectief ook bekeken, onvoldoende prioriteit gegeven aan de implementatie van de Basisset om op tijd verslag uit te kunnen brengen. Het tijdstip waarop verslaglegging verplicht is, is tijdig vastgesteld en aangekondigd. Het is niet logisch te verwachten dat bij de planning van wet en regelgeving met de omstandigheden van individuele organisaties rekening wordt gehouden.

Het is niet ondenkbaar dat de Basisset binnen de Bascule op redelijke korte termijn alsnog geoperationaliseerd wordt. De organisatie heeft er voor gekozen een ervaren kwaliteitsmanager aan te stellen die gedurende deze onderzoeksperiode zichtbaar het traject, samen met de Raad van Bestuur, oppakt en mede stuurt.

Een beperking aan dit onderzoek is dat niet nader naar het verhaal van de IGZ onderzoek is gedaan. Ik heb overwogen de Inspectie te benaderen maar dit uiteindelijk achterwege gelaten om te vermijden dat het accent in deze fase van de implementatie van de basisset te veel op verschillen van mening tussen beide *stakeholders* zou komen te liggen. Het risico op een te eenzijdige belichting van deze casus was daardoor groot. Ingrijpen van meelezers heeft me uiteindelijk voor een al te ernstige vorm van tunnelvisie behoed. Als uitvoerder van dit onderzoek en als medewerker van deze organisatie hoop ik van ganser harte dat de Bascule erin slaagt om dit traject te volbrengen en dat de Bascule en de IGZ hun goede werkrelatie uitbouwen dan wel hervinden waarbij wederzijdse uitwisseling op basis van daadwerkelijke ervaring met de Basisset mogelijk is.

Omdat de gevolgde indicatoren al toegepast werden en de Basisset in feite nog geïmplementeerd moet worden valt nu nog geen antwoord te geven op de vraag of, en zo ja in welke mate de Basisset tot de gevonden kwaliteitsverbeteringen heeft bijgedragen. Andersom kan evenmin op basis van dit onderzoek gezegd worden dat de andere indicatoren van de Basisset niet functioneren zoals bedoeld.

Hoewel de betrokkenen niet uitgesproken negatief zijn over het nut van prestatie-indicatoren in het algemeen, gematigd positief zijn over de indicatoren van Agis Zorgverzekeringen (die als een aparte set beleefd worden) en zelfs positief zijn over de indicatoren die door de organisatie mee zijn ontworpen om het interculturalisatiebeleid een impuls te geven, zeggen ze op dit moment niet helemaal te geloven in de kwaliteitsimpuls die er volgens de IGZ van de Basisset uit zal gaan. Het doel van de Basisset om als instrument met signaalwaarde in het gelaagde toezicht van de IGZ een rol van belang te spelen wordt wel onderkent.

Organisaties moeten nog wennen aan de Basisset en de nieuwe methode van toezicht. De Bascule heeft tot op heden nog geen echte stap tot daadwerkelijke toepassing van de Basisset, zoals zij is bedoeld, gezet. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen, als de Bascule deze stap wel gezet heeft, in de toekomst anders uitvallen.

Daarbij is het mogelijk dat het instrument; de Basisset, nog zo onvolgroeid is dat de gesignaleerde problemen vanzelf zullen verdwijnen en als slecht werkende indicatoren vervangen worden door betere. De ontwerpers van de Basisset stelden al bij de introductie vast dat de kans groot is dat de basisset niet perfect bij de praktijk en doelstellingen aansluit, en dat de basisset in de toekomst mogelijk aangepast zal worden.

Tot slot: geconcludeerd kan naar aanleiding van dit onderzoek worden dat indicatoren, als ze aansluiten bij de interne doelstellingen van de organisatie leiden tot positieve resultaten. We hebben gezien dat indicatoren worden toegepast als professionals de waarde ervan inzien. In de

praktijk betekent het dat zij het doel waartoe de indicator dient, vanuit hun professionele context, prioriteit moeten geven. Zodra andere belangen (bijvoorbeeld van de cliënt of van de eigen persoon en organisatie) in de optiek van de professionals zwaarder wegen wordt naar de gewenste uitkomst toe geredeneerd. Uitkomsten op dergelijke indicatoren zijn hierdoor van beperkte waarde en vragen dus om een genuanceerde beoordeling.



## 6. Aanbevelingen

De Bascule heeft prioriteiten gesteld bij andere zaken in de organisatie en heeft ten gevolge van deze prioritering niet op tijd de Basisset kunnen implementeren. De afgesproken verslaglegging is hierdoor niet op tijd gereed. Dit heeft vermoedelijk consequenties voor de relatie tussen de organisatie en de IGZ. Door deze omstandigheid wordt het de IGZ moeilijk gemaakt om op afstand toezicht te houden. Binnen de organisatie zou nog eens overwogen kunnen worden of dit het effect is dat men wil genereren. Als de Basisset geoperationaliseerd wordt kan nader onderzoek op langere termijn naar de effecten ten gevolge van toepassing van de Basisset informatie opleveren op basis waarvan concrete feedback gegeven kan worden aan de projectgroep die de Basisset blijft volgen en znodig zal bijsturen.

Geconstateerd is dat één van de gevolgde indicatoren (verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt) niet geschikt lijkt. De IGZ en de andere leden van de projectgroep die de ontwikkeling van de Basisset sturen hebben de aanbevelingen van onder andere Van Ham (Van Ham et al, 2007) ter harte genomen en men heeft het Trimbos instituut gevraagd een ander instrument te ontwikkelen. De vraag is echter of het probleem met een ander meetinstrument is op te lossen. Het meetinstrument is een valide diagnostisch instrument, maar blijkt minder valide zodra het voor een ander doel gebruikt wordt. Naar aanleiding van dit onderzoek is de conclusie dat deze indicator, zolang deze verbonden blijft aan allerlei beperkende maatregelen en consequenties, mogelijk ongeschikt blijft en dat deze op termijn misschien beter vervangen kan worden.

Het lijkt zinvol om nader onderzoek naar het functioneren van de andere uitkomst indicatoren te verrichten. Dit om vast te stellen of aan het gebruik van deze indicatoren dezelfde nadelen kleven en of en zo ja, hoe deze voorkomen kunnen worden.

Gezien de resultaten op de tweede indicator, (Wachttijd tot start behandeling) lijkt het de moeite waard om te onderzoeken welke andere indicatoren soortgelijke positieve effecten sorteren. Deze indicator levert resultaten op die wel een solide basis blijken te zijn tot een kwaliteit-verbetertraject. Deze indicator heeft bewezen over een duidelijke signaalwaarde te beschikken, zowel intern als extern. Er wordt echter waarschijnlijk nog binnen verschillende organisaties verschillend geregistreerd, op basis van verschillende definities die men zelf voor het begrip wachttijd heeft geformuleerd. Het maken van landelijke afspraken zou dit probleem mogelijk kunnen verhelpen.

Getwist kan worden over de terechtheid van de gemengde gevoelens die men binnen de Bascule heeft over de doelstelling van de Basisset en de als belastend ervaren stroom van instrumenten. Het is echter zorgelijk dat een organisatie, ondanks de medewerking van vertegenwoordigers uit de eigen branche aan de totstandkoming van de Basisset en de bindende afspraken die gemaakt zijn, zo weinig gemotiveerd lijkt voor de toepassing van de Basisset. Naar aanleiding van deze gevalstudie valt niet vast te stellen of dit te verwachten opstartproblemen zijn die geaccentueerd zijn door de omstandigheden in deze specifieke instelling. Gezien de mogelijk negatieve gevolgen voor het draagvlak voor het implementeren en toepassen van de Basisset binnen organisaties als deze overeenkomstig handelen, is nader onderzoek aan te raden. Oorzaak en gevolg in deze (als blijkt dat dit niet incidenteel is en uitsluitend bij de Bascule het geval is) kunnen mogelijk aanknopingspunten bieden voor aanpassing van het (strategisch) beleid van de IGZ, in samenwerking met andere externe partijen ten aanzien van de implementatie van de Basisset.

Wellicht kan onderzocht worden of het mogelijk is om samenwerkingsafspraken; gericht op afstemming rondom het gebruik van (kwaliteit) instrumenten, tussen de IGZ en verzekeraars en mogelijke andere (toezichthoudende) partijen zichtbaarder te maken. Door vanuit verschillende organisaties overleg te voeren over verschillende prestatie-indicatoren, ook al zijn ze gezamenlijk bedacht, ontstaat nu blijkbaar toch het idee dat er geen directe relatie is. Dit zou kunnen voorkomen dat zorgorganisaties zich overspoeld voelen en gedemotiveerd raken. Dit komt de implementatie van verschillende instrumenten hopelijk ten goede.

## Overzicht gebruikte afkortingen

BSC	Balanced Score Card
CGAS	Children's Global Assessment Scale
CQ-index	Consumer Quality Index
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAD	Economische en Administratieve Dienst
GAF	Global Assessment of Functioning
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg
ICT	Industriële Computer Toepassingen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
MDO	Multi Disciplinair Overleg
PCIT	Parent-Child Interaction Therapy
PDCA-cyclus	Plan-Do-Check-Act cyclus
PMTO	Parent Management Training Oregon
PR	Public Relations
RvB	Raad van Bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Literatuurlijst

- Berg, M., & Schellekens, W. 2002. *Paradigma's van kwaliteit: de verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren*. Medisch Contact, 57, 1203-1205
- Berwick, D.M. 1989. *Health services research and the quality of care. Assignments for the 1990s*. Medical Care, 27, 763-771.
- Boomstra, R. & Hoogsteder, M., 2004. *Interculturele kwaliteit in de GGZ, een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering*. Trimbos-instituut in samenwerking met Nederlands Centrum Buitenlanders. In opdracht van GGZ Nederland. Trimbos Instituut. Utrecht.
- Boltanski, L. and Thevenot, L., 1999. *The sociology of Critical Capacity*. European Journal of Social Theory 2(3):359-377. Sage Publications. London, Thousand Oaks, CA & New Delhi.
- Bij, J.D. van der, & Broekhuis, H. 2000. *Tailor-made quality systems in healthcare*. Journal of Evaluation in Clinical Practice 6 (1), 31-38
- Casparie, A.F., Legemaate, J. Rijkschroeff, R.A.L, Brugman, M.J.E., Buijsen, M.A.J.M., Gruijter, M.J. de, et al. 2001, *Evaluatie. Kwaliteitswetgeving zorginstellingen*. ZonMw, Den Haag.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches 2de editie*. Sage publications. Thousand Oaks/London/New Delhi.
- Colson, P.J.A. & Casparie, A.F. 1995. *Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis*. Medisch Contact, 9.
- Dey, I. 1993. *Qualitative Data Analysis*. Eerste druk. Routledge. Londen.
- Donabedian, A. 1980. Exploration in quality assessment en monitoring volume1. *Definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor. Health Administration Press, University of Michigan.
- Ham, M. van, Luijsterburg, J. & Brouwers, E. 2007. *Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, aanlevering verslagjaar 2006*. Tranzo. Universiteit van Tilburg.
- Huisman, R. & Groenewoud, A.S. 2003. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Inventarisatiestudie in opdracht van ZonMw, uitgevoerd door iBMG, Erasmus Universiteit. ZonMw, Den Haag.
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. 1998. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Vierde herziende druk. Elsevier/De Tijdstroom. [1991]. Maarssen.
- Harteloh, P.P.M. 2000. *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Van intuïtie naar rationele reconstructie*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Havelaar, J.M., Heemskerk, B. & Bisseling, E.M. 2000. *Kwaliteit Quo Vadis?* Tijdschrift voor Psychiatrie 44 (2002) 2, 95-106.
- Hermans, H.E.G.M. & Buijsen, M.A.J.M. 2006. *Recht en gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.

Huijsman, R. Pasch, P., Vissers, J.M.H., Verhoeven, M., Harteloh, P., Walta, H.F. & Rosier, P.F.M.W. 2003. *Een besturingsraamwerk voor een regionale CVA-zorgketen: een handreiking aan regio's vanuit de huidige stand van kennis*. Instituut voor Beleid en Management, Erasmus Universiteit. Rotterdam.

Hoogervorst, H. & Ross- van Dorp, C. (2006). *Kwaliteit van de zorg; hoog op de agenda*. Ministerie van VWS. Den Haag.

Inspectie voor de gezondheidszorg. 2006. *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset*. IGZ. Utrecht.

Kaplan & Norton, 1995: in Atkinson, A.A., Kaplan, R.S., Matsumura, .M.& Young, SM., 2007. *Management Accounting, fifth edition*, Pearson; Prentice Hall: New Jersey.

Kotter, J.P. 1996. *Leading change*. Harvard Business School Press. Boston.

Krogt, P.W.M. en Vroom, C.W. 1995. *Organisatie is beweging*. Derde druk, tweede oplage. Uitgeverij Lemma BV, Utrecht.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2000. *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. RVZ. Zoetermeer.

Meijerink, Y. 2003. *Werken aan verbetering*. Medisch contact, jaargang 58 nr. 40- 3 oktober 2003.

Nonaka,I. en Takeuchi, H. 1997. *De kenniscreërende onderneming*, Scriptum. Schiedam.

Pollit, C. 2006. *Performance Information for Democracy: The Missing Link?* Evaluation 12 (1): 38-55

Rassin, E., 2007. *Waarom ik altijd gelijk heb. Over tunnelvisie*. Scriptum. Schiedam.

Rosenhan, D.L. 1973. *On being sane in insane places*. Science, 179, 70, pp. 250-258

Rijnveld, M. & Koppenjan, J.F.M. 1997. *Draagvlakvorming bij grote projecten*. In: Bestuurskunde jrg. 6, nr. 3, p.p. 94-107

Segers.J. & Hutjes, J. 1999. Hoofdstuk 11. *De gevalstudie*. Uit: Segers, J. Methoden voor de Maatschappijwetenschappen. Van Gorkum. Assen.

Thiel, S. van & Leeuw, F.L. 2003. *De prestatieparadox in de publieke sector*. Beleidswetenschap 17(2):123-143

Timmons, S. *Nursing Inquiry*. 2003. 10: 257-269

Wiener, C. 2000. *The Elusive Quest. Accountability in Hospitals*. Aldine de Gruyter. New York.

Williamson, J.W., Hudson, J.L., & Nevins, M.N. 1082. *Principles of Quality Assurance and cost containments in health care*. Jossy-Bass Publishers. San Francisco.

Wollersheim, H., M.J. Faber, Grol, R.P.T.M., Dondorp, W.J. & Struijs, A.J. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer/ Den Haag.

## Internet

Borst-Eilers, E. Brief van de minister aan de tweede kamer 14-01-2000 (2008) *Marktwerving versterkt samenwerken*.

<http://www.nieuwsbank.nl/inp/2000/01/0114M017.htm>

Heijnen, H., 2001. *Zorggegevensset GGZ*, NTMA 100 juni-juli 2000

[http://www.nvma.nl/nl/publicaties/ntma100/artikel17/zorggegevensset\\_ggz.pdf](http://www.nvma.nl/nl/publicaties/ntma100/artikel17/zorggegevensset_ggz.pdf)

Inspectie voor de gezondheidszorg, 2007.

<http://www.igz.nl/>

Inspectie voor de gezondheidszorg, 2003.

<http://www.igz.nl/organisatie>

Ministerie van VWS. 2006. *Jaarverantwoording zorginstellingen 2006*

[http://minvws.nl/images/jardocumetn-2006\\_tcm19-145784.pdf](http://minvws.nl/images/jardocumetn-2006_tcm19-145784.pdf)

Ministerie van VWS. 2007. *Jaarverantwoording zorginstellingen 2007*

[http://minvws.nl/images/jardocumetn-2007\\_tcm19-150754.pdf](http://minvws.nl/images/jardocumetn-2007_tcm19-150754.pdf)

Ministerie van VWS. 2004. *Voortgangsrapportage DBC-GGZ*, GVM/2522926.

<http://www.minvws.nl/kamerstukken/gvm/voortangsrapportage-dbc-ggz.asp>

Hoogervorst, H. 2004, Ministerie van VWS. 2004. Brief van de minister aan de tweede kamer, 17 maart 2004

[http://www.minvws.nl/kamerstukken/gvm/brief\\_over\\_allochtonen\\_in\\_de\\_gezondheidszorg.asp](http://www.minvws.nl/kamerstukken/gvm/brief_over_allochtonen_in_de_gezondheidszorg.asp)

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, advies orgaan voor parlement en regering. 1997. Advies: *Geestelijke gezondheidszorg in de 21<sup>ste</sup> eeuw*.

2001. *Interculturalisatie in de zorg, plan van aanpak*

2004. *Advies: De staat van het stelsel*.

<http://www.rvz.net/>

Robben, M. & Ham, M. van 2007. *Na ruim tien jaar worstelt zorgsector nog altijd met adequaat kwaliteitsmanagement*. In: *Kwaliteit in bedrijf*, oktober 2007

<http://www.twynstragudde.nl/pdf/Artikelen/Naruimtienjaarworsteltzorgsectornogaltijdmetadequaatkwaliteitsmanagementsysteem.pdf>

Steinhausen, H.C. & Metzke, D.W., 2001. *Global measures of impairment in children and adolescents: results from a Swiss community survey*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Volume 35 Issue 3 Page 282-286, June 2001

<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1614.2001.00901.x>

Wal, G. van der, Generaal inspecteur Inspectie voor de gezondheidszorg. 2006. *Toespraak ter gelegenheid van de presentatie van de eerste Basisset prestatie –indicatoren voor de GGZ en de verslavingszorg*. 29-11- 2006

<http://www.igz.nl/actueel/toespraken/indicatorenggz>

Weeghel, J. van (Trimbos-instituut) 2003. *Wat is GGZ voor volwassenen?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM

<http://www.nationaalkompas.nl>

## Bijlage 1 Samenvatting Basisset prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg

**(zie ook pagina 47)**

“Het onderstaande schema biedt een overzicht van de in de Basisset opgenomen prestatie-indicatoren naar soort: uitkomst, proces of structuur. Het streven is om zoveel mogelijk uitkomstindicatoren te gebruiken en alleen dan proces- of structuurindicatoren op te nemen waar geen uitkomstindicator voor handen is én de proces- of structuurindicator daadwerkelijk iets zegt over de kwaliteit van de geleverde zorg.”

Overgenomen uit: Prestatie-indicatoren Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg Basisset. Utrecht, november 2006:15,16

	<b>Uitkomst</b>	<b>Proces</b>	<b>Structuur</b>
<b>1 Effectiviteit</b>			
Preventie	1.1 Bereik preventieactiviteiten		
Behandelresultaat	1.2 Verandering ernst problematiek 1.3 Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt 1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt 1.5 Rehabilitatie 1.6 Heropnamen versus duuropnamen 1.7 Drop-out		
Bemoeizorg	1.10 Bereik zorgwekkende zorgmijders 1.11 Tijdig contact na ontslag	1.8 Somatische screening 1.9 Hanteren behandelrichtlijnen	
Continuïteit bij verandering van zorgsoort uit kliniek			
<b>2 Veiligheid</b>	2.2 Bijwerkingen van medicijnen 2.4 Dwang: – Relatief aantal en duur separaties – Cliëntoordeel separatiebeleid 2.5 Percentage suicides, gerelateerd aan instellingsgrootte 2.6 Incidenten cliëntenzorg	2.1 Risicovolle interactie tussen medicijnen 2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie	
<b>3 Cliëntgerichtheid</b>			
Toegang tot voldoende en adequaat zorgaanbod	3.1 Wachtijd tot start behandeling: – gemiddelde duur – binnen norm van ...weken 3.2 Toegang tot: – effectieve medicatie – effectieve psychosociale zorg/behandeling – de juiste gespecialiseerde zorg		
Eigen invloed	3.3 Informed consent 3.4 Keuzevrijheid 3.5 Vervulling zorgwensen 3.6 Evaluatie begeleidings- en behandelplannen 3.7 Goede samenwerking en afstemming met ketenpartner 3.8 Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten 3.9 Percentage cliënten dat een positief oordeel heeft over de woonsituatie of - omstandigheden 3.10 Adequate bejegening door hulpverleners		
Continuïteit van zorg			
Kwaliteit van leven			
Woon- en leefomstandigheden			
Communicatie en informatie			

## **Bijlage 2. Prestatie indicatoren toegepast door Agis Zorgverzekeringen**

1. Cliënt krijgt bij intake minimaal twee tijdstippen voorgelegd waarop hij zorg kan ontvangen.
2. Cliënt krijg bij iedere fase van het behandelproces de mogelijkheid een voorkeur voor een behandelaar uit te spreken.
3. Raad van Bestuur neemt adviezen van de cliëntenraad mee in overwegingen bij besluiten tot beleidsvorming.
4. In elk dossier zit een overzicht van medicatie van de cliënt. Aangekondigd is dat eisen ten aanzien van medicatieveiligheid worden uitgebouwd.
5. Aanvang en beëindiging zorg melden aan huisarts.
6. Gedurende de zorg vindt minimaal één evaluatie plaats met de cliënt over het verloop van de zorg.
7. Het behandelplan is afgestemd met andere (provinciale) zorgaanbieder.
8. Lotgenotencontact (gericht op uitwisseling van persoonlijke ervaringen).
9. Toetsing op aanwezigheid interne rapportages.



## Bijlage 3 Interviewschema

### 1. Kennis van/ bekend zijn met prestatie-indicatoren

Wat weet u er van

Hoe bent u geïnformeerd/voorlichtingsmateriaal

Wat is het doel

Hoe worden prestatie-indicatoren gebruikt/ontvangen instructies

### 2. Draagvlak

Urgentie/hoe gecommuniceerd naar andere lagen in organisatie

Duidelijk doel/nut wel of niet voor ogen

Betrokkenheid/enthousiast/niet enthousiast/weerstand, waarom

Visie op verwacht effect/resultaat

### 3. Uitvoering

Taken met betrekking tot gebruik prestatie-indicatoren

Hoeveel tijd/praktische zaken (administratieve last)

Problemen bij het gebruik/toepassen/invoeren

Zij er aanpassingen gedaan (bv. ICT), hoe zijn indicatoren vertaald naar technisch systeem

Door wie/op basis waarvan/wie is verantwoordelijk

Vult iedereen het zelfde in? Zo nee, wat zijn de verschillen? Hoe ontstaan die? Is er discussie over?

Rapportage; intern en/ of extern, hoe/ door/ aan wie en met welk doel?

Rol/functie Balanced Score Card

### 4. Resultaat

Verwachte effecten

Gerealiseerd effecten

Relatie met kwaliteitsverbetering trajecten

Aanbevelingen

Overige