

November 18, 2016



MASTER THESIS

**How can performance control be realized  
within the specialised youth care?**

**Hoe kan prestatie sturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp  
worden vormgegeven?**



Freek Mulder



**Examination Committee:**

Prof dr. J. Telgen

Dr. ir. F. Schotanus

Ir. N. Eunk, PPRC

## **Voorwoord**

Voor u ligt mijn scriptie met als hoofdvraag ‘Hoe kan prestatiesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp worden vormgegeven’. Deze scriptie is geschreven voor de gemeenten Lochem en Zutphen in het kader van mijn studie Master Health Science aan de Universiteit Twente.

Met mijn stagebegeleider Bianca Bolognese en Ceciel Lurvink is de onderzoeksvraag van deze scriptie bedacht in 2014. Het implementeren van de decentralisatie van de jeugdhulp is complex. Het anders inrichten van de jeugdhulp is mogelijk nog complexer. Op basis van prestatiesturing de jeugdhulp anders inrichten is voorgelegd aan zes zorgorganisaties. Door onder andere deze gesprekken heb ik geprobeerd de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Dankzij de inhoudelijke kennis die ik heb opgedaan gedurende dit onderzoek en door mijn stagebegeleider Bianca Bolognese ben ik ruim twee jaar werkzaam binnen verschillende regio's met als taak de inkoop van jeugdhulp te verzorgen, het voeren van het contractbeheer en management, ondersteunen van beleid en de inbedding van het geautomatiseerd en beveiligd versturen van berichten aan, facturen ontvangen van en betalingen doen aan zorgorganisaties.

Dit heeft echter geleid tot een vertraging van de afronding van mijn scriptie. De relevantie van dit onderzoek blijkt in de praktijk echter nog steeds groot, daar de meeste regio's nog bezig zijn met de afwikkeling van de transitie en in dit jaar beginnen met het vormgeven van de transformatie van de jeugdhulp. Ik hoop dat dit onderzoek een basis kan vormen voor verschillende gemeenten om te komen tot het anders inrichten van jeugdhulp waarbij meer de focus wordt gelegd op resultaat.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Freek Mulder

Winterswijk, 18 november 2016

## **Samenvatting**

Dit onderzoek is ingegaan op hoe prestatie sturing binnen de jeugdhulp kan worden vormgegeven door gemeenten. Met behulp van prestatie metingen kunnen zorgorganisaties worden beoordeeld, vergeleken, leren kennen, transparant gemaakt worden of worden afgerekend op basis van hun prestaties. De volgende onderzoeksvraag wordt daarmee beantwoord: 'Hoe kan prestatie sturing in de geïndiceerde jeugdhulp worden vormgegeven'. Met geïndiceerde jeugdhulp wordt bedoeld, niet vrij toegankelijke jeugdhulp. De focus ligt daarbij op de sectoren Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Jeugd-Licht Verstandelijk Beperkt (LVB) en Jeugd en Opvoedhulp (JOH).

Aan de hand van het service triad model en het principaal-agent probleem is het belang van prestatie sturing uiteengezet. De sturing vindt plaats op basis van vooraf bepaalde indicatoren die op de niveaus input, throughput, output en outcome geformuleerd kunnen worden. De indicatoren uit de literatuur zijn geanalyseerd en bepaald is dat de output/outcome indicatoren doelrealisatie, cliënttevredenheid, vermindering van de problematiek en vergroting van de zelfredzaamheid behoren tot de basis set. Deze set van indicatoren is ook aangeboden door Teeven en van Rijn aan het Ministerie van VWS, in 2014, om te hanteren als basis set voor de Nederlandse gemeenten.

Om de resultaten van de gekozen indicatoren te kunnen meten zijn meetinstrumenten benodigd. In totaal zijn er 21 meetinstrumenten geanalyseerd op de onderdelen zorgvorm, doel van het meetinstrument, wie vult het meetinstrument in, afnameduur en betrouwbaarheid en validiteit. Op basis van deze analyse zijn vijf meetinstrumenten geselecteerd ter ondersteuning van de vier indicatoren voor de drie zorgvormen.

Uit interviews met zeven werknemers van zes zorgorganisaties blijkt dat alle organisaties prestaties meten, echter worden er verschillende indicatoren en meetinstrumenten gehanteerd die afwijken van elkaar maar ook ten opzichte van de in dit onderzoek aanbevolen set. Op enkele kanttekeningen na staan de zorgorganisaties positief tegenover prestatie sturing, afrekenen op basis van prestaties wordt op dit moment als onhaalbaar gezien.

Advies is om de voorgestelde set van indicatoren en de instrumenten verkregen uit analyse van 27 meetinstrumenten te hanteren als basis set voor de implementatie van prestatie sturing door gemeenten. Dit draagt bij aan meer uniformering tussen gemeenten en daardoor mogelijk een minder grote druk op de administratieve lasten bij organisaties. Het voorkomt de situatie waarin een gemeente kennis dient te hebben van alle verschillende indicatoren en meetinstrumenten die organisaties hanteren. De door de organisatie gekozen indicator sluit mogelijk niet aan, aan het beleid van de gemeenten. Daarnaast zijn de gehanteerde meetinstrumenten door de geïnterviewde organisaties niet altijd valide of betrouwbaar bevonden of worden deze afgenomen door de behandelaar zelf. Het mogelijk niet bezitten van kennis over de verschillende meetinstrumenten kan leiden tot verkeerde interpretaties van de behaalde resultaten.

Doelen zullen op cliënt niveau afgesproken en beoordeeld moeten worden. Dit doet recht aan de uniekheid van een cliënt. Door het beoordelen van behaalde resultaten per cliënt, kan tijdens een termijn een organisatie worden aangesproken op deze resultaten en kan in een eerder stadium een verbeterprogramma worden opgezet dan wanneer op organisatieniveau de resultaten na een bepaalde termijn worden beoordeeld. Door het hanteren van één set van indicatoren en meetinstrumenten kunnen gemeenten organisaties leren kennen, de resultaten transparant maken en vergelijken. Dit zal het uitgangspunt moeten zijn van de eerste twee jaar om een database op te zetten. Na deze twee jaar kan er voor gekozen worden om organisaties op basis van behaalde resultaten te beoordelen en mogelijk af te rekenen. Dit leidt tot een situatie waarin prestatie metingen minder vrijblijvend worden en een cultuuromslag bewerkstelligd kan worden binnen de jeugdhulp.

Het vaststellen van een set van indicatoren en meetinstrumenten die niet gelijk zijn aan die van de organisaties kan leiden tot weerstand in de zorgmarkt. Dit kan contractueel wel worden afgedwongen. Echter is de dialoog een zachter middel om prestatie sturing te implementeren binnen de jeugdhulp door gemeenten. Dit onderzoek biedt de benodigde kennis om dit gesprek aan te gaan met organisaties.

## **Inhoudsopgave**

Voorwoord .....	1
Samenvatting .....	3
1. Inleiding .....	6
1.1    Aanleiding .....	6
1.2    Relevantie .....	9
2. Het belang van prestatiesturing .....	10
2.1    Uiteenzetting van de verschillende modellen .....	10
3. Bepalen van de indicatoren .....	17
3.1    Ontwikkelde indicatoren .....	17
4. Bepalen van de meetinstrumenten .....	21
4.1    Analyse van de meetinstrumenten .....	21
4.2    Selectie van de meetinstrumenten per zorgvorm .....	26
4.2.1    Jeugd-ggz .....	27
4.2.2    J&O .....	29
4.2.3    Jeugd-lvb .....	30
4.3    Overzicht van de gekozen meetinstrumenten .....	32
5. Afrekenen op basis van behaalde prestaties .....	34
6. Inventarisatie van prestatiesturing binnen de jeugdhulp .....	36
6.1    Hoe wordt prestatiesturing binnen de jeugdhulp en een mogelijke koppeling met een afrekeningssysteem beoordeeld? .....	37
6.2    Op welk niveau zou gemeten en/of beoordeeld/afgerekend moeten worden? .....	37
6.3    Wat wordt er op dit moment gedaan aan effectmeting? .....	38
6.4    Welke gebieden worden gemeten? .....	39
6.5    Welke gebieden zouden gemeten moeten worden? .....	40
6.6    Wat is het uiteindelijke oordeel over prestatiesturing en beoordeling of afrekenen op basis van prestaties? .....	40
7. Conclusie en discussie .....	43
9. Bijlagen .....	47
10. Referenties .....	63

## **1. Inleiding**

### **1.1 Aanleiding**

De jeugd heeft de toekomst! En onze jeugd voelt zich goed blijkt uit onderzoek van Unicef (2013). Uit het onderzoek naar het welbevinden van jeugd in ontwikkelde landen blijkt dat Nederland tot de top-5 behoort. Toch maakt 19% van de gezinnen en jeugdigen in Nederland gebruik van Jeugdhulp (Bot et al., 2013). En de jeugd is steeds meer gebruik gaan maken van de jeugdhulp. Uit onderzoek van Sadiraj, Ras, Putman en Jonker (2013) blijkt dat over de periode 2001 tot 2011 het beroep op de 2de-lijns jeugdhulp jaarlijks met 10% toenam en dat de kosten in 2007 tot en met 2009 met 20% zijn toegenomen.

Om het gebruik van voornamelijk de dure geïndiceerde jeugdhulp te verminderen heeft de regering besloten de nieuwe jeugdwet in te voeren op 1-1-2015 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2014). Hierin staat dat gemeenten voortaan verantwoordelijk zijn voor alle vormen van jeugdhulp. Deze verantwoordelijkheden lagen voor 2015 nog bij ministeries, provincies en zorgverzekeraars.

De jeugdhulp voor 2015 kenmerkte zich door een complexe financieringsstructuur. Er was sprake van 4 gescheiden financieringsbronnen: Zorgverzekering Wet (ZVW), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Provinciale middelen en Rijksmiddelen. Dit leidde niet alleen tot versnippering van de financiering maar ook van het aanbod (Heijnen, 2010). Mede door de gescheiden financiering was efficiënt werken en het optimaal inzetten van budgetten lastig. Elk systeem kende namelijk haar eigen verantwoordingsstructuur, monitoringsysteem en sturingsprincipes. Dit heeft ertoe geleid dat zorgorganisaties, medewerkers, ouders en jongeren tegen problemen aanlopen zoals lange wachttijden, te veel hulpverleners die werken met één gezin, te weinig tijd voor het uitvoeren van zorg, weinig effectieve behandelmethoden en gescheiden financieringsstromen die niet de juiste effectiviteitsprikkels afgeven (Baecke et al., 2009).

Het idee achter de nieuwe jeugdwet is dat de groeiende vraag is terug te dringen met behulp van de inzet van burgers, het uitgaan van eigen kracht van de gezinnen en door meer focus op preventie en de 1ste-lijns zorg (Yperen, Bakker, de Wilde, 2013). De verwachting is dat gemeenten beter kunnen inspelen op de behoeften van de cliënt, waar ze dichterbij staan dan de financiers voor 2015. Ze moeten dit beleid echter uitvoeren met in 2015, 2016 en 2017 een jaarlijkse structurele korting van 5% op het budget (VNG, Factsheet “de kortingen op de decentralisatie jeugdhulp 2015”).

De inefficiënte inrichting van de jeugdhulp van voor 2015 leidt tot problemen. Vanuit dit oogpunt wordt daarom in deze scriptie gekeken naar een andere manier om sturing te geven aan de jeugdhulp. Dit onderzoek richt zich op het vormgeven van output-sturing of prestatiebesturing binnen de jeugdhulp voor de gemeenten Lochem en Zutphen. Dit met als doel de jeugdhulp anders in te richten dan dat het nu het geval is.

Bij inputsturing wordt gestuurd op budget of volume, het gaat om het voldoen aan de vooraf gestelde voorwaarden, inputsturing is aanbodgericht en heeft de prikkel in zich om meer productie te genereren. Een verhoging van de kosten door een toename van het aantal cliënten, of het inzetten van meer zorg per cliënt is hier het eerste zichtbare gevolg van. Het verhogen van de productie levert de zorgorganisatie direct meer budget op (van de Gevel, 2013).

Bij outputsturing gaat het om de prestaties die zorgorganisaties geleverd hebben (Deloitte, 2010). Aan de hand van de prestaties kunnen zorgorganisaties onderscheiden en mogelijk afgerekend worden en wordt, bij consequente toepassing, de prikkel om efficiënter en effectiever te werken groter. Een vereiste is echter wel dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over de resultaten van de zorgverlening om onder-behandeling of selectie van cliënten te voorkomen. Voorwaarde daarbij is dat de gebruikte indicatoren de kwaliteit en prestatie daadwerkelijk meten en daarmee beïnvloedbaar zijn door de zorgorganisaties, dat ze uniform gehanteerd kunnen worden en dat ze duidelijk zijn (van Yperen, 2012).

Van Yperen (2012) stelt dat door het opstellen van doelen en succesfactoren gekomen kan worden tot een meer effectieve zorg. Indicatoren en meetinstrumenten kunnen gebruikt worden om de effecten van de zorg te meten en te beoordelen. De zorgverzekeraars en zorgkantoren die de uitvoering van de ZVW en de AWBZ tot hun takenpakket hadden, hebben aangegeven dat de financiële kaders (budgetplafonds) als sturingsmiddel worden gehanteerd omdat het meten en verantwoorden van prestaties moeilijk is vanwege de complexiteit van zorg en definitieproblemen. Daarnaast blijkt dat professionals gegevens vergeten te registreren, het belang van een goede verantwoording niet inzien of angst hebben voor de financiële gevolgen van het administreren van de bereikte resultaten (Van den Gevel, 2013).

Dit kan worden verklaard door het feit dat doelen en daaruit afgeleide indicatoren vanuit het management of op hogere niveaus worden bepaald, maar worden uitgevoerd door de zorgverleners die zich minder betrokken voelen bij de gestelde doelen (van Yperen, 2012). Er is weinig aansluiting tussen de belangen van alle betrokkenen, die daardoor tegengesteld kunnen zijn.

In dit onderzoek wordt gezocht naar een manier om te komen tot een verantwoorde invoering van prestatiesturing. Prestatiemeting is daarbij geen doel, maar een middel om te komen tot een meer effectieve en kwalitatief betere zorg. Voor gemeenten die overwegen om prestatiesturing te gaan hanteren voor de jeugdhulp zal deze scriptie houvast moeten bieden voor een verantwoorde invoering. De hoofdvraag die daarom beantwoord wordt is:

**‘Hoe kan prestatiesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp worden vormgegeven’**

Deelvragen die onderscheiden worden zijn de volgende:

1. Wat is het belang van prestatiesturing?
2. Welke indicatoren kunnen worden gehanteerd door de gemeenten?
3. Welke meetinstrumenten kunnen worden gehanteerd door de gemeenten ter ondersteuning van deze indicatoren?
4. Wat zijn de mogelijkheden van prestatiesturing gekoppeld aan een vorm van afrekenen of belonen
5. Hoe kan volgens zorgorganisaties prestatiesturing worden vormgegeven?

Vanuit de gemeenten Lochem en Zutphen is bepaald dat deze scriptie zich richt op de geïndiceerde jeugdhulp. Dit is jeugdhulp waarvoor een indicatie moet worden afgegeven. Deze zorg is niet vrij toegankelijk. Onder de geïndiceerde jeugdhulp vallen meerdere soorten jeugdhulp, namelijk:

- Jeugd- en opvoedhulp (j&o)
- Jeugd geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz)
- Jeugd licht verstandelijk beperkt (jeugd-lvb)
- Jeugdbescherming
- Jeugdreclassering
- Jeugdhulp Plus

Dit onderzoek richt zich op de eerste 3 vormen van jeugdhulp: j&o, jeugd-ggz en jeugd-lvb omdat, volgens de gemeenten Lochem en Zutphen, de meeste cliënten in deze zorgsectoren hulp ontvangen

Door het beantwoorden van de deelvragen moet duidelijk worden wat de mogelijkheden zijn van prestatiesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp en hoe dit kan worden vormgegeven. Het handboek prestatiemeting van NICIS (2010) kent vijf sturingsvormen op basis van behaalde resultaten, namelijk:

1. Organisaties beoordelen
2. Organisaties vergelijken
3. Organisaties leren kennen
4. Vergroten van de transparantie over de behaalde resultaten door organisaties
5. Organisaties (financieel) afrekenen

De focus van dit onderzoek ligt op prestatiemeting en de mogelijkheden om op basis van de behaalde resultaten te sturen. De verschillende bekostigingsmodellen, waarin een vorm van prestatiesturing verwerkt kan worden, vallen buiten de scope van dit onderzoek. Prestatiesturing vindt plaats tussen de gemeenten en de betreffende aanbieder. Sturing op basis van behaalde resultaten kan worden vastgelegd in een contract tussen gemeente en de aanbieder, dit zegt echter niets over de manier waarop zorg bekostigd wordt.



In dit onderzoek zal een set van indicatoren en meetinstrumenten, die kunnen worden gehanteerd ter ondersteuning van deze indicatoren, worden gepresenteerd. Op basis van deze set zouden aanbieders kunnen worden beoordeeld, vergeleken, leren kennen en kunnen de verrichtingen binnen de zorgorganisaties meer transparant worden gemaakt. Ook wordt weergegeven hoe aanbieders op basis van prestaties mogelijk kunnen worden afgerekend. Er worden verschillende vormen van afrekenen op basis van prestaties onderzocht.

In interviews met zorgorganisaties zal worden ingegaan op de gehanteerde meetgebieden/indicatoren door de organisatie, gehanteerde meetinstrumenten, mogelijkheden van beoordelen en afrekenen op basis van prestaties en de meetgebieden die de geïnterviewden zelf relevant achten. Zo wordt een beeld verkregen over wat jeugdhulporganisaties op dit moment zelf aan prestatie metingen verrichten, hoe dit wordt gebruikt, welke gebieden en meetinstrumenten worden gehanteerd en hoe dit zou kunnen worden vormgegeven door gemeenten.

## **1.2 Relevantie**

Zoals in de inleiding is vermeld hebben gemeenten per 1-1-2015 de verantwoordelijkheid om de jeugdhulp vorm te geven. Gemeenten beschikken over relatief weinig kennis op het gebied van jeugdhulp, ze zullen moeten groeien in deze rol. Naast het feit dat het een nieuw takenpakket betreft, zal het ook moeten worden uitgevoerd voor minder geld. Prestatiesturing is een methode die mogelijk kan leiden tot kwalitatief betere zorg voor hetzelfde of wellicht minder geld (Pearson, 2011). Het beantwoorden van de hoofdvraag in dit onderzoek zou dit kennisvraagstuk kunnen beantwoorden. Het richt zich op deze onbekende situatie.

Er is naar een toepassing van prestatiesturing binnen de jeugdhulp in Nederland weinig onderzoek gedaan. Deze scriptie zal trachten door gebruik te maken van diverse studies op deelvlakken een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van theoretische kaders voor prestatiesturing in de jeugdhulp. Dit ter ondersteuning van gemeenten bij het vormgeven van hun jeugdhulp

Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor de gemeenten Zutphen en Lochem, maar kan relevant zijn voor alle gemeenten in Nederland. Net als andere gemeenten bevinden ook zij zich op het nieuwe speelveld van de jeugdhulp. In beleidsstukken van betreffende gemeenten komt naar voren dat de gemeente wil sturen op budget, maar nog liever op kwaliteit (Kadernotitie Jeugd regio Midden IJssel/Oost Veluwe, 2014). Hoe prestatiesturing kan worden vormgegeven is echter niet onderzocht.

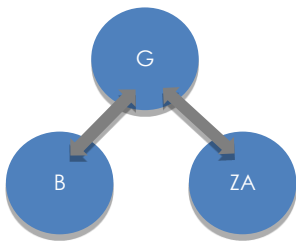
## 2. Het belang van prestatiesturing

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste deelvraag van dit onderzoek. Deze vraag zal in dit deel worden beantwoord aan de hand van het ‘service triad’ model, het agent-principaal probleem en het input-throughput-output-outcome model. Deze theorieën onderschrijven het belang van prestatiesturing als middel om te komen tot een meer effectieve en efficiënte jeugdhulp. Ook geeft het weer op welke niveaus gestuurd kan worden. Daar waar de jeugdhulp gefinancierd wordt met publieke middelen is het van belang om te kunnen bepalen waar deze middelen het meest optimaal ingezet kunnen worden om een zo groot mogelijk maatschappelijk effect te realiseren (Handboek prestatiemeting Nicis, 2010).

### 2.1 Uiteenzetting van de verschillende modellen

Bij de geïndiceerde jeugdhulp worden drie partijen onderscheiden die verantwoordelijk zijn voor de sturing, levering en gebruik van de dienstverlening. Dit zijn de gemeenten, de zorgorganisaties en de cliënten (en hun gezinnen). De doelstelling van de decentralisatie van de Rijkstaken naar de gemeenten beoogt een transformatie die alle betrokken partijen zal raken. Deze structuur waarin drie partijen met onderling verschillende relaties en belangen aanwezig zijn en waarin ook een koper en aanbieder relatie aanwezig is, komt overeen met in de literatuur beschreven service triad of dienst triade (Li & Choi, 2009). Een dienst triade kan meerdere fasen doorlopen. Li & Choi (2009) beschrijven vier fasen die kunnen worden uitgelegd aan de hand van de decentralisatie van de jeugdhulp.

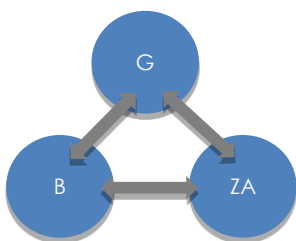
*Figuur 1: Triads in services outsourcing: Bridge, bridge decay and bridge transfer. Li & Choi, 2009.*



In fase 1, figuur 1, hebben de gemeenten contracten gesloten met de zorgorganisaties. Daarnaast hebben gemeenten contact met hun burgers. Haar burgers zijn tot op heden gezond en hebben geen relatie met de zorgorganisaties. De gemeente vormt, zoals Burt (2000) dit beschrijft, de brug over het structurele gat tussen de burger en de zorgorganisaties. De gemeenten nemen een centrale positie in binnen het proces.

Het voordeel van deze positie is dat gemeenten informatie ontvangen van beide partijen. Gemeenten kunnen deze informatie filteren bij verstrekking van informatie aan één van de partijen. Op deze manier controleert en stuurt de gemeente het proces (Burt, 2000). De prominente plek die de gemeente inneemt ten opzichte van de zorgorganisaties kan tijdens verschillende fasen, bijvoorbeeld het inkoopproces, voordelen opleveren.

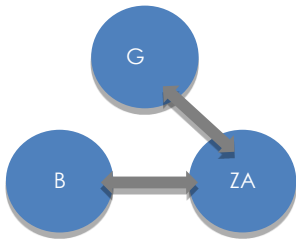
*Figuur 2: Triads in services outsourcing: Bridge, bridge decay and bridge transfer. Li & Choi, 2009.*



In fase 2, figuur 2, heeft een kind van de gemeente een probleem dat ingewikkeld genoeg is om toegelaten te worden tot de geïndiceerde jeugdhulp. De gemeente verwijst het kind naar de zorgorganisatie. Deze twee partijen hebben nu direct contact en zijn niet meer afhankelijk van de gemeente waarmee het

structurele gat verdwijnt. De cliënt en de zorgorganisatie wisselen nu ook informatie uit en de gemeente zal na verloop van tijd haar prominente rol verliezen als brug. Zij heeft geen controle over de informatiestroom tussen de cliënt en de zorgorganisatie (Burt, 2000).

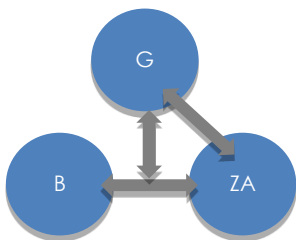
*Figuur 3: Triads in services outsourcing: Bridge, bridge decay and bridge transfer. Li & Choi, 2009.*



Fase 3, figuur 3, kan het gevolg zijn van een intensief en direct contact tussen de zorgorganisatie en de cliënt en het steeds minder wordende contact tussen de cliënt en gemeente. De directe relatie tussen de gemeente en de cliënt verdwijnt en de zorgorganisatie komt in de brug positie. De zorgorganisatie is nu de partij met de voordelen die Burt (2000) beschrijft.

De gemeente neemt een perifere rol in binnen de dienst triade (Peng, Lin, Martinez en Yu, 2010). Ze staat buitenspel en dit houdt in dat de zorgorganisatie de controle binnen het proces heeft (van Weele en van der Valk, 2010).

*Figuur 4: Triads in services outsourcing: Bridge, bridge decay and bridge transfer. Li & Choi, 2009.*



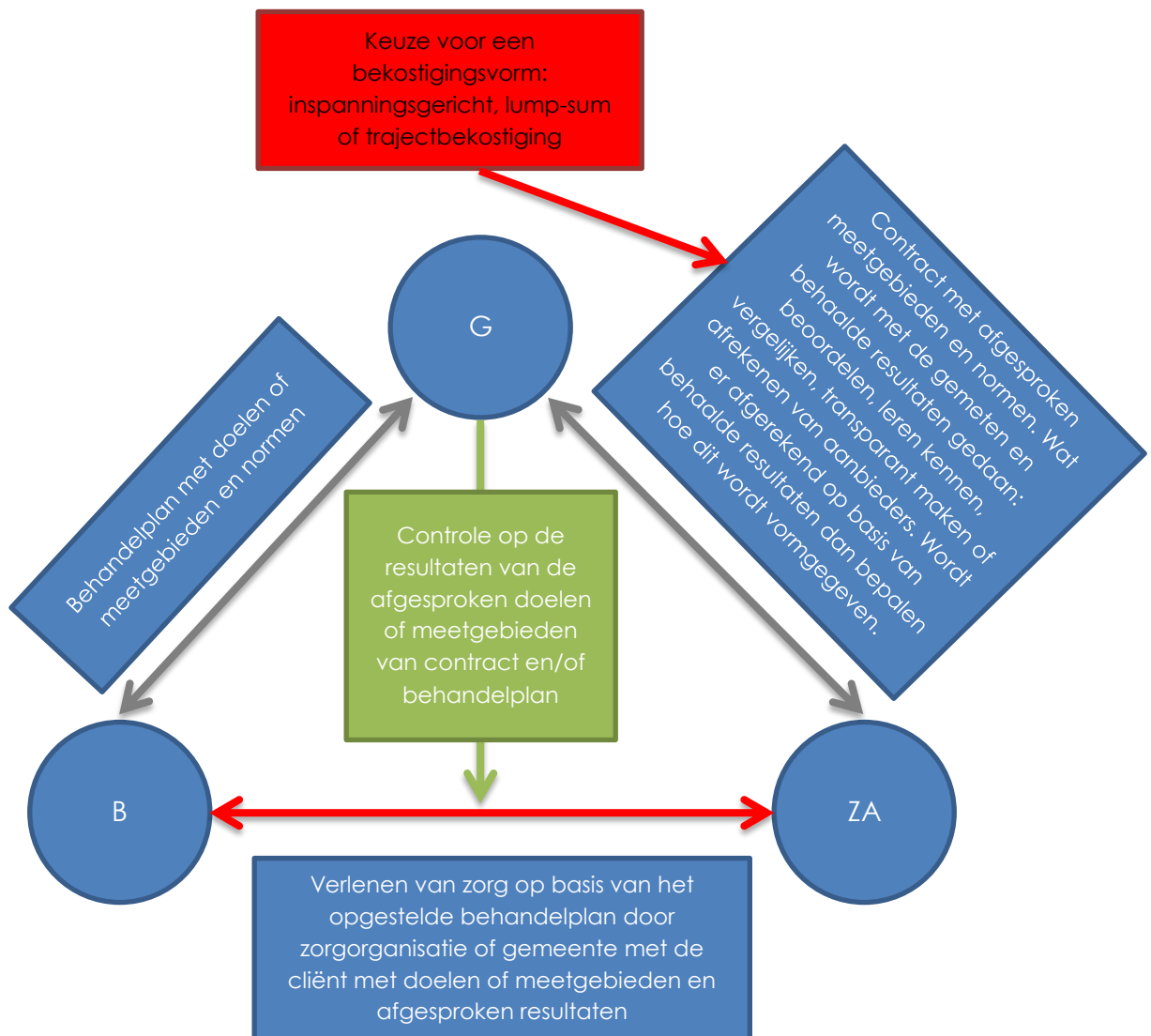
Om fase 3 te voorkomen, waarin zorgorganisaties de brugpositie bezetten, hebben Li & Choi (2009) een vierde fase beschreven als oplossing voor fase 3. Zie figuur 4. Zij stellen dat de gemeente een vorm van controle moet hebben op de zorgorganisatie en op de relatie tussen de cliënt en de zorgorganisatie. Op deze manier is de gemeente niet afhankelijk van de zorgorganisatie over het verkrijgen van informatie.

Dit toont aan dat controle of sturing op de relatie tussen cliënt en zorgorganisatie bijdraagt aan het beheersen van het proces. De controle of sturing in dit onderzoek richt zich op de controle van de behaalde resultaten door de zorgorganisatie. Gemeenten kunnen zorgorganisaties hierop aanspreken en het draagt bij aan het vergaren van informatie over de verschillende zorgorganisaties die, voor de gemeenten, vaak nieuwe partijen zijn. Op deze manier kunnen gemeenten hun aanbieders beoordelen, vergelijken, leren kennen en mogelijk afrekenen. Daarnaast leidt het ook tot het transparant maken van de doelmatigheid van de geleverde zorg afgezet tegen de ingezette middelen.

Figuur 5 toont de sturing of controle aan op de relatie tussen de cliënt en zorgorganisatie. De output of outcome die geleverd dient te worden door een aanbieder kan volgen uit bijvoorbeeld een behandelplan opgesteld tussen de gemeente en de cliënt of aanbieder en cliënt. Echter zouden ook in de contractafspraken gebieden waarop gemeten wordt met daarin een norm per meetgebied kunnen worden vastgelegd. Hieraan zou een afrekenings- of beloningsmethodiek gekoppeld kunnen worden. Welke vormen van afrekenen of beloningen

toegepast kunnen worden, wordt uitgewerkt in hoofdstuk 6. De bekostigingsvorm die een gemeente dient te kiezen ligt, zoals reeds vermeld, buiten de scope van dit onderzoek.

*Figuur 5:*



Het meten van de behaalde resultaten door de zorgorganisatie bij de cliënt vermijdt het optreden van het principaal-agent probleem in de dienst triade. Het agent-principaal probleem treedt op in de relatie tussen de gemeente en de zorgorganisatie. De agent is in dit geval de zorgorganisatie en de principaal de gemeente. Het agent probleem is gestoeld op twee factoren waarvan sprake is binnen de decentralisatie:

1. er is sprake van informatie asymmetrie (Eisenhardt, 1989).
2. de doelen van de principaal en agent zijn niet gelijk of conflicterend.

Het agent-principaal probleem speelt voornamelijk binnen fase drie in de dienst triade. Dit is een gevolg van een bezetting van de brugpositie door zorgorganisaties zonder een vorm van controle vanuit de gemeenten. De informatie asymmetrie leidt tot een situatie waarin het lastig

of kostbaar is voor de gemeente (principaal) om te bepalen wat de zorgorganisatie (agent) daadwerkelijk aan resultaten behaald doordat de gemeente niet over de kennis beschikt die de zorgorganisatie wel heeft.

Daarnaast is het mogelijk dat beide partijen niet alleen gemeenschappelijke doelen hebben. Een zorgorganisatie moet voldoende omzet genereren om te kunnen blijven voortbestaan. De gemeente daarentegen wil dat de zorgorganisatie zo doelmatig, effectief en efficiënt mogelijk zorg verleend waardoor een kostenbesparing kan worden gerealiseerd. Dit betekent voor de gemeente dat de zorgorganisatie zo min mogelijk kosten maakt tegen een maximaal resultaat. Echter weegt het eigenbelang zwaarder dan het belang van anderen (Choi en Zhaohui, 2009). In fase drie hebben zorgorganisaties de meeste macht om hun eigenbelang uit te voeren.

Uit het onderzoek van Ouchi (1979), die het principaal-agent probleem bekijkt vanuit een andere hoek, de organizational control, blijkt dat prestatiesturing beide problemen voortkomend uit de principaal-agent relatie zou kunnen voorkomen. Ouchi (1979) heeft een tabel ontwikkeld waardoor bepaald kan worden welke vorm van controle het best past binnen de relatie. Zie tabel 1.

Tabel 1: A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. Ouchi, 1979.

Conditie om te kiezen voor gedrag- of outputcontrole		Kennis van het gedrag- of transformatieproces	
		Perfect	Imperfect
mogelijkheid tot het meten van de output	hoog	gedrag of output	output
	laag	gedrag	geen controle

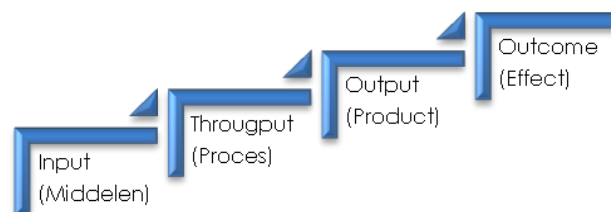
Ouchi (1979) stelt dat wanneer de mogelijkheid tot het meten van de output van een persoon hoog is, maar de kennis over het proces (gedrag) ontoereikend is, een outputcontrole mechanisme kan worden gehanteerd. Dit is relevant voor het vraagstuk van dit onderzoek aangezien onbekend is wat het juiste gedrag moet zijn van de zorgprofessional voor het maximaliseren van het resultaat. Het sturen op prestaties van de zorgorganisatie dient als controlemechanisme om de onwenselijke uitingen van conflicterende doelen en informatie asymmetrie tegen te gaan. Gemeenten hebben vaak minder kennis over de diagnose of zorg voor een cliënt dan een zorgorganisatie, die kennis is dus imperfect. De mate waarin het effect van de dienstverlening op de cliënt door de ontwikkelde meetinstrumenten bepaald kan worden, bepaalt de haalbaarheid van prestatiesturing (Ouchi, 1979).

Eisenhardt (1985) stelt dit ook in haar onderzoek. Het meten van bepaalde aspecten van zorg kan door middel van het ontwikkelen van indicatoren en het gebruiken van meetinstrumenten. Een voorwaarde is dan wel dat zorgaanbieders invloed hebben op de behaalde prestaties. Dit is wat wordt beoogd door de gemeenten Lochem en Zutphen. Hierbij is draagvlak bij beide partijen een voorwaarde. De prestaties zullen goed gedefinieerd moeten worden en het zal duidelijk moeten zijn wat de gewenste output voor de te leveren prestatie is (Roerink, 2013).

Daar waar dit onderzoek zich richt op prestatie sturing (output/outcome sturing) blijkt dat er echter ook andere niveaus zijn waarop gestuurd kan worden. Alexsson en Wynstra (2002) onderscheiden vier niveaus waarop gestuurd kan worden, zie figuur 6. In dit geval is dat zorg voor een jeugdige. De vier niveaus die beschreven worden zijn:

- Input: wat moet de zorgorganisatie leveren? Hierbij gaat het om de middelen die in het proces worden gebruikt. Aangegeven wordt hoeveel geld er beschikbaar is, of het aantal uren die mogen worden ingezet voor het leveren van de zorg. Er wordt niet gecontroleerd op kwaliteit maar op het aantal gebudgetteerde euro's of uren voor een traject.
- Throughput: wat moet de zorg inhouden? Dit zijn de activiteiten, de interne werkprocessen, die in de organisatie worden uitgevoerd. Hier gaat het om hoe de zorg wordt verleend, zoals welke handelingen verricht moeten worden. Er zal gecontroleerd worden of de aanbieder de juiste soort van behandeling of zorg heeft verleend.
- Output: wat is het resultaat van de zorg? De output geeft de uitkomsten van de zorg weer. Dus in hoeverre zijn gestelde doelen behaald. Een voorbeeld kan zijn dat de cliënt weer thuis kan wonen
- Outcome: wat is het effect van de zorg? De outcome geeft weer welk effect het proces heeft gehad. Het gaat hier om de uiteindelijke resultaten die het gevolg zijn van de zorg. Bijvoorbeeld doordat de cliënt thuis woont participeert het ook weer in de samenleving.

*Figuur 6: input, throughput, output, outcome*



De genoemde niveaus kunnen worden gezien als een trap met daarbij outcome op het hoogste niveau. Meetbare doelstellingen kunnen geformuleerd worden op het niveau van output (output-indicator) en outcome (outcome-indicator). Omdat deze twee soorten indicatoren dicht bij elkaar liggen worden deze samengevat als prestatie indicatoren in dit onderzoek.

Het formuleren en meten van indicatoren op dat niveau is complex terwijl het formuleren van indicatoren en meten op voornamelijk input en in dit geval mindere mate op throughput eenvoudiger is. Lukt het niet om indicatoren te formuleren op output of outcome niveau dan kan teruggegaan worden naar een lager niveau als throughput en input (Alexsson en Wynstra, 2002).

Het belang van prestatie sturing voor gemeenten is in dit hoofdstuk uiteengezet. Op basis van de behaalde resultaten kunnen organisaties worden:

1. Beoordeeld: een oordeel vellen over het functioneren van een organisatie op basis van de geleverde prestaties.
2. Vergeleken: de prestaties vergelijken met soortgelijke organisaties of buitenlandse equivalenten (benchmarken)
3. Leren kennen: inzicht krijgen in de verbetermogelijkheden van de organisatie
4. Transparant maken: verantwoording afleggen over de prestaties van de organisatie en over hoe publieke middelen zijn besteed.
5. Afgererekend: de meting gebruiken om een organisatie er (financieel) op af te rekenen (Handboek prestatiemeting Nicis, 2010).

Van Yperen en van Berg, (2012) pleiten, in hun onderzoek voor het Nederlands Jeugdinstituut, om prestatie indicatoren niet te gebruiken als middel om zorgorganisaties af te rekenen maar om te komen tot een kwaliteitsverbetering proces. Dit zou betekenen dat de indicatoren worden gebruikt om zorgorganisaties te beoordelen, leren kennen, transparant maken en als dit mogelijk is te vergelijken. Van Yperen (2012) merkt ook op dat er kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij prestatiesturing en het blind afgaan op de behaalde resultaten. Voor een meer uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar het onderzoek van van Yperen (2012). Zijn kanttekeningen worden hieronder kort weergegeven:

- Prestatiemetingen kunnen leiden tot meer bureaucratie, hetgeen zorgprofessionals kan vervreemden van hun vak. Gepleit wordt daarom voor een kleine set van indicatoren en meetinstrumenten.
- De verkregen informatie wordt te weinig gebruikt.
- Het afrekenen van behaalde resultaten kan leiden tot een cultuur die de ondernemingszin en innovatie kan remmen.
- Moeilijke cliëntgroepen worden mogelijk genegeerd omdat deze groep een negatief effect kan hebben op de prestatiecijfers.
- Cijfers op basis van indicatoren binnen de zorg hebben een lage zekerheidsgraad. Cijfers moeten beschouwd worden als indicaties van kwaliteit.
- De cijfers moeten niet geïsoleerd worden beoordeeld. Het is van belang te kijken naar de context waarin een zorgorganisatie zorg verleent, bijvoorbeeld het soort cliënt waaraan een zorgorganisatie vaak zorg verleent.

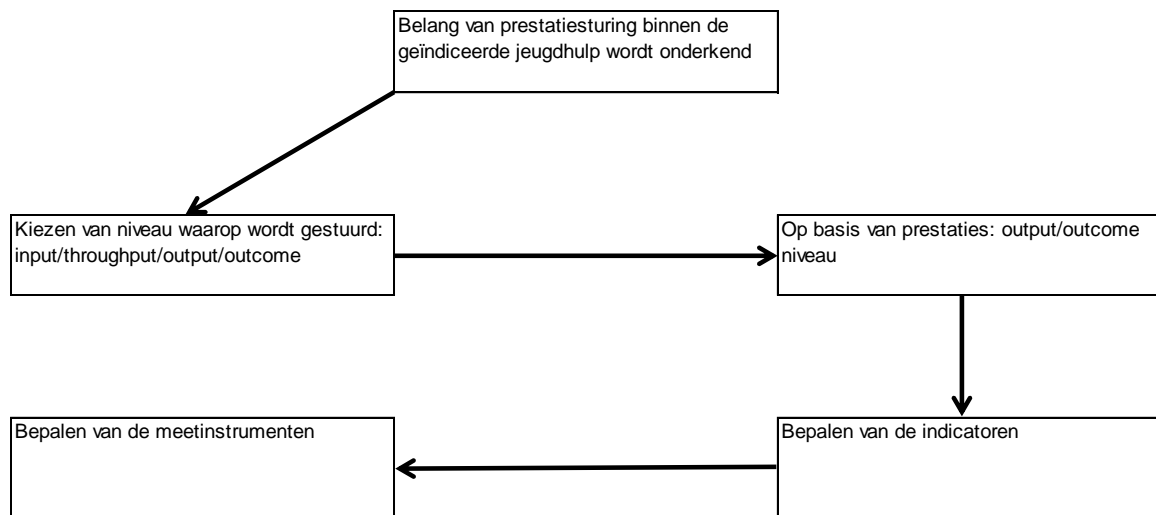
Er kunnen natuurlijk ook kanttekeningen worden geplaatst bij de conclusies van van Yperen. Zo geeft van Yperen aan dat verkregen informatie te weinig wordt gebruikt. Er zal kritisch moeten worden gekeken welke indicatoren worden gehanteerd en wat er met de vergaarde informatie wordt gedaan. Zoals genoemd moet prestatiesturing geen doel zijn, het is een middel om te komen tot een gewenst resultaat. Het is van belang dat duidelijk is wat het beoogde resultaat is en wat prestatiesturing daaraan kan bijdragen. Dat cijfers slechts een indicatie zijn van de kwaliteit sluit hierbij aan. Een indicatie van kwaliteit is echter meer informatie dan gemeenten op dit moment vaak hebben over de resultaten die een zorgorganisatie levert op een, op dit moment, door de zorgorganisatie zelf bepaalde indicator.

Ook wordt aangegeven dat het afrekenen op basis van prestaties kan leiden tot een cultuur die de ondernemingszin en innovatie kan remmen. Dit is sterk afhankelijk van de manier van afrekenen en de bekostigingsvorm. Er kan budget beschikbaar worden gesteld om een pilot te starten om een deel van de zorg te financieren op basis van resultaat. Het is ook denkbaar dat wanneer een aanbieder wordt afgerekend op basis van resultaat aan de hand van een trajectprijs, dit juist een prikkel vormt om te gaan innoveren om zo een beter resultaat te bewerkstelligen tegen wellicht een lagere prijs. In dat geval stijgt de winstmarge van een aanbieder over een vooraf bepaalde trajectprijs.

Negeren van moeilijke cliëntgroepen is niet mogelijk, daar de cliënt keuzevrijheid heeft en dus elke aanbieder kan kiezen die het betreffende probleem kan behandelen (Kadernotitie Jeugd regio Midden IJssel/Oost Veluwe, 2014). Kan de cliënt geen keuze maken dan zal de gemeente een aanbieder kiezen voor de cliënt. Daar de gemeente opdrachtgever is en beleid heeft uitgeschreven met betrekking tot de verwijzing van cliënten aan opdrachtnemer kan een plaatsing afgedwongen worden bij een aanbieder.

In de volgende hoofdstukken zal worden ingegaan op de selectie van indicatoren en meetinstrumenten. Daaropvolgend wordt ingegaan op het afrekenen of belonen van zorgorganisaties op basis van prestaties. Zo kan gekomen worden tot het volgende model dat het proces weergeeft hoe gekomen kan worden tot prestatiebesturing, zie figuur 7.

*Figuur 7:*





### 3. Bepalen van de indicatoren

Dit hoofdstuk gaat in op prestatie indicatoren die de basis vormen voor prestatiesturing. Er wordt een overzicht gegeven van de beschikbare indicatoren die op dit moment toegepast worden binnen de jeugdhulp. Uit deze set van beschikbare indicatoren zal een selectie worden gemaakt van indicatoren die gemeenten kunnen hanteren voor de implementatie van prestatiesturing.

De indicatoren zijn gevonden op basis van de volgende zoektermen in Google: ‘‘indicatoren jeugdhulp’’, ‘prestatie indicatoren jeugdhulp’’, ‘‘indicatoren jeugdhulp pdf’’ en ‘prestatie indicatoren pdf’’. Uit het gebruik van de eerste twee zoektermen volgden veel sites die gaan over prestatie indicatoren in de jeugdhulp. Deze waren echter niet relevant omdat geen onderzoek aan deze informatie ten grondslag lag. De zoektermen ‘‘indicatoren jeugdhulp pdf’’ en ‘prestatie indicatoren jeugdhulp pdf’’ leverden veel onderzoeken op. Veelal waren dit kleinschalige onderzoeken van gemeenten of regio’s. Deze zijn om deze reden gelezen maar niet verwerkt in dit onderzoek. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van grootschalige of landelijke onderzoeken naar een set van indicatoren, getoetst onder verschillende stakeholders zoals gemeenten en grote zorgorganisaties.

#### 3.1 Ontwikkelde indicatoren

Om niet op dezelfde voet verder te gaan en doelmatigheid en kwaliteit een intrede te laten doen zijn indicatoren een middel om dit te bewerkstelligen. Van Yperen (2012) definieert een indicator als volgt: *‘Een prestatie-indicator is een meetlat om de kwaliteit van de zorg- of dienstverlening op een aspect zichtbaar te maken’*. Dit betekent dat de gemeente meet hoe de zorgorganisatie presteert op de geselecteerde indicatoren en hierover afspraken maakt.

Er zijn al enkele prestatie indicatoren ontwikkeld. Zo heeft het Interprovinciaal Overleg (IPO) in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut in 2006 al indicatoren ontwikkeld voor de provinciale jeugdhulp en de Bureaus Jeugdhulp (Interprovinciaal Overleg, 2006).

Ook Deloitte heeft in 2010 een set indicatoren ontwikkeld om de doelmatigheid en effectiviteit van het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) te beoordelen. De geformuleerde indicatoren kunnen ook gehanteerd worden voor andere zorgvormen en om zorgorganisaties te toetsen. De indicatoren komen voor een deel overeen met die van het IPO. Deloitte betreft echter niet alleen de cliënt maar ook het gezin bij de beoordeling (Deloitte, 2010).

In 2013 heeft Roerink een Quick Scan naar de mogelijkheden van en draagvlak voor prestatie indicatoren gemaakt in opdracht van de Directie Jeugd van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarin wordt door de respondenten gepleit voor een minimale set van indicatoren waar cliënttevredenheid, afname of stabiliteit van de problematiek en/of toegenomen zelfredzaamheid en doelrealisatie de meest genoemde prestatie indicatoren zijn. Daarnaast werd ook gepleit voor een introductie op landelijk niveau zodat niet elke gemeente of regio andere prestatie indicatoren opstelt waardoor een mogelijke verhoging van de bureaucratie wordt vermeden (Roerink, 2013).

In het onderzoek van Roerink (2013) wordt ook aangegeven dat deze indicatoren en mogelijke meetinstrumenten Jeugdhulp breed ingezet kunnen worden maar dat wel rekening gehouden moet worden met de verschillende sectoren binnen de jeugdhulp, dit geldt voornamelijk voor de toe te passen meetinstrumenten. Bij het selecteren van de meetinstrumenten in het volgende hoofdstuk zal dit onderscheid worden gemaakt tussen j&o, jeugd-ggz en jeugd-lvb.

In een onderzoek van van Yperen, de Wilde en Keuzenkamp (2014) uitgevoerd voor de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Ministerie van Veiligheid en Justitie (V en J) kwamen deze drie indicatoren ook terug. Hun keuze voor deze 3 indicatoren volgde na een systematische review van onderzoeken naar prestatie indicatoren binnen de jeugdhulp. Daarnaast volgde uit hun onderzoek ook de indicator ‘uitval van de cliënt’.

Tabel 2 geeft overzichtelijk de genoemde indicatoren uit de verschillende onderzoeken weer.

Tabel 2: overzicht van indicatoren voortgekomen uit de onderzoeken

Doel	Indicator	Soort indicator	Onderzoek			
			IPO	Deloitte	Roerink	Yperen et al.
De hulpvragen van de cliënt zijn beantwoord	Doelrealisatie per einddoel	Output/Outcome	√		√	√
	Cliënttevredenheid	Output/Outcome	√	√	√	√
	Reden beëindiging hulp/uitval	Output/Outcome	√			√
De autonomie van de cliënt is versterkt	Vermindering problematiek en/of tegenomen zelfredzaamheid	Output/Outcome	√	√	√	√
	Herhaald beroep op hulp	Output/Outcome	√			
	Zwaarte vervolghulp	Output/Outcome	√			
De veiligheid van de cliënt is hersteld	Reden beëindiging beschermingsmaatregel	Output/Outcome	√			
	Uitblijven van nieuwe beschermingsmaatregel	Output/Outcome	√			
De jeugdige vormt geen bedreiging voor de Proces afspraken	Reden beëindiging jeugdreclassering	Output/Outcome	√			
	Uitblijven van recidieven	Output/Outcome	√			
	Samenwerkings-afspraken in de keten moeten optimaal georganiseerd zijn	Throughput		√		
	Samenwerkings-voorwaarden in de keten moeten optimaal zijn	Throughput		√		
	Eerste contact gepland binnen 8 volle werkdagen	Throughput		√		
	Een nader te bepalen % van de lopende behandelingen wordt binnen de norm van een programma doorlopen	Throughput		√		
Inzet middelen	Traject kost niet meer dan nodig	Input		√		
	Het vermijden van wachtlijsten	Input		√		

Gezien wordt dat doelrealisatie, cliënttevredenheid, vermindering problematiek en/of toegenomen zelfredzaamheid de meest genoemde prestatie indicatoren zijn. De indicator ‘reden beëindiging hulp/uitval’ wordt in mindere mate genoemd en is een indicator die opgenomen kan worden maar die hier niet een aparte uitwerking behoeft. Aan het antwoord liggen geen metingen ten grondslag, een korte toelichting op deze indicator vanuit de zorgorganisatie is voldoende. Daarom zal op basis van tabel twee gekozen worden voor de volgende indicatoren:

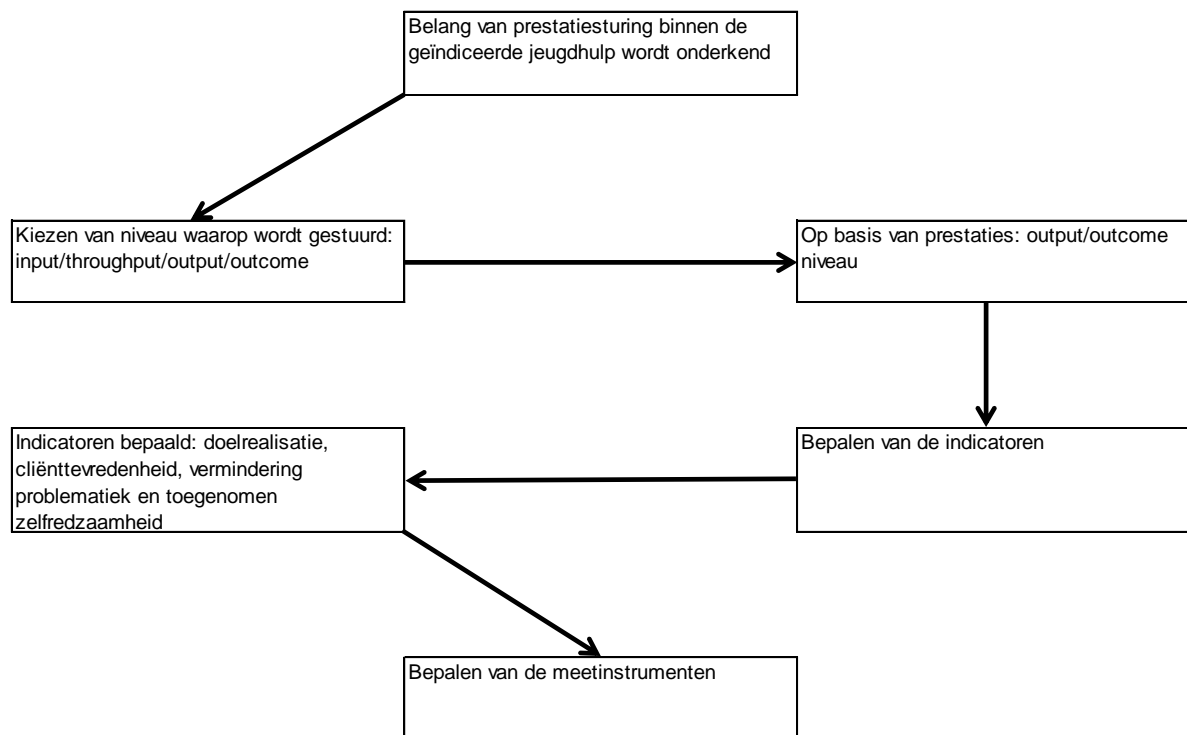
1. Doelrealisatie
2. Cliënttevredenheid
3. Vermindering van problematiek
4. Toegenomen zelfredzaamheid

Deze set van indicatoren is ook aangeboden door Teeven en van Rijn aan het Ministerie van VWS, in 2014, om te hanteren als basisset voor de Nederlandse gemeenten. Daarmee gaven Teeven en van Rijn uitvoering aan de motie van de leden Van der Burg en Ypma om een gezamenlijke set van outcome criteria voor jeugdhulp te publiceren (van Rijn en Teeven, 2014).

De indicator vermindering van problematiek en/of toegenomen zelfredzaamheid wordt in dit onderzoek uit elkaar gehaald. Reden hiervoor is dat de vermindering van problematiek niet hoeft te leiden tot een vergrote zelfredzaamheid en andersom. Er hoeft geen verband te zijn tussen deze twee indicatoren. Daarnaast kunnen ze op verschillende manieren gemeten worden. Op basis van deze argumenten is gekozen voor twee aparte indicatoren in plaats van één gezamenlijke indicator.

Op basis van de resultaten in dit hoofdstuk kan gekomen worden tot een nadere invulling van het model, hoe te komen tot prestatiesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp. Zie hiervoor figuur 8.

*Figuur 8:*



#### **4. Bepalen van de meetinstrumenten**

Er zijn in de afgelopen jaren op nationaal en internationaal niveau meetinstrumenten ontwikkeld om de effectiviteit van behandelingen te meten. Een aantal van deze meetinstrumenten zijn binnen de jeugdhulp in Nederland reeds in gebruik. Uit onderzoek van Inspectie Jeugdhulp (2013) blijkt dat slechts één zorgorganisatie van de 75 zorgorganisaties die gereageerd hebben niet de uitkomsten van hun behandelingen meten. In totaal waren er 83 zorgorganisaties aangeschreven. 54 van deze organisaties waren aangesloten bij het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdhulp Nederland. Deze organisaties voerden allen, gestandaardiseerd, uitkomstmetingen uit. Van de andere 29 organisaties reageerden er 21 waarbij één organisatie aangaf geen uitkomsten te meten (Inspectie Jeugdhulp, 2013).

Veerman en Ooms (2008) hebben binnen zeven organisaties onderzocht in hoeverre de effectiviteit van behandelingen gemeten wordt. Daarnaast stelden ze samen met de zorgorganisaties doelen op om te komen tot een betere meting van de effectiviteit. Gekeken werd naar het gebruikte meetinstrumentaria en naar instrumentaria die ter ondersteuning zouden kunnen dienen of die een nog niet gedekt onderdeel zou kunnen dekken. Op deze manier probeerden de onderzoekers in samenspraak met de zorgverleners te komen tot een aantal meetinstrumentaria, die het zicht op de effectiviteit van de behandelingen zou moeten vergroten.

Uit bovenstaande blijkt dat binnen de jeugdhulp wel de uitkomsten van de behandelingen worden gemeten maar dat er verschillen zijn tussen de zorgorganisaties. Enkele organisaties zijn sinds kort begonnen met meten terwijl andere organisaties al ver gevorderd zijn. Daarnaast gebruiken de zorgorganisaties verschillende meetinstrumenten om verschillende indicatoren te meten. Dit leidt tot een situatie waarin de uitkomsten niet of moeilijk met elkaar te vergelijken zijn.

Van Yperen, Bakker en de Wilde (2013) geven aan dat meten leidt tot een vergrote administratieve druk en dat er soms ook gestuit wordt op onwil vanuit de cliënt. Het advies is het aantal indicatoren en meetinstrumenten te minimaliseren. Om hieraan richting te geven, zijn slechts vier indicatoren gekozen. Een volgende stap is het selecteren van de meetinstrumenten uit een zeer groot en divers aantal meetinstrumenten.

##### **4.1 Analyse van de meetinstrumenten**

De lijst met meetinstrumenten binnen de jeugdhulp volgt uit beschikbare beleidsstukken van de VNG, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en jeugdhulp verbeterprogramma's. De meetinstrumenten zijn gevonden met behulp van Google op basis van de volgende zoektermen: 'meetinstrumenten jeugdhulp', 'meetinstrumenten jeugdhulp pdf', 'meetinstrumenten effectiviteit jeugdhulp', 'meetinstrumenten doelrealisatie jeugdhulp', 'meetinstrumenten cliënttevredenheid jeugdhulp' en 'meetinstrumenten problematiek jeugdhulp'. Daarnaast is op de site van het Nederlands Jeugdinstituut de zoekterm 'meetinstrumenten jeugdhulp' gebruikt. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft meetinstrumenten die gehanteerd kunnen worden binnen de jeugdhulp verzameld. Dit zijn

zowel in Nederland ontwikkelde instrumenten als internationaal ontwikkelde meetinstrumenten. Deze inventarisatie leidde tot een totaal aantal van 56 meetinstrumenten. Vervolgens is gekeken welke meetinstrumenten ingaan op de jeugdhulp en de cliënt.

De instrumenten zijn beoordeeld op basis van een korte beschrijving van het NJi over elk meetinstrument. Meetinstrumenten die niet gericht zijn op de cliënt maar op de jeugdhulpverleners, ouders of leerkrachten zijn verwijderd. Na deze selectie bleven er 38 meetinstrumenten over.

Vervolgens zijn de meetinstrumenten beoordeeld na het lezen van de uitgebreide informatie van het NJi. Meetinstrumenten die specifiek ingaan op een stoornis of een bepaald gedeelte van zorg, worden niet geïnccludeerd. Een voorbeeld hiervan is de Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT) die alleen ingaat op de sociale informatievoorziening van jeugdigen met een verstandelijke beperking (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Dit is een meetinstrument die maar bij een beperkt aantal jongeren kan worden afgenomen en derhalve niet is opgenomen in deze analyse.

Uit deze schifting volgden 27 meetinstrumenten die geschikt bevonden zijn voor de verdere analyse voor het selecteren van een set meetinstrumenten. De omschrijvingen van deze meetinstrumenten zijn terug te vinden in bijlage 1. Beoordeeld is of het meetinstrument ter ondersteuning van de gekozen indicatoren kan dienen. Daarbij vielen meetinstrumenten die ingaan op het gezinsklimaat, opvoedbelasting en kwaliteit van leven af. Deze meetinstrumenten dienen niet ter ondersteuning van de indicatoren doelrealisatie, cliënttevredenheid, vermindering problematiek en vergroting zelfredzaamheid.

Dit resulteert in een selectie van 21 meetinstrumenten die verdeeld kunnen worden over de vier verschillende indicatoren:

1. Doelrealisatie: vier meetinstrumenten, tabel drie
2. Cliënttevredenheid: zes meetinstrumenten, tabel vier
3. Vermindering van problematiek: tien meetinstrumenten, tabel vijf
4. Toegenomen zelfredzaamheid: vier meetinstrumenten, tabel zes

Het meetinstrument BESTE wordt in de analyse genoemd bij de indicator doelrealisatie en cliënttevredenheid omdat deze beide indicatoren ondersteund. De CBLC en YSR kunnen ook dienen ter ondersteuning van twee indicatoren, namelijk: vermindering problematiek en toegenomen zelfredzaamheid. Deze meetinstrumenten meten zowel de problematiek als de vaardigheden van een kind.

De meetinstrumenten zijn aan de hand van de indeling van aspecten van het NJi beoordeeld en uiteengezet:

1. Aspect “zorgvorm”: aangegeven wordt of een meetinstrument specifiek of algemeen is. Met specifiek wordt bedoeld dat het meetinstrument ontwikkeld is voor het gebruik

bij specifieke doelgroepen. Een dergelijk meetinstrument is ontwikkeld voor de specifieke kenmerken van de betreffende doelgroep. Algemene meetinstrumenten hebben het risico in zich dat ze geen verschillen ten opzichte van de 0-meting aantonen omdat vragen algemener geformuleerd zijn. Indien er specifieke meetinstrumenten beschikbaar zijn, zullen deze de voorkeur hebben boven algemene meetinstrumenten. Binnen de analyse zal een meetinstrument dat specifiek wordt ingezet binnen de j&o niet meegenomen worden bij de keuze van een meetinstrument voor de jeugd-ggz omdat gefocust wordt op een andere doelgroep.

2. Aspect “doel van het meetinstrument”: Het hoofddoel van het meetinstrument zal moeten aansluiten bij de indicator gemeten wordt.
3. Aspect “degene die het meetinstrument invult ”: Wie het meetinstrument invult is van wezenlijk belang. Zoals Veerman, Yperen & Wilschut (2013) aangeven verandert een uitkomst wanneer een ander persoon het meetinstrument invult. In het geval van bijvoorbeeld de cliënttevredenheid is het vanwege de tegenstrijdige belangen waardevoller om dit door het kind of de ouders in te laten vullen. Het is mogelijk dat de behandelaar niet onafhankelijk een oordeel kan vormen over zijn eigen cliënt en de behaalde resultaten.
4. Aspect “afnameduur”: de tijd die het invullen van het meetinstrument in beslag neemt kan van invloed zijn op acceptatie van het meetinstrument. Meetinstrumenten die een relatief lange afnameduur hebben zullen mogelijk minder snel geaccepteerd worden door jeugdhulpaanbieders omdat dit ten koste gaat van de tijd beschikbaar voor zorg (Poortvliet et al., 2006). Daarom zal kritisch gekeken moeten worden naar de afnameduur van een meetinstrument. Een meetinstrument waarvan de afnameduur het kortst is, zal geprefereerd worden boven meetinstrumenten waarvan de afnameduur langer is.
5. Aspect “betrouwbaarheid en validiteit”: De betrouwbaarheid van het meetinstrument zal minimaal voldoende moeten zijn om waarde aan de uitkomsten van het meetinstrument te kunnen hechten. De validiteit is een aspect die iets over de inhoud van het meetinstrument zegt en daarmee over de behaalde resultaten. Meet het instrument wel daadwerkelijk wat het behoort te meten. Ook dit aspect zal minimaal voldoende moeten zijn om waarde aan de uitkomsten te kunnen hechten.

Tabel 3: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator doelrealisatie

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
Y-OQ-SR	Jeugd-ggz	Metten van het effect van de verleende zorg	Door het kind vanaf 12 jaar, anders de ouders	Ongeveer vijf minuten	De betrouwbaarheid en validiteit zijn beiden als goed beoordeeld
Effecten Ster	J&o	Metten van de effecten van verleende zorg	Ouders of hulpverlener	Onbekend	Dit is nog beperkt onderzocht en aanwijzingen voor de kwaliteit zijn er niet
GAS	Algemeen	Methode om specifieke doelen te evalueren	De zorgverlener in samenspraak met het kind en het gezin	Niet van toepassing	De betrouwbaarheid en de validiteit zijn niet of beperkt onderzocht. GAS lijkt valide te zijn
BESTE	Algemeen	Metten van de cliënt tevredenheid en effect	Door het kind, een ouder en de zorgverlener	Ongeveer vijf minuten	Betrouwbaarheid is goed en de validiteit is voldoende

Tabel 4: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator cliënttevredenheid.

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
GGZ jeugdthermometer	Jeugd-ggz	Metten van cliënten ouderwaardering aan cliënt geboden zorg	Door de jongere ouder dan 12 jaar en anders door de ouders	Is niet bekend	De betrouwbaarheid is voldoende en over de validiteit worden geen uitspraken gedaan door beperkt onderzoek
Exit-vragenlijst	J&o	Metten van de cliënt tevredenheid over behaalde resultaat	Jongeren vanaf 12 jaar of de ouders van het kind	Ongeveer tien minuten	De betrouwbaarheid is goed. Over de validiteit wordt niets vermeld
BESTE	Algemeen	Metten van de cliënt tevredenheid en effect	Door het kind, een ouder en de zorgverlener	Ongeveer vijf minuten	Betrouwbaarheid is goed en de validiteit is voldoende
C-Toets	Algemeen	Metten van de cliënt tevredenheid	Jongeren vanaf 12 jaar of de ouders van het kind	Ongeveer vijftien minuten	Betrouwbaarheid is goed en de validiteit is minstens voldoende
B-Toets	Algemeen	Metten van de bejegening van de cliënt	Het kind of de ouders	Onbekend	De betrouwbaarheid is voldoende en over de validiteit worden geen uitspraken gedaan door beperkt onderzoek
CQI	Algemeen	Metten van de cliënt tevredenheid	Het kind of de ouders	Onbekend	Betrouwbaarheid is minstens voldoende. Over de validiteit worden geen uitspraken gedaan



Tabel 5: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator vermindering van de problematiek

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
SDQ	Jeugd-ggz	Metten van psychosociale problemen en vaardigheden bij kinderen	Jongeren vanaf 11 met begeleiding, ouders of leerkracht	Ongeveer vijf minuten	De betrouwbaarheid is voldoende en de validiteit is matig tot voldoende
CORE-OM	Jeugd-ggz	Metten van het psychologisch welbevinden van het kind	Het kind, al dan niet onder begeleiding	Ongeveer vijf tot tien minuten	De betrouwbaarheid en validiteit zijn beiden goed bevonden
CORS	Jeugd-ggz	Metten van het individueel, relationeel en sociaal functioneren en het algemeen welbevinden	Door het kind vanaf 13 jaar, anders de ouders	Onbekend	De betrouwbaarheid en validiteit zijn beiden goed bevonden
VvGK 6-16	Jeugd-ggz	Het metten van symptomen van een gedragsstoornis	Iemand die goed op de hoogte is van het gedrag van het kind. Ouder of leerkracht	Ongeveer tien minuten	De betrouwbaarheid is voldoende en validiteit is goed
CBCL	Jeugd-ggz en j&o	Metten van vaardigheden en problemen bij het kind	Door de ouders of verzorgers of anderen die het kind goed kennen	Ongeveer 15 tot 20 minuten	De betrouwbaarheid is goed en de validiteit is voldoende bevonden
SGZ	Jeugd-lvb	Metten van storend gedrag bij personen met een verstandelijke handicap vanaf 3 jaar	De zorgverlener, begeleidster of leerkracht	Ongeveer vijf tot vijftien minuten	De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed
STEP	Algemeen	Taxeren van de ernst van de problematiek van de cliënt	De zorgverlener	Ongeveer vijftien tot 25 minuten	De betrouwbaarheid is voldoende. De validiteit is niet bewezen
YSR	Algemeen	Metten van de vaardigheden, sociale- en gedragsproblemen van het kind	Door het kind van 11-18 onder supervisie van de behandelaar	Ongeveer 15 tot 20 minuten	De betrouwbaarheid is goed en de validiteit is voldoende
C-TRF	Algemeen	Metten van het gedrag van de jongere	De leerkracht of leidster van het desbetreffende kind	Ongeveer tien tot twintig minuten	De betrouwbaarheid is goed en de validiteit voldoende
SEV	Algemeen	Metten in hoeverre kinderen en jongeren gedrag- en ontwikkelingsproblemen ervaren op sociaal- en emotioneel gebied	Ouder of leerkracht	Ongeveer 30 minuten	De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed

Tabel 6: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator toegenomen zelfredzaamheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
HoNOSCA	Jeugd-ggz	Metten van het dagelijks functioneren van kinderen en jongeren	De zorgverlener	Ongeveer tien tot vijftien minuten	Zijn geen gegevens over de betrouwbaarheid bekend. De validiteit is bewezen
CBCL	Jeugd-ggz en j&o	Metten van vaardigheden en problemen bij het kind	Door de ouders of verzorgers of anderen die het kind goed kennen	Ongeveer 15 tot 20 minuten	De betrouwbaarheid is goed en de validiteit is voldoende bevonden
SRZ	Jeugd-ivb	Metten van de zelfredzaamheid van verstandelijk gehandicapten	Door de begeleiders	Ongeveer tien tot vijftien minuten	De betrouwbaarheid en de validiteit zijn goed
YSR	Algemeen	Metten van de vaardigheden, sociale- en gedragsproblemen van het kind	Door het kind van 11-18 onder supervisie van de behandelaar	Ongeveer 15 tot 20 minuten	De betrouwbaarheid is goed en de validiteit is voldoende

#### 4.2 Selectie van de meetinstrumenten per zorgvorm

De selectie van meetinstrumenten per indicator en zorgvorm volgt na een analyse op de verschillende aspecten die het NJi aanhoudt. In de tabellen worden verschillende tekens gebruikt, deze worden hieronder toegelicht.

Daar waar een ‘√’ wordt weergegeven in de tabel betekent dit:

- Bij zorgvorm: wanneer het meetinstrument specifiek ontwikkeld is voor de betreffende doelgroep waarvoor het meetinstrument wordt gekozen.
- Bij het doel: wanneer het meetinstrument kan dienen als ondersteuning van de indicator.
- Bij degene die het meetinstrument invult: wanneer de cliënt en/of ouders het meetinstrument invullen.
- Bij afnameduur: wanneer de afnameduur van het meetinstrument het meest klein is.
- Bij betrouwbaarheid en validiteit: wanneer het meetinstrument op beide gebieden minstens als voldoende wordt beoordeeld.

Daar waar een ‘X’ wordt weergegeven in de tabel betekent dit:

- Bij zorgvorm: het meetinstrument specifiek ontwikkeld is voor een doelgroep waarvoor in die analyse het meetinstrument niet wordt ingezet. Is een meetinstrument specifiek ontwikkeld voor een andere doelgroep dan wordt in de analyse dit instrument niet beoordeeld op de andere aspecten.
- Bij degene die het meetinstrument invult: het meetinstrument wordt ingevuld door de zorgverlener.
- Bij afnameduur: dit het meetinstrument is dat de grootste afnameduur kent.

- Bij betrouwbaarheid en validiteit: wanneer deze gebieden als onvoldoende zijn beoordeeld.

Daar waar een ‘-’ wordt weergegeven in de tabel betekent dit:

- Bij zorgvorm: als het meetinstrument niet voor een specifieke doelgroep is ontwikkeld maar als algemeen is bevonden.
- Bij afnameduur: wanneer het meetinstrument niet de grootste maar ook niet de kleinste afnameduur heeft.

Daar waar een ‘?’ wordt weergegeven in de tabel betekent dit:

- Bij afnameduur: wanneer dit onbekend is
- Bij degene die het meetinstrument invult: wanneer aangegeven is dat de begeleider degene is die het meetinstrument invult. De begeleider kan iemand zijn van school, maar ook de begeleider op de zorggroep en dus onderdeel van de zorgorganisatie, die zorg verleent aan deze cliënt.
- Bij betrouwbaarheid: wanneer niet bekend is of de betrouwbaarheid of de validiteit van het meetinstrument voldoende is.

#### 4.2.1 Jeugd-ggz

Doelrealisatie: Op basis van onderstaande gegevens uit tabel 7 wordt gekozen voor de Y-OQ-SR voor het meten van de doelrealisatie binnen de jeugd-ggz. Dit meetinstrument voldoet aan alle gestelde eisen, in tegenstelling tot de andere meetinstrumenten.

Tabel 7: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator doelrealisatie

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
Y-OQ-SR	√	√	√	√	√
Effecten Ster	X				
GAS	-	√	X	?	?
BESTE	-	√	√	√	√

Clïenttevredenheid: Op basis van de gegevens uit tabel 8 zal gekozen worden voor BESTE voor het meten van de cliënttevredenheid binnen de jeugd-ggz. Dit omdat BESTE voldoet aan alle gestelde eisen. Daar waar bij de andere meetinstrumenten de betrouwbaarheid en validiteit niet bekend is, is deze bij BESTE wel bewezen. De afnameduur is kleiner dan die van de C-toets en derhalve wordt BESTE gekozen als meetinstrument.

Tabel 8: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator cliënttevredenheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
GGZ jeugdthermometer	√	√	√	?	?
Exit-vragenlijst	X				
BESTE	-	√	√	√	√
C-Toets	-	√	√	X	√
B-Toets	-	-	?	?	?
CQI	-	√	√	?	?

Vermindering problematiek: Op basis van onderstaande gegevens uit tabel 9 zal gekozen worden voor de SDQ voor het meten van de vermindering van de problematiek binnen de jeugd-ggz. De SDQ kent een kleinere afnameduur dan de meetinstrumenten die ook voldoen aan de andere vier eisen.

Tabel 9: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator vermindering problematiek

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
SDQ	√	√	√	√	√
CORE-OM	√	√	√	-	√
CORS	√	√	√	?	√
VvGK 6-16	√	√	√	-	√
CBCL	√	√	√	-	√
SGR	X				
STEP	-	√	X	X	?
YSR	-	√	√	-	√
C-TRF	-	√	?	-	√
SEV	-	√	√	X	√

Verbetering Zelfredzaamheid: Op basis van de gegevens uit tabel 10 zal gekozen worden voor de CBCL voor het meten van de zelfredzaamheid binnen de jeugd-ggz. Dit meetinstrument is specifiek ontwikkeld voor ggz cliënten, de YSR is dit niet. De afnameduur is van beide meetinstrumenten gelijk.

Tabel 10: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator verbetering zelfredzaamheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
HoNOSCA	√	√	X	√	?
CBCL	√	√	√	X	√
SRZ	X				
YSR	-	√	√	X	√

#### 4.2.2 J&O

Doelrealisatie: op basis van onderstaande gegevens uit tabel 11 zal het meetinstrument BESTE worden gekozen omdat dit meetinstrument voldoet aan alle gestelde eisen, in tegenstelling tot de andere meetinstrumenten.

Tabel 11: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator doelrealisatie

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
Y-OQ-SR	X				
Effecten Ster	√	√	?	?	X
GAS	-	√	X	?	?
BESTE	-	√	√	√	√

Clïenttevredenheid: Op basis van onderstaande gegevens uit tabel 12 zal gekozen worden voor BESTE vanwege het feit dat dit meetinstrument aan alle eisen voldoet. De Exit-meetinstrument is wel specifiek ontwikkeld voor j&o, echter is de afnameduur groter en is over de betrouwbaarheid en validiteit niets bekend.

Tabel 12: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator cliënttevredenheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
GGZ jeugdthermometer	X				
Exit-vragenlijst	√	√	√	-	?
BESTE	-	√	√	√	√
C-Toets	-	√	√	X	√
B-Toets	-	-	?	?	?
CQI	-	√	√	?	?

Vermindering problematiek: Op basis van de gegevens uit tabel 13 zal gekozen worden voor de CBCL voor het meten van de vermindering van problematiek binnen de j&o. De CBCL krijgt de voorkeur boven de C-TRF omdat deze wordt ingevuld door leerkracht of begeleidster van de cliënt. Dit is mogelijk geen onafhankelijk persoon. De CBCL wordt ingevuld door de ouders en/of verzorgers van het kind.

Tabel 13: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator vermindering problematiek

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
SDQ	X				
CORE-OM	X				
CORS	X				
VvGK 6-16	X				
CBCL	√	√	√	-	√
SGR	X				
STEP	-	√	X	-	?
YSR	-	√	√	-	√
C-TRF	-	√	?	√	√
SEV	-	√	√	X	√

Verbetering zelfredzaamheid: op basis van onderstaande gegevens uit tabel 14 zal gekozen worden voor het meetinstrument CBCL omdat deze specifiek ontwikkeld is voor de j&o doelgroep, de YSR is dit niet.

Tabel 14: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator verbetering zelfredzaamheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
HoNOSCA	X				
CBCL	√	√	√	-	√
SRZ	X				
YSR	-	√	√	-	√

### 4.2.3 Jeugd-ivb

Doelrealisatie: op basis van onderstaande gegevens uit tabel 15 zal het meetinstrument BESTE worden gekozen omdat dit meetinstrument voldoet aan alle gestelde eisen, in tegenstelling tot GAS.

Tabel 15: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator doelrealisatie

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
Y-OQ-SR	X				
Effecten Ster	X				
GAS	-	√	X	?	?
BESTE	-	√	√	√	√

Clïenttevredenheid: Op basis van de gegevens uit tabel 16 zal gekozen worden voor BESTE vanwege het feit dat het aan alle eisen voldoet en de afnameduur het kleinst is.

Tabel 16: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator cliënttevredenheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
GGZ jeugdthermometer	X				
Exit-vragenlijst	X				
BESTE	-	√	√	√	√
C-Toets	-	√	√	X	√
B-Toets	-	-	?	?	?
CQI	-	√	√	?	?

Vermindering problematiek: Op basis van onderstaande gegevens uit tabel 17 zal gekozen worden voor het meetinstrument YSR omdat dit instrument wordt ingevuld door de cliënt. De SEV wordt ingevuld door de ouder of leerkracht en de afnameduur is groter dan die van de YSR.

Tabel 17: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator vermindering problematiek

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
SDQ	X				
CORE-OM	X				
CORS	X				
VvGK 6-16	X				
CBCL	X				
SGR	√	√	X	√	√
STEP	-	√	X	-	?
YSR	-	√	√	-	√
C-TRF	-	√	?	-	√
SEV	-	√	√	X	√

Verbetering zelfredzaamheid: De YSR zal gekozen worden als meetinstrument voor de verbetering van de zelfredzaamheid binnen de jeugd-lvb op basis van tabel 18. De SRZ is specifiek ontwikkeld voor de jeugd-lvb en heeft een kortere afnameduur. Echter is het de begeleider die het meetinstrument invult, deze is mogelijk niet onafhankelijk. De YSR wordt ingevuld door de cliënt.

Tabel 18: overzicht van de meetinstrumenten ter ondersteuning van de indicator verbetering zelfredzaamheid

	Zorgvorm	Het doel	Wijze van afname	Afnameduur	Betrouwbaarheid en validiteit
HoNOSCA	X				
CBCL	X				
SRZ	√	√	?	√	√
YSR	-	√	√	X	√

### 4.3 Overzicht van de gekozen meetinstrumenten

In tabel 19 zijn de geselecteerde meetinstrumenten per zorgvorm op basis van de analyse weergegeven. Meetinstrument BESTE kan worden gehanteerd voor elke zorgvorm. Bij gebruik van dit meetinstrument binnen alle zorgvormen kunnen zorgorganisaties met elkaar vergeleken worden. Voor de verbetering van de zelfredzaamheid zou hetzelfde kunnen gelden. Uit de analyse volgt dat voor de indicatoren doelrealisatie en vermindering van de problematiek verschillende meetinstrumenten gehanteerd dienen te worden. Dit is gezien de grote verschillen in doelgroep niet vreemd.

Tabel 19: overzicht van de geselecteerde meetinstrumenten per indicator en zorgvorm

Indicator	Meetinstrument		
	Jeugd-ggz	J&o	Jeugd-ivb
Doelrealisatie	Y-OQ-SR	BESTE	BESTE
Cliënttevredenheid	BESTE	BESTE	BESTE
Vermindering problematiek	SDQ	CBCL	YSR
Verbetering zelfredzaamheid	CBCL	CBCL	YSR

In bijlage 1 wordt de omschrijving van elk instrument weergegeven. Hier kan meer uitgebreide informatie over de instrumenten worden gelezen, ter informatie en ter onderbouwing van de hierboven gemaakte keuzes op bepaalde aspecten.

Met de selectie van de indicatoren en de meetinstrumenten die deze indicatoren ondersteunen is de basis gecreëerd om aanbieders te kunnen:

1. **Beoordelen:** een oordeel vellen over het functioneren van een organisatie op basis van de geleverde prestaties.
2. **Vergelijken:** de prestaties vergelijken met soortgelijke organisaties of buitenlandse equivalenten (benchmarken)
3. **Leren kennen:** inzicht krijgen in de verbetermogelijkheden van de organisatie
4. **Transparant maken:** verantwoording afleggen over de prestaties van de organisatie en over hoe publieke middelen zijn besteed.

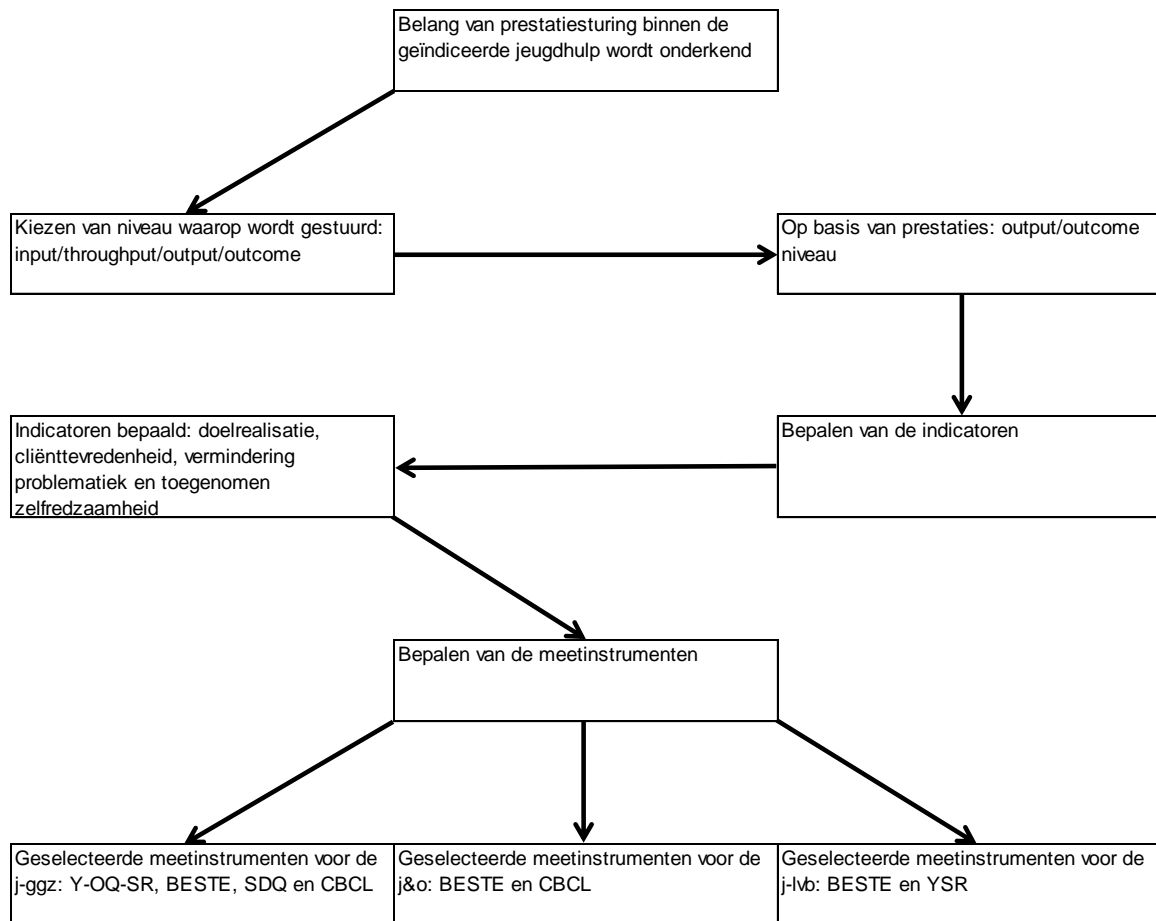


In het volgende hoofdstuk zal ingegaan worden op hoe aanbieders mogelijk kunnen worden:

5. Afgerekend: de meting gebruiken om een organisatie er (financieel) op af te rekenen

Op basis van de resultaten in dit hoofdstuk kan gekomen worden tot een nadere invulling van het model, hoe te komen tot prestatiesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp. Zie hiervoor figuur 9.

*Figuur 9:*



## 5. Afrekenen op basis van behaalde prestaties

Afrekenen van organisaties op basis van prestaties kan op 2 manieren plaatsvinden:

1. Financieel afrekenen
2. Niet financieel afrekenen

Allereerst zal worden ingegaan op de mogelijkheden van het financieel afrekenen van organisaties. Op basis van prestaties zorgorganisaties afrekenen is geen nieuw fenomeen. In Amerika zijn al meerdere ‘‘Pay for Performance’’ initiatieven geïntroduceerd (Eijkenaar, 2013). Dit gebeurde eind jaren '90 en kwam nog meer in de belangstelling na 2 rapporten over het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. De Amerikaanse gezondheidszorg kende een op één stapeling van fouten en allerlei perverse prikkels voor het genereren van meer diensten zonder de bijbehorende kwaliteit (Institute of Medicine, 1999; Institute of Medicine, 2001). Er worden drie manieren in de literatuur beschreven hoe financieel afrekenen van organisaties op basis van resultaat kan worden vormgegeven binnen de zorg:

1. Afrekenen op basis van resultaten kan onderdeel zijn van de trajectprijs, er is sprake van prestatie gestuurd afrekenen op cliënt niveau. Organisaties kunnen bestraft en beloont worden. Van beide varianten kan een positieve prikkel uitgaan om betere kwaliteit van zorg te leveren. Echter zal in de eerste vorm de druk groter zijn omdat een slechte score een inhouding of terugvordering betekent van geld. De beloning, inhouding of terugvordering kan een percentage zijn van de trajectprijs of een vast bedrag. Er wordt geen ideaal percentage of bedrag beschreven in P4P programma's (Baker, 2003).
2. Er kan ook gekeken worden naar de resultaten op organisatieniveau. Een manier om dit te doen is op basis van een gemiddeld resultaat, een zorgorganisatie te belonen of te straffen. Vooraf zal een minimaal niveau van kwaliteit voor een organisatie bepaald moeten worden. Naderhand kan worden getoetst of deze norm behaald is en op basis daarvan zal er een nacalculatie plaatsvinden. (Baker, 2003).
3. De resultaten op organisatieniveau kunnen ook worden gebruikt om sectoraal of over de gehele sector prestatie gestuurd af te rekenen. Als voorbeeld kunnen 20% van de best presterende zorgorganisaties een bonus ontvangen (positieve benadering, of de 20% slecht presterende zorgorganisaties kunnen gestraft worden met een inhouding of terugvordering van geld (negatieve benadering). Een combinatie van deze regelingen is ook mogelijk. De inhouding of terugvordering van een deel van het geld op de 20% slecht presterende aanbieders kan verdeeld worden over de 20% best presterende aanbieders. Op deze manier wordt een verbetering van kwaliteit geen mijlpaal maar een proces. Organisaties zullen zich moeten blijven verbeteren om tot de 20% best presterende en niet tot de slecht presterende organisaties te behoren. (Eijkenaar, 2013).

Ondanks de grote aandacht voor de implementatie van ‘‘Pay for Performance’’ programma's blijven significante resultaten uit. Het onderzoek van Werner et al. (2011) onderstreept dit. Werner et al. (2011) voerden een onderzoek uit waarin werd onderzocht wat het effect is van

de implementatie van een Pay for Performance programma. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder 260 ziekenhuizen die deelnamen aan een P4P programma in vergelijking met 780 ziekenhuizen die dit niet deden. In de eerste 2 jaar waren de resultaten van de deelnemende ziekenhuizen hoger. Echter na 5 jaar waren de resultaten van de deelnemende ziekenhuizen en niet deelnemende ziekenhuizen gelijk.

Eijkenaar et al. (2013) voerden een systematische review uit op verschillende systematische reviews over de effecten van ‘Pay for Performance’ programma’s. De conclusie is dat er weinig onderzoeken zijn die een significant kwaliteitseffect signaleren. Enkele onderzoeken suggereren dat P4P kosteneffectief is maar ook hiervan is het bewijs niet overtuigend. Er zijn vele programma’s met allemaal hun eigen focus. Dit maakt onderling vergelijken lastig. De studies naar P4P programma’s zijn vaak van onvoldoende kwaliteit zo stellen Eijkenaar et al. (2013).

Rosenthal & Frank (2006) hebben onderzocht wat de bewijzen zijn voor het afrekenen op basis van behaalde resultaten. Ook in dit onderzoek werd weinig bewijs gevonden. Een oorzaak kan zijn dat de zorgverlener maar op een klein gedeelte van het totale resultaat een invloed heeft. Effecten kunnen daarom tegenvallen.

De effecten van P4P programma’s blijken niet significant te zijn. De invoering van prestatie gestuurd afrekenen is een lerend proces. Er is geen optimaal, one-size-fits-all programma en er is veel onbekend. De onbekenden somden Petersen et al. (2006) op in hun onderzoek:

1. Wat is de juiste grootte van de bonus, de frequentie en de looptijd?
2. Aan wie moet het betaald worden om het grootste effect te bewerkstelligen; de zorgverlener, het team, de zorgorganisatie of alle partijen?
3. Zullen activiteiten of uitkomsten die niet gemeten worden, worden genegeerd omdat deze niets extra’s opleveren?
4. Hoe moet de verhouding tussen financiële en niet financiële prikkels zijn?

Naast het financieel afrekenen van organisaties kan ook gekeken worden naar niet financiële afrekenmethoden. Gedacht kan worden aan het publiceren van de resultaten van zorgorganisaties. Een positief beeld over een zorgorganisatie kan leiden tot een grotere stroom van cliënten naar de betreffende zorgorganisatie. Resultaten kunnen ook voorgelegd worden aan de cliënten tijdens de keuze van een zorgorganisatie. Cliëntstromen kunnen op deze manier gestuurd worden naar de beter presterende zorgorganisaties (Baker, 2003).

In Lochem en Zutphen kiest de cliënt zijn/haar eigen zorgorganisatie. Met behulp van de resultaten op de indicatoren kan een preferentielijst worden opgesteld van de best presterende zorgorganisaties. Op deze manier kunnen cliënten gestuurd worden naar de beter presterende zorgorganisaties. Zorgorganisaties worden op deze manier indirect financieel beloond, door een grotere instroom van cliënten.

## 6. Inventarisatie van prestatiesturing binnen de jeugdhulp

Dit hoofdstuk is geschreven op basis van zeven interviews met werknemers van zes zorgorganisaties die opereren binnen de verschillende zorgvormen. Het doel van de interviews zal het toetsen van de gevonden indicatoren en meetinstrumenten uit de literatuur zijn. Echter is het ook explorierend van aard omdat gevraagd zal worden wat de organisatie zelf aan prestatie metingen verricht. Op deze manier wordt vanuit de praktijk bekend welke indicatoren en meetinstrumenten de betreffende zorgorganisaties gebruiken. Daarnaast zal ook gevraagd worden hoe de geïnterviewde staat tegenover prestatiesturing in de zorg en de inrichting daarvan.

Er zijn verschillende soorten interviews met elk hun voor- en nadelen (Kajornboon, 2005). In dit geval zullen semigestructureerde interviews gehouden worden. De kracht van dit type interview is dat de interviewer een aantal zaken of vragen op papier heeft, maar dat de geïnterviewde alle ruimte krijgt om deze te beantwoorden en de volgorde van de vragen niet vaststaat.

De hoofdvraag van dit onderzoek is een open vraag waarvan de oplossing niet bekend is, of waar meerdere oplossingen mogelijk zijn. Om deze oplossingen te verkrijgen is het van belang dat de geïnterviewde de ruimte krijgt zijn of haar mening te geven (Kajornboon, 2005). Binnen de interviews is ingegaan op:

1. Hoe de betreffende persoon staat tegenover prestatiesturing binnen de jeugdhulp en een vorm van afrekenen die hieraan mogelijk gekoppeld wordt. Wat zijn de voor- en nadelen van dit systeem en hoe zou het ingericht kunnen worden
2. Op welk niveau gemeten en mogelijk beoordeeld/afgerekend zou moeten worden;
3. Wat de zorgorganisatie zelf doet aan effectmeting;
4. Welke indicatoren hieraan ten grondslag liggen;
5. Welke instrumenten worden gehanteerd;
6. Wat gemeten zou moeten worden;
7. Het eindoordeel over prestatiesturing en een mogelijke koppeling met afrekenen.

Er zijn in totaal twaalf organisaties gemaïld met de vraag of ze geïnterviewd zouden willen worden met betrekking tot dit onderwerp. In totaal hebben negen organisaties gereageerd. Deze wilden allen meewerken aan het onderzoek. De andere drie organisaties hebben niet geantwoord. Ook na een tweede mail bleef een reactie uit. Van de negen organisaties die gereageerd hebben zijn zes organisaties geïnterviewd. De interviews met de andere organisaties vonden geen doorgang vanwege agenda technische problemen tijdens de zomervakantieperiode waarin de data is verzameld. Uiteindelijk hebben de organisaties Karakter, 's Heeren Loo, Care Express, Passie voor Jeugd en Gezin (PJG), ZoZijn en Pactum gereageerd. De interviews zijn uitgeschreven en in bijlage 2 weergegeven. Per vraag zullen de resultaten uit de interviews worden beschreven.

## **6.1 Hoe wordt prestatie­sturing binnen de jeugdhulp en een mogelijke koppeling met een afrekeningssysteem beoordeeld?**

Alle geïnterviewden geven aan dat prestatie­sturing een goed middel is om de jeugdhulp positief te ontwikkelen, te leren over de effectiviteit van behandelingen maar ook te leren in algemene zin. Het kan mogelijk ook leiden tot een kostenreductie. Een koppeling met een vorm van afrekenen kan slechts volgens twee van de zeven geïnterviewden. Vijf van de zeven geïnterviewden geven aan dat een vorm van afrekenen op basis van prestaties onverantwoord is omdat:

- Het leidt tot angst in de markt en tot een stagnatie in de innovatie
- De mate van invloed van de verleende zorg nooit objectief te meten is en ook andere zorgorganisaties soms betrokken zijn bij de zorg van één zelfde cliënt.
- De uitslag afhankelijk is van de gemoedstoestand van de cliënt, die soms ook onwelwillend is. Ondanks positieve resultaten zou een cliënt meetinstrumenten negatief kunnen invullen

Zorgorganisaties zijn positief over de invoering van prestatie­sturing, echter het koppelen van een afrekeningssysteem aan deze prestaties is volgens deze organisaties onverantwoord. Zorgorganisaties geven de voorkeur aan een dialoog over behaalde resultaten. De argumenten om prestatie­sturing niet te koppelen aan een vorm van afrekenen komt ook overeen met de valkuilen uit het onderzoek van van Yperen (2012) vermeld in hoofdstuk 1 van dit onderzoek.

## **6.2 Op welk niveau zou gemeten en/of beoordeeld/afgerekend moeten worden?**

Vier van de zeven geïnterviewden gaven aan dat op cliëntniveau doelen zouden moeten worden afgesproken en dat de mogelijke beoordeling/afrekening ook op cliëntniveau zou moeten gebeuren. Twee van de zeven geïnterviewden gaven aan dat op cliëntniveau doelen zouden moeten worden afgesproken maar dat op zorgorganisatieniveau beoordeeld/afgerekend zou moeten worden. Eén van de zeven geïnterviewden had geen mening.

Voor het formuleren van doelen en de beoordeling of afrekening op cliëntniveau werden de volgende vier redenen gegeven:

- De cliëntenstroom per zorgorganisatie verschilt erg sterk. Beoordelen of afrekenen op zorgorganisatieniveau leidt mogelijk tot een vertekend beeld. Waar de ene zorgorganisatie zich sterk focust op het voorveld en cliënten met een relatief eenvoudige zorgvraag behandelt richt een andere zorgorganisatie zich meer op het achterveld en behandelt het cliënten met een relatief zware zorgvraag.
- Cliënten binnen een organisatie verschillen sterk van elkaar en hierdoor kunnen er geen generieke normen of indicatoren worden opgesteld.
- Op basis van cliëntprofielen doelen ontwikkelen per indicator is onhaalbaar door een veelvoud aan profielen die dan opgesteld zouden moeten worden. Een keuze maken in welk profiel een cliënt precies past is daardoor onmogelijk.

- Door op cliëntniveau indicatoren af te spreken wordt recht gedaan aan de uniekheid van een cliënt, zijn/haar omgeving en gezinssituatie. Op basis daarvan kunnen goede doelen worden afgesproken en dus ook eerlijker worden beoordeeld.

Voor het formuleren van doelen op cliëntniveau maar de beoordeling/afrekening op zorgorganisatieniveau werden de volgende redenen gegeven:

- Sommige zorgorganisaties verlenen aan veel cliënten zorg, waardoor beoordeling of afrekening op cliëntniveau niet haalbaar is. Dit kost zowel de gemeente als de zorgorganisatie veel tijd. Dit kan ertoe leiden dat de betaling van trajecten worden uitgesteld, wat kan leiden tot een liquiditeitsprobleem binnen organisaties.
- Wanneer prestaties op zorgorganisatieniveau beoordeeld of afgerekend worden, kan een kwaliteit verbeterprogramma ontstaan. Bij het beoordelen of afrekenen op cliëntniveau, bestaat de kans dat het overzicht ontbreekt om op zorgorganisatieniveau de kwaliteit te verbeteren

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat zorgorganisaties doelen op cliëntniveau willen afspreken. Dit betekent niet dat de geselecteerde indicatoren niet kunnen worden gehanteerd, echter de norm zal per cliënt verschillen. Dit betekent dat per cliënt een norm per indicator moet worden afgesproken, rekening houdend met het soort zorg, de complexiteit van de zorgvraag en de gezinssituatie.

Wanneer een vorm van beoordelen of afrekenen gekoppeld wordt aan de prestaties zijn de meningen verdeeld op welk niveau dit afgerekend moet worden. Op cliëntniveau afrekenen doet recht aan de gestelde doelen op individueel niveau en dus het rekening houden met de context van de cliënt. Voor gemeenten betekent dit dat iedere afsluiting van een traject gepaard gaat met een beoordeling van de resultaten. Dit kost tijd, waardoor bijvoorbeeld de betaling van zorg wordt vertraagd. Bij beoordeling van resultaten op zorgorganisatieniveau hoeft de gemeente niet ieder traject te beoordelen maar worden alle trajecten éénmalig als één groot resultaat beoordeeld. Er zou een gemiddeld resultaat op organisatieniveau bepaald kunnen worden over alle cliënten die behandeld zijn.

### **6.3 Wat wordt er op dit moment gedaan aan effectmeting?**

Binnen alle organisaties wordt gemeten echter verschillen de organisaties ten opzichte van elkaar. Zowel in het aantal doelen dat gemeten wordt maar ook in de duur van meten. Zo is één organisatie in 2007 begonnen met effectmetingen waar een andere organisatie in 2013 is gestart. Enkele organisaties hebben dus meer ervaring met prestatie metingen maar dit hoeft niet te betekenen dat vanuit de gemeente opgedragen prestatie sturing eenvoudiger geïmplementeerd kan worden. Indicatoren binnen organisaties worden opgesteld naar aanleiding van het beleid van een zorgorganisatie. Vervolgens zullen de systemen worden ingericht. Mogelijk is het beleid van organisaties die net gestart zijn met prestatie metingen minder scherp en derhalve makkelijker aan te passen naar het meten van indicatoren die gemeenten aandragen.

## 6.4 Welke gebieden worden gemeten?

De volgende indicatoren zijn genoemd door de organisaties in de interviews:

- Cliënttevredenheid, vier keer genoemd
- Gezinsklimaat, vier keer genoemd
- Problematiek van het kind, drie keer genoemd
- Doelrealisatie, drie keer genoemd
- Kwaliteit van leven, twee keer genoemd
- Dagelijks functioneren, twee keer genoemd
- Vaardigheden van het kind, één keer genoemd

In tabel 20 is het aantal keer dat een meetinstrument genoemd is weergegeven. Tabel 21 toont de verdeling van de meetinstrumenten over de verschillende meetgebieden.

Tabel 20: overzicht van het aantal keer dat een meetinstrument genoemd is

Meetinstrument	Aantal keer genoemd
GAS	3 keer genoemd
Kidscreen-52.	2 keer genoemd
OBVL	2 keer genoemd
Clienttevredenheid onderzoek	2 keer genoemd
C-toets	1 keer genoemd
GAF	1 keer genoemd
HONOS	1 keer genoemd
YSR	1 keer genoemd
CBCL	1 keer genoemd
NOSI	1 keer genoemd
SDQ	1 keer genoemd
LIRIK	1 keer genoemd
Signs of Safety	1 keer genoemd

Tabel 21: overzicht van de gehanteerde meetinstrumenten door de verschillende zorgorganisaties per meetgebied.

Indicator	Sector J-GGZ		Sector J-LVB		Sector J&O	
	Organisatie 1	Organisatie 2	Organisatie 1	Organisatie 2	Organisatie 1	Organisatie 2
Cliënttevredenheid	C-Toets				Eigen formulieren	Eigen formulieren
Gezinsklimaat		OBVL		OBVL/NOSI	LIRIK/Signs of Safety	EMPO
Problematiek		YSR		SDQ		SDQ
Doelrealisatie			GAS	GAS		GAS
Kwaliteit van leven	Kidscreen-52					
Dagelijks functioneren	GAF	HONOS				
Vaardigheden		CBCL				

Uit de interviews komt naar voren dat de aanbieders naast de in dit onderzoek geselecteerde indicatoren doelrealisatie, cliënttevredenheid, problematiek en de zelfredzaamheid ook andere gebieden meten. Kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren zijn gebieden die gemeten worden maar niet tot de uit de literatuur verkregen indicatoren set behoort.

De gehanteerde meetinstrumenten komen deels overeen met de meetinstrumenten geselecteerd in dit onderzoek. Opvallend is het verschil in meetinstrumenten die gehanteerd worden door de zes zorgorganisaties. Om zorgorganisaties te kunnen vergelijken is het gebruik van dezelfde meetinstrumenten een vereiste. Als dit wordt beoogd door gemeenten dan zal daar overeenstemming over moeten komen. Er kan in dat geval gestuit worden op weerstand vanwege het feit dat een zorgorganisatie haar set van meetinstrumenten moet aanpassen. Dit vereist een andere werkwijze. Dat GAS een veelgebruikt meetinstrument is, terwijl de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument niet bewezen is, is opvallend. De uitkomsten van dit instrument zijn mogelijk niet betrouwbaar. Ditzelfde geldt voor het meetinstrument HONOS.

### **6.5 Welke gebieden zouden gemeten moeten worden?**

De volgende gebieden zouden gemeten moeten worden volgens de geïnterviewden:

- Cliënttevredenheid, twee keer genoemd
- Zorgverlener tevredenheid, twee keer genoemd
- Basale veiligheid van het kind/gezinsklimaat, twee keer genoemd
- Doorlooptijd en kosten van het traject, twee keer genoemd
- Zelfredzaamheid, twee keer genoemd
- Sociale acceptatie en behulpzaamheid van de omgeving, twee keer genoemd
- Problematiek, één keer genoemd
- Oudertevredenheid, één keer genoemd
- Legitimiteit gemaakte keuzes, één keer genoemd

Opvallend is dat de indicator doelrealisatie niet wordt benoemd. Dit lijkt, gekeken naar prestatiesturing een essentiële indicator. De gesproken medewerkers richten zich op de cliënttevredenheid, de veiligheid van het kind, het gezinsklimaat, zelfredzaamheid en de omgeving waarin het kind leeft. De focus ligt niet zozeer op doelrealisatie maar op het kind en zijn functioneren binnen zijn omgeving.

### **6.6 Wat is het uiteindelijke oordeel over prestatiesturing en beoordeling of afrekenen op basis van prestaties?**

Het uiteindelijke oordeel over prestatiesturing dat gegeven wordt door de geïnterviewde medewerkers aan het eind van het interview was divers, maar allen positief. Deze zijn hieronder benoemd:

- Goed middel om de jeugdhulp meer op resultaat te laten focussen maar er zal wel aandacht geschonken moeten worden aan de bureaucratie. Prestatiemeting binnen de zorg kan de zorg duurder maken omdat metingen en beoordelen van de resultaten tijd kost.
- De invoering van prestatiesturing door gemeenten is een goed middel om een cultuuromslag te bewerkstelligen bij medewerkers van zorgorganisaties, die metingen vaak als last, tijdrovend en niet nuttig worden ervaren.



- Prestatiesturing is mogelijk maar dan zullen wel per zorgorganisatie doelstellingen en meetinstrumenten moeten worden afgesproken. Een uniforme set is niet haalbaar omdat iedere zorgorganisatie haar eigen beleid heeft.
- Prestatiesturing is mogelijk maar om zorgorganisaties te vergelijken zal wel een uniforme set van meetinstrumenten en indicatoren moeten worden opgesteld. De gemeenten in samenspraak met de branche is de enige partij die dit kan bewerkstelligen.
- Prestatiesturing is een goed middel om in gesprek te treden met elkaar, cijfers geven een vertekend beeld. Het verhaal achter de cijfers is interessanter.

Vier van de zeven geïnterviewden gaf tijdens het eindoordeel over afrekenen op basis van prestaties aan dat dit niet mogelijk is. De overige geïnterviewden vinden het wel haalbaar mits op een bepaalde manier vormgegeven, namelijk:

- Er is een database benodigd met informatie over het soort cliënt dat organisaties behandelen en behaalde resultaten om realistische doelen te kunnen opstellen.
- Het wordt aangeraden wanneer afgerekend wordt op basis van prestaties op cliëntniveau, dit te doen voor dure trajecten. Omdat hier de grootste (financiële) winst is te behalen en door het geringe aantal dit de bureaucratie niet aanzienlijk vergroot.
- Afrekenen op basis van prestaties is mogelijk als op cliënt niveau de doelen worden afgesproken maar op zorgorganisatie niveau wordt afgerekend. Dit in verband met de bureaucratie die het verantwoorden en afrekenen op cliëntniveau met zich mee brengt.

Aangegeven wordt dat het afrekenen van organisaties op basis van prestaties op dit moment nog niet mogelijk is. Wellicht zou dit nooit moet worden ingevoerd vanwege alle onzekerheden in het verlenen van zorg, het soort cliënt en het remmen van de innovatie. Prestatie sturing kan wel een middel zijn om zorgorganisaties te kunnen beoordelen op behaalde prestaties, leren kennen en bijdragen aan een grotere transparantie met betrekking tot behaalde resultaten zo geven de geïnterviewde medewerkers aan. Op welk niveau dit moet plaatsvinden wordt niet eenduidig beantwoord. Wat wel duidelijk wordt aangegeven is dat prestatiesturing een middel moeten zijn om in gesprek te treden met elkaar, zoals ook van Yperen (2012) aangeeft in zijn onderzoek.

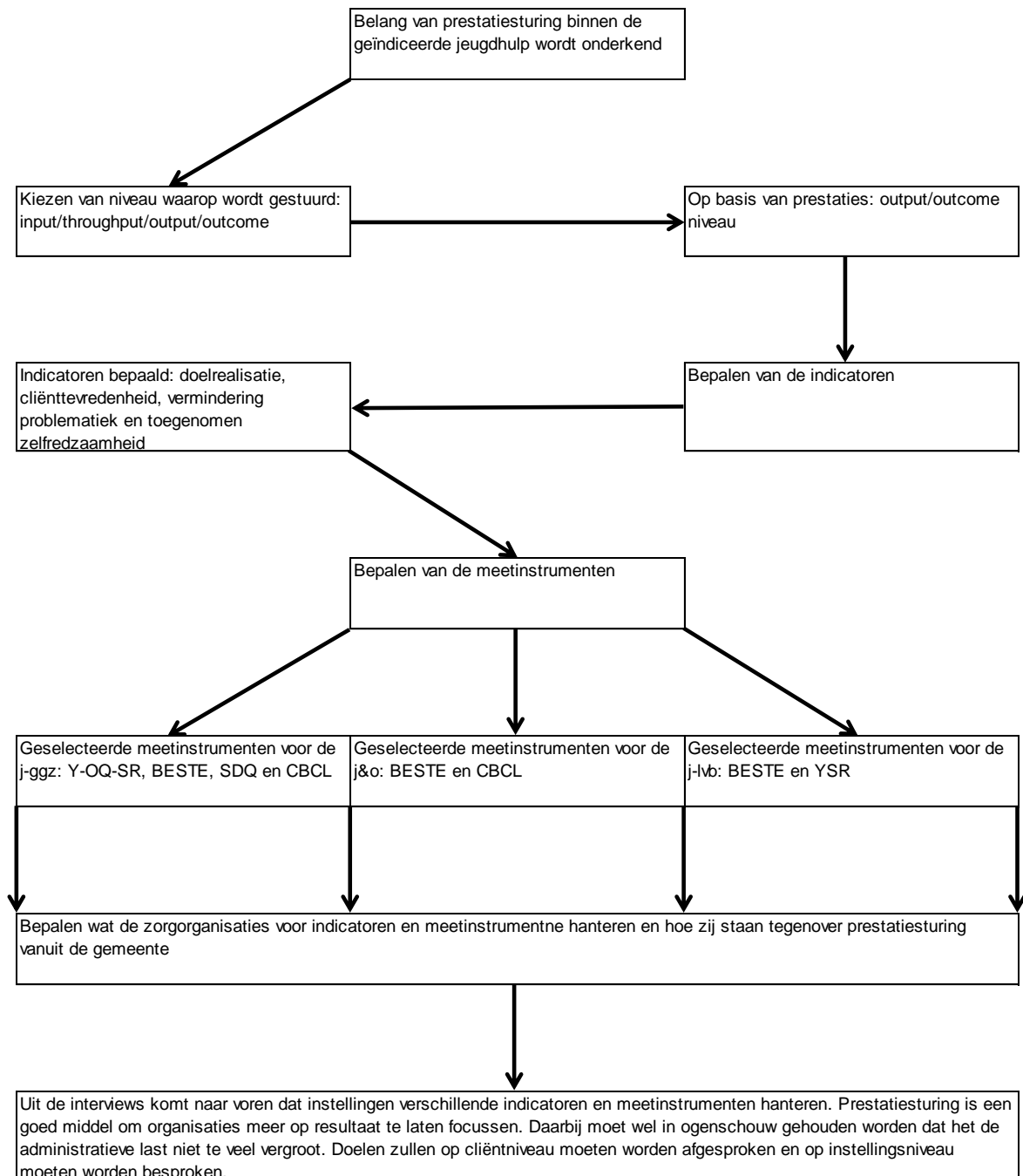
Om zorgorganisaties te kunnen vergelijken zullen de indicatoren en meetinstrumenten gelijk moeten zijn. Uit de interviews komt naar voren dat dit niet het geval is. De meetgebieden overlappen deels maar verschillen ook van elkaar. Ditzelfde geldt voor de meetinstrumenten. De ene geïnterviewde geeft aan dat een uniforme set niet haalbaar is vanwege de eigen beleidsplannen van zorgorganisaties. Een andere geïnterviewde geeft aan dat de gemeente, mogelijk samen met de branche, de enige is die een dergelijk systeem kan afdwingen.

Om een voor gemeenten, onwerkbaar situatie, te voorkomen is een uniforme set van indicatoren en meetinstrumenten noodzakelijk. Wanneer gewerkt wordt met verschillende indicatoren en meetinstrumenten per zorgorganisatie vereist dit van gemeenten kennis van al deze instrumenten, dit is ondoenlijk gezien het grote aantal meetinstrumenten. Daarnaast

kunnen aanbieders op deze manier niet vergeleken worden met elkaar. Ook het juist interpreteren van de resultaten is niet mogelijk omdat enkele gehanteerde instrumenten niet valide of betrouwbaar zijn bevonden, of worden ingevuld door zorgverleners die daarmee invloed hebben op de score van een meetinstrument.

Figuur 10 toont een verder ingevuld model hoe te komen tot prestatiebesturing binnen de jeugdhulp.

*Figuur 10:*



## 7. Conclusie en discussie

Dit onderzoek is ingegaan op de vraag hoe prestatiebesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp vormgegeven kan worden. Daarbij is gestart met het aantonen van het belang en de waarde van prestatiebesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp. Zonder een belang of waarde zou dit onderzoek irrelevant zijn. Het belang is aangetoond middels het service triad model en het agent-principaal probleem. In deze modellen wordt de link gelegd met controleren op basis van behaalde resultaten, wat wordt beoogd met dit onderzoek. Maar waar dit onderzoek zich heeft gericht op output en outcome sturing is het van belang te weten dat ook sturing op het niveau van input en/of throughput een optie kan zijn. Ook wordt aangegeven wat met de behaalde resultaten op de indicatoren kan worden gedaan, namelijk beoordelen, vergelijken, leren kennen, transparant maken en/of bekostigen. Het belang van het meten van prestaties wordt ook onderkend door de geïnterviewde medewerkers van zes organisaties.

De basis van prestatiebesturing zijn de indicatoren die gemeten worden. Een landelijk voorgestelde set is daarbij gepresenteerd als uitgangspunt. Dit zijn de indicatoren doelrealisatie, cliënttevredenheid, vermindering van de problematiek en toegenomen zelfredzaamheid. In de interviews kwam naar voren dat organisaties, van elkaar verschillende, indicatoren meten. Deze verschilden ook van de voorgestelde set in dit onderzoek. Interessant is dat de indicatoren die vanuit de organisatie gemeten moeten worden niet altijd de gewenste indicator van de medewerker is.

Vanuit de literatuur en de interviews is naar voren gekomen dat, bij het bepalen van indicatoren en meetinstrumenten ook gekeken moet worden naar een mogelijke verhoging van de administratieve last, deze mag niet onevenredig hoog zijn. Dit is ook het doel van de landelijk voorgestelde set, die overgenomen is in dit onderzoek. Wanneer deze set daadwerkelijk wordt vastgesteld en elke gemeente zich daaraan dient te conformeren leidt tot meer uniformering tussen verschillende gemeenten. Derhalve is het advies deze set van indicatoren te hanteren bij de implementatie van prestatiebesturing door gemeenten. Dit kan tot weerstand leiden in de zorgmarkt. Echter is een situatie waarin iedere aanbieder haar eigen indicatoren set gebruikt onwenselijk voor de gemeente, omdat de gekozen indicatoren niet aansluiten bij hetgeen een gemeente wil meten. Ook het vergelijken van aanbieders is dan niet mogelijk.

Wat geldt voor de genoemde en geselecteerde indicatoren vanuit de literatuur en praktijk, geldt ook voor de genoemde en geselecteerde meetinstrumenten vanuit de theorie ten opzichte van de praktijk. Uit de analyse, op vijf verschillende aspecten, van 27 meetinstrumenten gevonden in de literatuur volgden zes meetinstrumenten voor de drie verschillende zorgvormen. Uit de interviews blijkt dat organisaties op gemeenschappelijke indicatoren verschillende meetinstrumenten hanteren. Ook meetinstrumenten die niet valide of betrouwbaar zijn of worden afgenomen door de behandelaar. Er kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de resultaten volgend uit deze metingen middels deze meetinstrumenten.

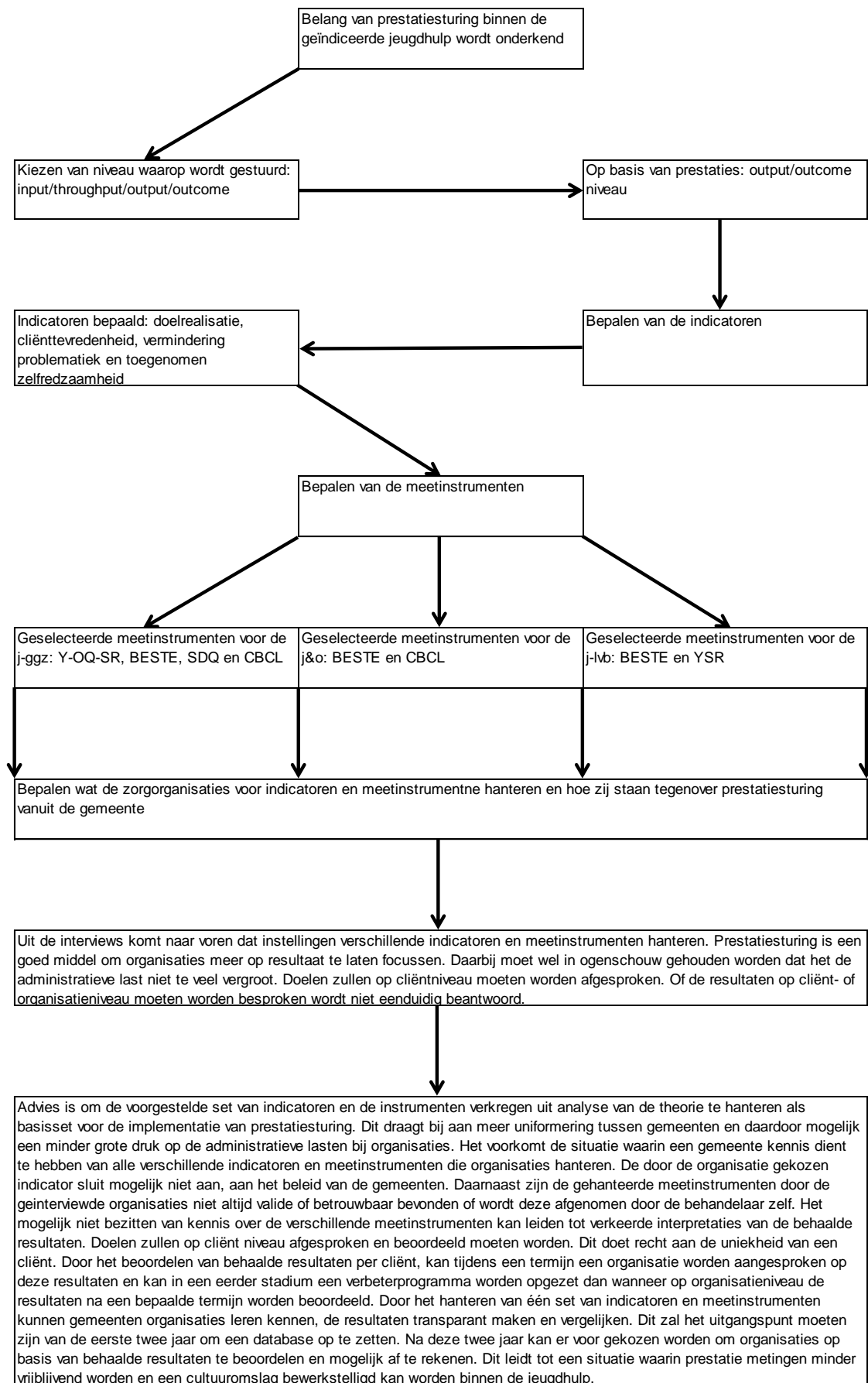
Het advies is om de zes meetinstrumenten, volgend uit de analyse van 27 meetinstrumenten, gepresenteerd in dit onderzoek als uitgangspunt te hanteren voor de implementatie van prestatiesturing binnen de jeugdhulp. Ten eerste voorkomt dit een situatie waarin organisaties niet valide of betrouwbare meetinstrumenten hanteren en er dus waarde gehecht kan worden aan de uitkomsten. Ten tweede voorkomt het ook een situatie waarin gemeenten kennis moet hebben over alle verschillende meetinstrumenten die gehanteerd worden om de resultaten goed te kunnen interpreteren. Het derde punt is dat organisaties niet met elkaar kunnen worden vergeleken wanneer verschillende meetinstrumenten worden gehanteerd en dat wanneer de kennis ontbreekt over de verschillende meetinstrumenten de gemeenten organisaties ook niet kunnen leren kennen of de resultaten transparant gemaakt kunnen worden. Ook dit kan tot weerstand leiden in de markt doordat werkwijzen mogelijk moeten worden aangepast.

De geïnterviewde medewerkers geven aan dat op cliënt niveau doelen zouden moeten worden afgesproken op de verschillende indicatoren. Dit doet recht aan de verschillende cliëntenstromen per organisatie, de verschillen tussen cliënten binnen een organisatie en dus aan de uniekheid van een cliënt, zijn/haar omgeving en gezinssituatie. Of de beoordeling op cliënt niveau of op organisatieniveau zou moeten plaatsvinden verschillen de geïnterviewde medewerkers van mening. Een antwoord volgt ook niet uit de ‘Pay for Performance’ programma’s. Echter is het argument dat het ondoenlijk is om op cliënt niveau resultaten te beoordelen niet steekhoudend bevonden. Echter om tot een gemiddeld resultaat per organisatie te komen zullen alle resultaten op cliënt niveau moeten worden geanalyseerd. Derhalve wordt in dit onderzoek gepleit voor het afspreken en beoordelen van resultaten op cliënt niveau. Dit heeft als voordeel dat ook binnen een termijn een organisatie aangesproken kan worden op behaalde resultaten en er mogelijk een verbeterprogramma kan worden opgesteld. Wordt een organisatie beoordeeld na een bepaalde termijn op organisatieniveau, dan kan dit verbeterprogramma pas later worden opgesteld.

Met betrekking tot het leren kennen, beoordelen, vergelijken, transparant maken en afrekenen van aanbieders is het advies organisaties de eerste twee jaar te leren kennen en waar mogelijk te vergelijken gelet op de verschillen in context waarin zorgorganisaties zorg verlenen. Een database kan worden ontworpen waarin de resultaten zijn opgenomen. Op basis van de gegevens in deze database kunnen in de jaren daarop organisaties worden beoordeeld op behaalde resultaten en mogelijk ook worden afgerekend. Dit verhoogd de druk op het daadwerkelijk meten van de indicatoren. Iets wat wordt beoogd met prestatiesturing en waardoor vrijblijvendheid verdwijnt en een cultuuromslag kan worden bewerkstelligd bij organisaties en haar medewerkers.

Bovenstaande is contractueel af te dwingen. Echter is de dialoog een zachter middel om te komen tot het vormgeven van prestatiesturing en kan het ook het draagvlak voor de implementatie vergroten. De kennis aangedragen in dit onderzoek vormt een basis om deze dialoog aan te gaan. Figuur 11 toont het volledige schema hoe te komen tot prestatiesturing binnen de geïndiceerde jeugdhulp.

Figuur 11:



Een verdere verdieping van dit onderzoek ligt in het interviewen van meer organisaties. In dit onderzoek zijn middelgrote tot grote zorgorganisaties geïnterviewd. Zelfstandigen zonder personeel of eenmanszaken, zoals zorgboerderijen of vrijgevestigde psychologen, hebben mogelijk andere ideeën bij prestatiesturing. Zij verlenen de zorg, maar voeren ook de administratie en zullen dus ook belast worden met meetinstrumenten die moeten worden afgenomen en verantwoord. Interessant is of deze partijen op dezelfde manier tegen prestatiesturing aan kijken als de middelgrote tot grote zorgorganisaties.

Daarnaast zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de oorzaak van de van elkaar verschillende indicatoren en meetinstrumenten die gehanteerd worden door zorgorganisaties. De zorgvormen verschillen van elkaar wat betreft cliënt, zorg en mogelijke prestaties die behaald kunnen worden. Het is interessant te onderzoeken waar de verbinding of overlap ligt met organisaties van andere zorgvormen of hoe die mogelijkerwijs tot stand gebracht kan worden.

Daar waar dit onderzoek zich voornamelijk gericht heeft op de gemeenten en zorgorganisaties is het ook van belang dat de cliënten, daar waar het om draait, worden gehoord. Een vervolgonderzoek kan de wensen van deze groep inventariseren. Wat vinden cliënten belangrijke meetgebieden en hebben zij mogelijk voorkeuren voor bepaalde meetinstrumenten.

## **9. Bijlagen**

### **Bijlage 1**

#### 1. Exit-meetinstrument

De Exit meetinstrument is een instrument dat ingaat op de cliënttevredenheid. Het meet de mening en de beleving van de cliënt over het zorgproces en de omgang met de zorgverleners. Deze meetinstrument wordt ingezet binnen de j&o. Het meetinstrument bestaat uit tien vragen met 4 waarden van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens. Met de resultaten van het meetinstrumenten kan bekeken worden hoe de zorgorganisatie scoort op tevredenheid en vooruitgang van de cliënt (MOgroep/StichtingAlexander). Het instrument wordt ingevuld door de cliënt of door de ouders van de cliënt. De afname neemt ongeveer tien minuten in beslag. De betrouwbaarheid is goed bevonden, over de validiteit worden geen uitspraken gedaan (Stichting Alexander, 2011).

#### 2. Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effectiviteit (BESTE)

Met de Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effectiviteit (BESTE) kan ook de cliënt tevredenheid gemeten worden. De lijst wordt na afloop van de behandelperiode ingevuld door een ouder, het kind en de hulpverlener. Deze meetinstrument gaat ook in op de ervaren effectiviteit van de behandeling door ouder, kind en hulpverlener. Hierdoor kan ook een beeld verkregen worden van de effectiviteit of doelrealisatie van de zorg. De afname neemt ongeveer vijf minuten in beslag. De betrouwbaarheid van het meetinstrument is goed bevonden, de validiteit voldoende (Nederlands Jeugdinstituut, 2004).

#### 3. Client tevredenheidstoets (C-Toets)

Een andere meetinstrument dat gehanteerd wordt voor het beoordelen van de cliënt tevredenheid is de cliënt tevredenheidstoets (C-toets). Deze meetinstrument bestaat uit 21 tot 32 algemene stellingen met ook 4 keuzemogelijkheden. Cliënten worden collectief en anoniem gevraagd naar hun mening over het zorgproces. De toets is echter niet geschikt om zorgorganisaties te vergelijken. Dit komt doordat de wijze van afname en de context waarin de lijst wordt afgenomen te veel van elkaar verschillen (Mogroep/StichtingAlexander, 2004). De afname duurt ongeveer een kwartier en de cliënt, de ouders of de verzorgers vullen het meetinstrument in. De betrouwbaarheid is goed, De validiteit had een waarde die als groot te classificeren is (Nederlands Jeugdinstituut, 2016). Dit wordt beschouwd als minstens voldoende.

#### 4. B-toets

Een aanvulling op de cliënt tevredenheid toetsen kan de B-toets zijn. Met de B-toets wordt de bejegening van de zorgverlener tot het kind bepaald. Hierdoor kan een oordeel worden gevormd over één specifieke zorgverlener maar ook over het hele zorgproces. De

tevredenheid over de verleende zorg zit niet alleen in de doelrealisatie maar ook in de wijze waarop de het kind wordt aangesproken en het gevoel wat het heeft met de zorgverlener(s). De B-toets kan extra diepte aanbrengen in het cliënt tevredenheidonderzoek. De B-toets wordt ingevuld door de cliënt of zijn/haar ouders. De afnameduur is niet bekend. De betrouwbaarheid van het instrument is onderzocht en goed bevonden, over de validiteit worden geen uitspraken gedaan (Nederlands Jeugdinstituut, 2015).

## 5. Consumer Quality Index

De Consumer Quality Index (CQI) is een systeem om de klantenervaring te meten. Deze meetinstrumenten zijn ook ontwikkeld voor de jeugdhulp, gehandicaptenzorg en de ggz. Ze sluiten dus aan bij de jeugdhulp. Het is een gestandaardiseerde manier om klantenervaringen te meten, analyseren en te rapporteren. CQI bestaat uit een schriftelijke meetinstrument maar ook uit online meetinstrumenten en soms worden er interviews gehouden (Centrum klantenervaringen Zorg). Het meetinstrument wordt dus ingevuld door de cliënt. De afnameduur is echter onbekend. De betrouwbaarheid is wel minstens voldoende, de validiteit behoeft meer onderzoek (Rademakers et al., 2008).

## 6. GGZ-jeugdthermometer

Er is ook een meetinstrument die de waardering van de kinderen en hun ouders over het behandelproces meten binnen de GGZ. Dit is de GGZ-jeugdthermometer. Het meet de waardering van informatie, inspraak, hulpverlener en de waardering van het resultaat. De resultaten geven een beeld van de cliënttevredenheid, de tevredenheid van de ouders en de tevredenheid die geboden is aan henzelf naar aanleiding van de problemen van hun kind. Problemen met een kind beperking zich niet alleen tot het kind maar hebben ook effect op de ouders of opvoeders van het kind (Nederlands Jeugdinstituut, 2005). Het meetinstrument wordt ingevuld door jongeren ouder dan twaalf jaar of door ouders als de cliënt jonger is dan twaalf jaar. De afnameduur is onbekend. De betrouwbaarheid is voldoende, de validiteit lijkt voldoende te zijn. Echter is de validiteit onderzocht in een te kleine steekproef waardoor weinig waarde gehecht kan worden aan de uitkomsten hiervan (Nederlands Jeugdinstituut, 2005).

## 7. Patient Reported Outcome Measures

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) is een meetinstrument die bestaat uit meetinstrumenten die voor, tijdens en na de behandeling kunnen worden ingevuld door de cliënt en die de kwaliteit van leven meten vanuit het perspectief van het kind. Het zijn korte en eenvoudige meetinstrumenten die digitaal afgenomen en verwerkt worden. Dit bevordert het inzicht in zorguitkomsten. Hiermee kunnen de processen worden geëvalueerd en bijgestuurd. De resultaten van de PROMs kunnen gebruikt worden voor externe verantwoording (VitalHealthSoftware). De betrouwbaarheid en validiteit zijn nog niet onderzocht (van Kessel, Triemstra, de Boer, 2014).



## 8. Strength and Difficulties meetinstrument

De Strength en Difficulties meetinstrument (SDQ) is gebruikt als screening instrument om psychosociale problemen bij kinderen op te sporen. Het meet de psychosociale problemen, de sterke kanten en de invloed van de problemen op het dagelijks functioneren van het kind. De SDQ bestaat uit verschillende versies, voor leerkracht, voor de ouders en voor het kind zelf. De items die behandeld worden zijn: emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit of onoplettendheid, relatieproblemen en sociaal gedrag (Nederlands Jeugdinstituut, 2000). Elk item bestaat uit 5 vragen. Ondanks dat het meetinstrument diagnostisch van aard is zijn de vragen ook geschikt om te meten wat het effect van de ingezette zorg is (van Berkel et al., 2006). Een vraag die bijvoorbeeld gesteld wordt is: ‘ Is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren’. Voor een kind dat problemen heeft en waar op school de resultaten ook niet goed zijn kan deze vraag dienen als doel voor de behandeling. Door met de behandeling te focussen op de concentratie kan een hogere score verwacht worden op de SDQ en kunnen de schoolprestaties ook verbeterd zijn. De lijst wordt ingevuld door de ouders of leerkrachten van het kind en de afnameduur is ongeveer vijf minuten. De betrouwbaarheid als voldoende beoordeeld en de validiteit als matig tot voldoende (Nederlands Jeugdinstituut, 2000).

## 9. Standaard Taxatie Ernst Problematiek

Er zijn ook meetinstrumenten die de problemen die een kind heeft beoordeeld. De Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP) beoogt dit. Deze kan gehanteerd worden door de zorgverlener om snel, in circa 20 minuten, de ernst van de problematiek van een cliënt te achterhalen. Ook kan beoordeeld worden hoe groot het risico is op een toename van de ernst van de problematiek. Het kan gebruikt worden als een diagnostisch instrument maar ook om in te schatten wat het effect is van de geboden zorg (Nederlands Jeugd instituut, 2010). Voor dat STEP ingevuld kan worden is er veel informatie nodig. Het instrument kan dus niet heel vroeg in het zorgproces ingezet worden. De STEP kan gezien worden als een instrument voor een alles omvattende classificatie waarbij andere instrumenten als input voor de beoordeling gebruikt kan worden. Het instrument bestaat uit zes schalen die gaan over het functioneren, de omgeving, de zorgzwaarte, de urgentie van zorg, het risico voor de cliënt en het risico voor de omgeving van de cliënt (van Yperen, van der Pijll, Schouten, Chènevert, Eijgenraam, 2010). De STEP is voldoende betrouwbaar, de validiteit is beperkt onderzocht en hierdoor kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de validiteit (Eijgenraam et al., 2008).

## 10. Youth Self Report

Er zijn ook meetinstrumenten die ingaan op de zelfstandigheid en vaardigheden van het kind. Met de Youth Self Report (YSR) wordt de visie van het kind op de eigen emotionele- en gedragsproblemen en de eigen vaardigheden in kaart gebracht. Het meetinstrument bestaat uit twee onderdelen, een vaardighedendeel en gedragsprobleemonderdeel. In het geval van jeugdhulp zou het gedragsprobleemdeel het deel zijn om de effectiviteit van een behandeling te beoordelen (Nederlands Jeugdinstituut, 2003). Het meetinstrument wordt ingevuld door de

cliënt, onder supervisie van een gedragswetenschapper of psycholoog. De afname duurt ongeveer 15 tot 20 minuten. De betrouwbaarheid is goed en de validiteit wordt als voldoende beoordeeld (Nederlands Jeugdinstituut, 2003).

#### 11. Child Behaviour Checklist

De Child Behaviour Checklist (CBCL) is een meetinstrument die het probleemgedrag en de vaardigheden van de jeugdige beoordeeld maar dit doet vanuit het oogpunt van de opvoeders. De opvoeders of verzorgers vullen het meetinstrument in. Van deze meetinstrument zijn twee vormen; van 1,5-6 jaar en van 6-18 jaar (Addink, 2013). De YSR en de CBCL zijn onderdeel van het Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). ASEBA is een verzameling van meetinstrumenten, interviews en observatielijsten voor het aangeven van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen (Boer, Markus, Vermeiren, 2012). De afnameduur is 15 tot 20 minuten. De betrouwbaarheid is goed bevonden van het meetinstrument, de validiteit voldoende (Nederlands Jeugdinstituut, 2014).

#### 12. Caregiver-Teacher's Report Form (C-TRF)

De Caregiver-Teacher's Report Form (C-TRF) is een meetinstrument voor kinderen van 1,5-6 jaar en van 6-18 jaar. Het meetinstrument wordt ingevuld door de leerkrachten. Er worden vragen beantwoordt over schoolwerk, functioneren en de emotionele en gedragsproblemen van het kind. Daarnaast kunnen er ook scores gegeven worden op schoolvorderingstoetsen en intelligentie tests. Het kan zijn dat een kind in de jeugdhulp minder presteert op school en dit kan een doel zijn om te verbeteren. Met deze meetinstrument kan gemeten worden of het gedrag en de prestaties op school verbeterd zijn. De afname kost tien tot 20 minuten. De betrouwbaarheid is goed, de validiteit is voldoende (Nederlands Jeugdinstituut, 2010).

#### 13. Effecten Ster

De Effecten Ster meet de zelfredzaamheid van het kind binnen de j&o. Deze Effecten Ster bestaat uit meerdere domeinen die veranderingen bij de cliënt meten. Dit kan zowel gedaan worden door de opvoeders, samen met de hulpverlener of door het kind. De domeinen van de Effecten Ster zijn; Gezin Ster, Werk Ster, Budget Ster, Jongeren Ster, Ouderen Ster en Psychiatrie Ster. Voor de jeugdhulp zijn de Gezin Ster, Werk Ster, Jongeren Ster en de Psychiatrie Ster bruikbaar. De keuze voor een domein ligt aan de vraag of het probleem van het kind. Elk domein gaat in op verschillende thema's. Door middel van de Effecten Ster kunnen de effecten van de hulpverlening gemeten worden (EffectenSter). Over de afnameduur is niets bekend. De betrouwbaarheid en validiteit zijn nog niet onderzocht (Addink, 2013).

#### 14. Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen (SRZ)

De Sociale-Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen (SRZ) is een meetinstrument die speciaal voor de jeugd-lvb kan worden gebruikt. Het meetinstrument is voor licht verstandelijk

beperkte kinderen vanaf vier jaar. Het meetinstrument richt zich op algemene dagelijkse vaardigheden, taalgebruik, taakgerichtheid en sociale gerichtheid. Het kan een bijdrage leveren aan het opstellen van een individueel behandelplan en het meten van de effectiviteit van dit behandelplan (Nederlands Jeugdinstituut, 2004). Het meetinstrument wordt ingevuld door de zorgverlener, maar kan ook ingevuld worden door de ouder of verzorger van het kind. De afnameduur is tien tot 15 minuten. De betrouwbaarheid en de validiteit van de SRZ zijn goed bevonden,

#### 15. Kidscreen-52

Over de kwaliteit van leven kan ook informatie worden verkregen door middel van de kidscreen-52. Er zijn meerdere kid screen meetinstrumenten maar deze meetinstrument geeft gedetailleerde informatie over één kind terwijl de andere meetinstrumenten bedoeld zijn voor globaal onderzoek of voor epidemiologisch onderzoek. De frequentie en de hevigheid van de emoties en gedragingen in de afgelopen week worden gemeten door middel van deze meetinstrument. Het meetinstrument hoeft niet in zijn geheel afgenomen te worden. Er kunnen ook bepaalde items uit het meetinstrument genomen worden, de volgorde van de items moeten wel intact blijven. Het is een zelfrapportage lijst die ingevuld mag worden met of zonder de zorgverlener. De afnameduur is 15 tot 20 minuten. De betrouwbaarheid is goed, de validiteit voldoende (Nederlands Jeugdinstituut, 2004).

#### 16. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents

Voor het meten van de effecten van de behandeling binnen de jeugdpsychiatrie kan gebruik worden gemaakt van de Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Deze meet de emotionele en gedragsstoornissen bij kinderen en het dagelijks functioneren van kinderen en jongeren (Gowers et al., 1999). HoNOSCA bestaat uit vijftien items en de problemen worden gescoord op basis van voorkomen in de afgelopen twee weken (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie). Training is wel vereist voor het juist afnemen van de HoNOSCA en dus de bruikbaarheid van het meetinstrument. Gowers et al. (1999) concluderen dat HoNOSCA een meetinstrument is die routinematig gebruikt kan worden om de effecten bij kinderen en volwassen binnen de geestelijke gezondheidszorg te meten. De afnameduur is ongeveer tien tot 15 minuten. Of HoNOSCA betrouwbaar is, is onbekend. De validiteit is wel bewezen blijkt uit onderzoek van Bilenberg (2003).

#### 17. Clinical Outcomes in Routine Evaluation

De Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measures (CORE-OM) meet de effectiviteit en de efficiency van de psychotherapeutische behandeling. Het meetinstrument bevat 34 vragen over vier domeinen: subjectief welzijn, problemen en symptomen, dagelijks functioneren en de risico's voor het kind zelf en zijn omgeving. Het meetinstrument wordt door het kind zelf ingevuld, dit kost ongeveer vijf tot tien minuten. (Beljouw & Verhaak, 2010). De CORE OM is betrouwbaar en valide, deze werden beiden als goed beoordeeld (Evans, 2012).

## 18. Child Outcome Rating Scale

De Child Outcome Rating Scale (CORS) meet ook de effectiviteit van de behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het meetinstrument bestaat uit vier items: het individueel, relationeel, sociaal en algeheel welbevinden. De vier scores kunnen apart van elkaar worden bekeken maar kunnen ook worden opgeteld tot een totaalscore waardoor na elke meting gekeken wordt wat de vooruitgang van het kind is. Wanneer na de derde meting het kind minder dan 5 punten op de totaalscore verbeterd is, is het nodig om de therapie bij te sturen en te kijken naar de therapeutische relatie. Deze lijst wordt door het kind zelf ingevuld (Beljouw & Verhaak, 2010). De betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrumenten zijn hoog (Bringhurst, et al., 2006)

## 19. Youth Outcome Questionnaire-Self Report en de Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ-SR en Y-OQ)

Een meetinstrument die ook behandelresultaten meet zijn de Youth Outcome Questionnaire-Self Report (Y-OQ-SR) en de Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ). De Y-OQ-SR wordt door het kind van 12-18 jaar zelf worden ingevuld, de Y-OQ wordt ingevuld door de ouders van het 4 tot 7-jarige kind. Het meetinstrument bestaat uit 64 vragen die ingaan op meest voorkomende psychiatrische stoornissen, interpersoonlijke stoornissen en de sociale rollen. Het meetinstrument is gevoelig voor veranderingen en is daarom geschikt als effectmeting van de geboden zorgverlening. De afnameduur is ongeveer vijf minuten (Beljouw & Verhaak, 2010). Ridge et al. (2009) beoordeelden het meetinstrument als betrouwbaar en valide.

## 20. Goal Attainment Scaling (GAS)

Doelrealisatie is ook van groot belang tijdens het zorgproces. Met de Goal Attainment Scaling (GAS) kan beoordeeld worden in hoeverre de gestelde doelen behaald zijn op een vooraf bepaalde schaal. GAS kan de effectiviteit van de zorg beoordelen. De doelen worden samen met de cliënt voor het zorgproces besproken en bepaald. Deze doelen worden zo opgesteld dat ze duidelijk en meetbaar zijn. De GAS is opgedeeld in 6 scores: achteruitgang, uitgangssituatie, minder dan het doel, het doel, meer dan het doel en veel meer dan het doel (Dekkers, de Viet, Eilander en Steenbeek, 2011). Dekkers et al. (2011), geven het voorbeeld van een moeder met een probleemkind waarmee ze elke dag ruzie heeft over bepaalde activiteiten. Samen met de cliënt, de moeder en het team wordt bepaald wat de uitgangssituatie is, dus hoeveel activiteiten er minimaal zonder geruzie zijn gegaan. Daarna wordt het doel opgesteld en kan later beoordeeld worden in hoeverre deze doelen zijn bereikt. Op deze manier kunnen doelen geformuleerd worden en na verloop van tijd gekeken worden in hoeverre deze zijn behaald. Zo kan ook de effectiviteit van het zorgproces bepaald worden. De betrouwbaarheid en de validiteit zijn niet of beperkt onderzocht. GAS lijkt valide te zijn (Dekkers et al., 2011)

## 21. Storend-Gedragsschaal (SGZ)

De Storend-Gedragsschaal (SGZ) meet het storend gedrag van een kind vanaf drie jaar met een licht verstandelijke handicap. De SGR kan gebruikt worden om het storend gedrag van een kind te meten voor en na de behandeling. Op deze manier kan worden beoordeeld of de verleende zorg geleid heeft in een afname van het storend gedrag. De vragen gaan over agressief storend gedrag, verbaal storend gedrag en gemengd storend gedrag en bestaat uit 32 vragen. Het meetinstrument wordt ingevuld door de begeleiders en neemt vijf tot vijftien minuten in beslag. Het meetinstrument is als hoog betrouwbaar en valide beoordeeld (Nederlands Jeugdinstituut, 1997)

## 22. Meetinstrument voor Gedragsproblemen bij Kinderen 6-16 jaar

Een ander instrument die gedragsproblemen meet is het meetinstrument voor Gedragsproblemen bij Kinderen 6-16 jaar (VvGK 6-16). Er worden 42 vragen gesteld die betrekking hebben op de symptomen van ADHD, ODD en CD (antisociale gedragsstoornissen). Deze symptomen hebben invloed op gedragsproblemen. Bij afname van de symptomen van deze ziekte nemen de gedragsproblemen ook af. Dit zal onder andere moeten leiden tot een situatie waarin het kind zich kan ontwikkelen (Nederlands Jeugdinstituut, 2008). De ouder of leerkracht vult het meetinstrument in en de afnameduur is ongeveer tien minuten. De betrouwbaarheid is voldoende, de validiteit is goed (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2011).

## 23. De Sociaal-Emotionele Meetinstrument (SEV)

De Sociaal-Emotionele Meetinstrument (SEV) wordt ook ingevuld door ouder of leerkracht ingevuld en aan de hand van hun beoordeling wordt bepaald of het kind gedrag of ontwikkelingsproblemen heeft. Deze meetinstrument bevat 72 vragen over soorten gedrag die op een 5 puntsschaal worden beantwoord. Het is globale meetinstrument die ingaat op alle problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind en focust niet op één aspect van de sociaal-emotionele ontwikkeling. Het invullen van het instrument kost ongeveer dertig minuten. De betrouwbaarheid en de validiteit van het meetinstrument is goed bevonden (Nederlands Jeugdinstituut, 2005).

## 24. De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI)

De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) valt buiten het plaatje van zelfredzaamheid, diagnostiek en doelrealisatie maar is niet minder belangrijk. De NOSI of de verkorte versie van het meetinstrument NOSIK wordt de stressbeleving of de belasting gemeten bij de opvoeding. Deze meetinstrument is in te vullen door zowel de ouders als de cliënt. Het meetinstrument is verdeeld in een ouder en kind domein om te kunnen bepalen vanuit welk domein stress wordt ervaren. Zo kan beoordeeld worden of de verleende zorg geleid heeft tot een minder stressvol huishouden of de belasting minder is voor zowel de opvoeders als de kinderen. Een goed punt hierin is, is dat de opvoeders erg betrokken worden. Een rustig en

stabiel huishouden is voor elk kind goed, daar draagt het kind zelf aan bij maar ook de ouders kunnen hierin bijdragen (Nederlands Jeugdinstituut, 1992). De afnametijd bedraagt ongeveer 25 minuten. De betrouwbaarheid is voldoende bevonden, de validiteit is goed (Landelijk Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2013).

#### 25. Meetinstrumenten Gezin en Opvoeding

De set Meetinstrumenten Gezin en Opvoeding (VG en O) bestaat uit vier meetinstrumenten waaronder de OBVL. De drie andere meetinstrumenten zijn het meetinstrument Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO), de Verkorte Schaal voor Opvoedersgedrag (VSOG) en het meetinstrument Meegemaakt Gebeurtenissen (VMG). Deze set van meetinstrumenten zijn in hun geheel geschikt voor de jeugdhulp. Dit geldt voor jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ggz en de jeugd-lvb (Veerman, Janssen, Kroes, de Meyer, Nguyen & Vermulst, 2012). De ouders van de cliënt vult het meetinstrument in. Veerman et al. (2012) stellen dat de betrouwbaarheid en de validiteit van het instrument goed is.

#### 26. De Gezinsklimaatschaal-II

De Gezinsklimaatschaal-II geeft inzicht in hoe gezinsleden het klimaat binnen hun gezin ervaren. Deze meetinstrument mag worden ingevuld door alle gezinsleden vanaf 11 jaar. Het kan dus gebruikt worden om informatie over het gezin te verkrijgen. Het meetinstrument kan gebruikt worden door de behandelaar om de effectiviteit van de behandeling te meten. De lijst bestaat uit 77 vragen die met ja of nee beantwoord kunnen worden. De afname duurt ongeveer twintig minuten. De betrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende beschouwd (Nederlands Jeugdinstituut, 1996) (Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2010).

#### 27. Gezinsmeetinstrument (GVL).

Er is ook een Gezinsmeetinstrument (GVL). Hiermee kan de gezins- en opvoedingsomstandigheden en problematiek binnen het gezin bepaald worden. Daarnaast kan ook bepaald worden wat de mogelijke oorzaken kunnen zijn van problemen en zo kan deze meetinstrument aanknopingspunten geven om het functioneren van het gezin bij te sturen. De afnameduur is ongeveer dertig minuten. De betrouwbaarheid en validiteit zijn beiden als goed beoordeeld (Nederlands Jeugdinstituut, 2008).

## **Bijlage 2**

### *Karakter*

Zoals genoemd is Karakter een grote jeugd-ggz zorgorganisatie waar een manager is geïnterviewd. Bij de eerste vraag over resultaat gestuurd afrekenen en hoe dit dan georganiseerd zou moeten worden werd direct gezegd dat dit een heel lastig verhaal zou worden. Dit komt door de complexiteit van het meten en wat er gemeten wordt. Meetinstrumenten zijn subjectief van aard en een momentopname. Ook de zorg die verleend is, is niet direct te koppelen aan het resultaat omdat dit van meerdere factoren afhankelijk is.

Als voorbeeld werd de Routine Outcome Measurement (ROM) genoemd. Dit is een set van meetinstrumenten die door de zorgverzekeraars is opgelegd. Er mag een keuze gemaakt worden uit het meetinstrumenten en deze moeten dan per cliënt ingevuld en ingeleverd worden. Daar wordt een responsrate van 80% geëist door de verzekeraar. Wordt deze indicator niet gehaald, dan volgt er een korting. Karakter heeft de Kidscreen-52 gekozen maar deze wordt op afstand door de cliënt ingevuld. De keuze om dit op afstand te doen is omdat anders de tijd voor het invullen van de lijst ten koste gaat van de zorg. Het gevolg is wel dat het secretariaat uren moet bellen en mailen met de cliënten om die lijsten terug te krijgen omdat ze anders gekort worden op het budget. Tijd en geld wordt op deze manier in andere zaken gestoken dan de zorg.

Naast dit punt werd ook aangegeven dat niet iedere patiëntenstroom per zorgorganisatie gelijk is. Er zijn zorgorganisaties die veelal ‘makkelijke’ cliënten binnenkrijgen en zorgorganisaties die de meest zware cliënten krijgen omdat deze nergens meer terecht kunnen. Als dan bijvoorbeeld de doelrealisatie gemeten wordt is dat bij een zeer zware cliënt een stuk moeilijker te realiseren dan bij een makkelijke cliënt. Dit geldt ook voor de cliënt tevredenheid. Dit zijn zaken waaraan gedacht moet worden. Daarom zou, wanneer een systeem als dit ingevoerd wordt rekening gehouden moeten worden met de patiëntenstroom van de individuele zorgorganisaties of zouden er individuele afspraken gemaakt moeten worden met zorgorganisaties. Want de wil om te meten is er wel maar dit levert niet direct resultaat. Wordt dit gekoppeld aan een vorm van afrekenen dan zal dit het proces van meten niet bevorderen omdat de markt dan angstig wordt.

Ook het feit dat behandelingen die worden uitgevoerd vaak niet bewezen zijn in de praktijk leidt ertoe dat resultaten tegenvallen. Hangt hier direct een korting aan vast dan kan dat als gevolg hebben dat innovatie binnen de sector stilvalt. Dan wordt er alleen gewerkt met huidige behandelmethoden die een degelijk resultaat laten zien. Andere methoden die wellicht ook goed werken maar niet bewezen zijn zullen dan niet worden gebruikt. Dit is zonde, binnen een transitie en transformatie van de jeugdhulp hoort juist innovatie. Zorgorganisaties maar ook gemeenten zouden zicht moeten krijgen op evidence based behandelingen of best practice based behandelingen. Want zo werd gezegd, er komen ook nieuwe partijen op de markt met nieuwe innoverende technieken die totaal niet bewezen zijn. Dit kan ertoe leiden

dat het kind goede zorg op een later moment krijgt omdat eerst naar deze nieuwe aanbieders is gegaan die maar iets doen.

Op de vraag wat er gemeten zou moeten worden werd er heel stellig gezegd: de tevredenheid van de cliënten maar ook van de medewerkers en ouders. Daarnaast zijn schoolprestaties ook erg belangrijk. De tevredenheid van de cliënt is duidelijk. De tevredenheid van de medewerker is belangrijk omdat een tevreden medewerker ook betere kwaliteit levert werd geredeneerd. De ouders zijn ook belangrijk. Zij zijn degene die ook moeten zien dat het kind op een positieve manier veranderd is en dat de verleende zorg goed is geweest. Schoolprestaties zijn belangrijk omdat een cliënt daar vaak problemen ervaart. Niet alleen de schoolprestaties vallen tegen maar ook hoe het kind zich voelt op school. Hieraan zou ook aandacht geschonken moeten worden.

Naast deze zaken zou ook aandacht geschonken moeten worden aan de DBC's en de duur hiervan. Sommige zorgorganisaties hebben een gemiddeld traject van 8 tot 9 maanden, terwijl anderen een gemiddeld traject duur hebben van 4 maanden of zelfs 2-3 weken. Zorg kan effectiever en efficiënter. Als voorbeeld werd de psychiatrie gegeven. Dit is een vak in ontwikkeling waarin cliënten lang worden opgenomen omdat ze denken dat dit goed is. Maar langer in zorg betekent niet altijd een beter resultaat en soms zijn kinderen gewoon uitbehandeld. Dit zijn zaken waarop gelet moet worden.

Uiteindelijk werd tot besluit gezegd dat het fair zou zijn als op resultaten zou worden afgerekend. Dit kost wel tijd en is een leerproces. Eerst zou er een database moeten worden opgebouwd om vervolgens goede doelen en targets te stellen. Ook moeten daarin de patiëntenstroom van de verschillende zorgorganisaties worden bekeken.

Binnen Karakter is ook een psycholoog geïnterviewd. Deze begon bij de vraag over effect gestuurde afrekening gelijk naar de ROM te wijzen. De achterliggende gedachte van de ROM is het ontwikkelen van een jeugdhulp die meer gericht is op resultaat en dat is goed. Het systeem schiet zijn doel voorbij omdat erop bekostigd wordt. De angst is dat het door invoering van dit systeem hetzelfde gaat gebeuren.

Ook bestaat er angst voor steeds meer willen weten en meten. Dit is zo tijdrovend dat het ten koste gaat van de tijd voor zorg. Ook om het feit dat er verschillende zorgvormen zijn binnen de jeugd-ggz. De DBC-structuur is opgebouwd uit 16 verschillende aandoeeningen. Hiervoor zijn ook allemaal zorg specifieke meetinstrumenten die allemaal tijd kosten. Er werd ook aangegeven dat er periodiek, per drie maanden, gemeten moet worden van zorgverzekeraars. Dit kan betekenen dat een cliënt de Kidscreen een maand na afsluiten van de behandeling de lijst pas invult. Hierdoor wordt het systeem niet erg serieus genomen.

Ook lijsten die 10 minuten of langer duren om in te vullen zijn al haast niet interessant. Tel daarbij op dat er misschien wel 8 lijsten moeten worden ingevuld per cliënt om aan de eisen van de gemeente te voldoen. Dit is onhaalbaar, onrealistisch en niet praktisch. Daarom werd er voorgesteld om het om te draaien. Laat zorgorganisaties meten wat zij belangrijk vinden en dit terugkoppelen binnen de organisatie. Dit kan daarna breder getrokken worden door binnen



de branche het hierover te hebben. Daarna kan er collectief of per zorgorganisatie een rapport afgegeven worden met de behaalde resultaten en de doelen voor komend jaar. Dit kan dan samen met de gemeente worden besproken zodat ook het verhaal achter de cijfers bekend is. Dit slaat terug op het verhaal met de verschillende patiënten stromen en andere invloeden op het resultaat.

Wat voor de psycholoog belangrijk was om te meten is de basale veiligheid. Dit gaat over de thuissituatie. En de sociale acceptatie in de omgeving van het kind. Dus binnen een sportvereniging of school. De doelen zouden eigenlijk op cliënt niveau moeten worden afgesproken en worden geëvalueerd. Dit wordt ook gedaan. Maar er komen elk jaar 8500 kinderen binnen bij Karakter. Als per cliënt een rapportage moet worden gemaakt om aan de gemeente af te leveren en deze ook nog moet worden beoordeeld door de gemeente dan zal het lang duren voordat er afgerekend wordt. Daarnaast zorgt dit ook voor heel veel werk voor de gemeenten. Dus de doelen zouden op cliënt niveau moeten worden afgesproken, de bekostiging ervan op zorgorganisaties niveau. Toch werd er vastgehouden aan het idee dat niet met een bekostiging gewerkt zou moeten worden omdat dit het leerproces verstoort.

Het meetinstrumenten die Karakter gebruikt is de Globas Assessment of Functioning (GAF), de Kidscreen-52 en de C-toets. Daarnaast wordt sinds kort de Feedback Inform Treatment gebruikt. Dit is een korte lijst met 8 vragen die in 2 minuten is in te vullen en ingaat op de perceptie van de cliënt op de behandeling en de bejegening van de behandelaar. Dit zou volgens de psycholoog ook een interessante methodiek zijn voor andere zorgorganisaties en zorgvormen omdat deze heel simpel is opgezet.

### *Care Express*

Care Express omschrijft zichzelf als een laagdrempelige zorgorganisatie met een korte duur van zorg waarin veel wordt samengewerkt, zowel onder collega's als tussen zorgorganisaties. Het focust zich op de jeugd-ggz maar verleend ook diensten in de j&o.

Care Express vindt dat effect gestuurd afrekenen in de toekomst mogelijk is. Hier moet nog wel erg veel voor gebeuren. Zo zou er erg gekeken moeten worden naar de context van de cliënt. Hoe zwaar is de cliënt, wat is het behandelplan en wat is reëel zijn zaken die bekeken moeten worden. Dit zal op cliënt niveau moeten worden beoordeeld en ook beoordeeld moeten worden. Generiek doelen en indicatoren opstellen is niet mogelijk omdat er sprake is van grote diversiteit tussen cliënten. Hier is het wijkteam ook van belang. Omdat doelen op cliënt niveau afgesproken moet worden moet het wijkteam borgen of de gestelde doelen niet te laag zijn zodat automatisch voldaan wordt aan bepaalde indicatoren.

Dit leidt wel tot erg veel bureaucratie maar dat brengt dit systeem automatisch met zich mee. Een idee kan zijn om samen met gemeenten meetinstrumenten af te spreken voor een bepaalde branche om uniformiteit te garanderen. Dit is nodig want anders valt er niets te monitoren en te vergelijken.

Bureaucratie is wel een aandachtspunt. Binnen de jeugdhulp wordt al ontzettend veel gemeten. Hier zijn niet alleen de zorgverleners niet blij mee maar ook de jongeren niet. Care Express is aangesloten bij BergOp. Bergop is een softwareprogramma voor digitale verwerking van meetinstrumenten en effectonderzoek in de zorg (Prakiton). Care Express werkt met de HONOS, YSR, CBCL en OBVL. Bij de start van de behandeling moeten veel lijsten worden ingevuld. Een jongere zit hier niet op te wachten en het kost erg veel tijd. Zij kiezen ervoor om de lijsten samen met de jongeren in te vullen en dus niet op te sturen. Dit gaat wel ten koste van zorgtijd. Daar staat tegenover dat de terugkoppeling van de resultaten als positief wordt ervaren. Op deze manier kan veel sneller beoordeeld worden wat werkt en wat niet en of er mogelijk een andere zorgverlener de cliënt over moet nemen omdat deze meer kennis heeft. Dit verkort ook het zorgproces en vergroot de kwaliteit.

Meer bureaucratie zou opgelost kunnen worden door samen met de branche af te spreken wat de meest belangrijke zaken zijn om te meten. Voor Care Express zou dit de zelfredzaamheid zijn, de krachten van de jongeren en de hulp die door de omgeving gegeven zou kunnen worden en de ernst van de problematiek.

Als laatste werd toegevoegd dat gemeenten wel in acht moeten nemen dat zorg duurder kan worden doordat er mogelijk veel tijd gestoken moet worden in de invulling van meetinstrumenten en de verantwoording over de resultaten.

### *ZoZijn*

Zozijn zet zich in voor de jeugd-ivb en gaf aan dat het vorig jaar begonnen is met resultaatmeting. De vraag hoe prestatie gestuurd afrekenen vorm gegeven zou moeten worden werd niet direct beantwoord. Wel werd gezegd dat er wel wat moet gebeuren omdat de zorgkosten te veel stijgen. De decentralisatie van de jeugdhulp zou een kostenreductie kunnen bewerkstelligen en prestatie gestuurd afrekenen zou een vorm van sturing kunnen zijn. Maar volledig resultaatgericht afrekenen zal niet mogelijk zijn. De mate van invloed van de verleende zorg is nooit objectief te meten en ook andere zorgorganisaties zijn soms betrokken bij de zorg van één zelfde cliënt. Hoe wordt omgegaan als een cliënt zowel binnen ZoZijn maar tegelijkertijd ook binnen de jeugd-ggz wordt behandeld. Wie wordt afgerekend op welke doelen. Dit is een vraag die erg relevant is omdat dit in de toekomst meer zal gebeuren. Ook speelt de cliënt een grote rol bij het behalen van de doelen en dat is soms niet eerlijk.

Als voorbeeld werd gegeven een cliënt met een niet aangeboren hersenletsel. De cliënt kan in dat geval soms niet rationeel denken en verwacht en wil zaken die niet geboden kunnen worden of geen effect hebben. Als zorgverlener weiger je dan de verzoeken van de cliënt om gegronde redenen. De cliënt zal dan niet tevreden zijn terwijl doelen die gesteld zijn mogelijk wel behaald zijn. De context achter de getallen moeten ook bekend zijn maar daarin is een gemeente niet geïnteresseerd.

Wat wel kan is dat doelen worden opgesteld met de cliënt en vervolgens na te gaan of deze behaald zijn. Al deze resultaten kunnen dan gemiddeld worden en dan kan bekeken worden in

procent van de gevallen de doelen worden behaald. Voor het meten van de doelrealisaties wordt de GAS gebruikt. Daarnaast kan ook binnen een zorgorganisatie een centrale doelstelling geformuleerd worden voor alle cliënten. Op die manier kan binnen een zorgorganisatie een kwaliteit verbeterend project ontstaan.

Gebieden die gemeten zouden moeten volgens ZoZijn is de cliënt tevredenheid, de medewerkers tevredenheid en de veiligheid van het kind. De tevredenheid van de medewerkers slaat op het behandelproces. Is de zorgverlener tevreden met het resultaat of met de omgang met de cliënt. Sommige zorgverleners zijn erg gericht op verbeteringen maar die zijn soms niet mogelijk. Een instandhouding van een bepaalde vaardigheid is soms ook een doel. Sommige zorgverleners vinden dat moeilijk. Door dit intern terug te koppelen kunnen medewerkers zo ook worden bijgestuurd.

Er werd wel aangegeven dat uniformiteit van doelen en meetinstrumenten een onmogelijke taak is. Iedere zorgorganisatie doet en wil wat anders. Wat wel kan is in gesprek gaan met zorgorganisaties of cliënten over bepaalde doelen. Dit kan dan bijvoorbeeld gedaan worden door het wijkteam. Op deze manier kan wel gekeken worden of doelen behaald zijn. En zo is het misschien ook mogelijk om zorgorganisaties te vergelijken. Dit moet wel op cliënt niveau gebeuren. Daarbij zouden onaangekondigde metingen ook verricht kunnen worden. De HKZ doet dit ook. Dan worden cliënten gebeld hoe ze het zorgproces ervaren hebben. Op deze manier wordt er gecontroleerd of bijvoorbeeld de cliënten van ZoZijn tevreden zijn. Een controle kan onaangekondigd zijn maar ook het gevolg van klachten van cliënten. Op deze manier kan de gemeente ook werken. Het belangrijkste is dat er een gesprek is. Tijdens het gesprek mag dan best kritisch gekeken worden naar de zorgorganisatie. Zo blijft iedereen scherp en wordt de zorg continue verbeterd.

### *'s Heeren Loo*

Binnen 's Heeren Loo wordt op dit moment gemeten. Zo worden er cliënt tevredenheidsonderzoek gehouden. De lijsten GAS, OBVL, NOSI en SDQ worden gehanteerd voor zowel kind, als ouder en leerkracht gebruikt. Op de vraag of effect gestuurd afrekenen mogelijk is werd geantwoord dat dit lastig is. Het invullen van een meetinstrument is een moment opname, het is maar net hoe de cliënt zich voelt. Daarnaast is ook niet elke cliënt gelijk. De ene cliënt is van zichzelf wat negatiever en dus zal die cliënt een tevredenheidsonderzoek nooit positief invullen. Dit soort zaken liggen buiten het bereik van zorgorganisaties, hier kan weinig aan gedaan worden. Toch heerst er wel het geloof dat meten weten is. Het moet wel gedaan worden. En of meten een last of een lust is ligt ook aan de medewerker. De ene vindt dat het hoort bij het behandelproces. De ander vindt het overbodig en "vergeten" soms een lijst in te vullen. Intern wordt er ook nog te weinig gedaan met de resultaten al wordt dit wel verbeterd.

Daarnaast wordt aangegeven dat er nu al tal van kwaliteitssystemen zijn. Het nadeel is dat iedere zorgorganisatie zich weer committeert aan een ander systeem. Iedereen heeft wat anders. Dit heeft ook deels te maken met de concurrentie die zijn intreden moet doen binnen

de zorgmarkt. Iedereen heeft zijn eigen visie en ideeën. Wat wel gedaan zou kunnen worden is dat de gemeente het gesprek aangaat met een branche om één kwaliteitssysteem te eisen. Als dit gebeurt en dit niet het kwaliteitssysteem is dat nu gehanteerd wordt binnen 's Heeren Loo dan moet het maar aangepast worden.

De gemeente is ook de enige partij die dit af kan dwingen omdat zij bepalen. Op een gegeven moment moet er een knoop doorgehakt worden en dit moet gedaan worden door de gemeente. Zorgorganisaties zelf zullen hier nooit uitkomen. Dit kan wel leiden tot meer bureaucratie. Iedere zorgorganisatie doet zijn eigen ding maar dit doen gemeentes nu ook. Dit is al te merken bij het inkoopproces. Iedere regio stelt zijn overeenkomst net weer anders op. Dit is voor zorgorganisaties ook lastig. Als iedere gemeente ook op deze manier dit proces ingaat dan kan het zijn dat we eindigen met negen verschillende kwaliteitssystemen en eisen waaraan voldaan moet worden. Daarnaast moeten ook de bezuinigingen maar geslikt worden. Het wordt lastig maar het is mogelijk. Wat een mooi idee zou zijn is het oprichten van een leerplatform van aanbieders en gemeente(n). Door samen aan tafel te zitten en het gesprek te voeren kunnen er veel betere keuzes gemaakt worden die ook breed gedragen zullen worden.

Wat duidelijk werd is dat de zorg ook effectiever en efficiënter kan. Een mooi voorbeeld wat gegeven werd is dat op een gegeven moment het vervoer niet meer gefinancierd werd. 's Heeren Loo heeft een dagbesteding die ook bezocht werd door cliënten uit Apeldoorn. De dagbesteding zat in Deventer. Eerder betekende dit dat de cliënten werden opgehaald met een busje, dit was toen niet meer mogelijk. De cliënten gaan nu met de trein en bus naar Deventer. Zo kon de dagbesteding blijven bestaan en hebben cliënten geleerd zelfstandig met de trein en bus te gaan. Dit is een positieve ontwikkeling volgend uit de afschaffing van het dure vervoer. Kortingen op het budget kan leiden tot een andere denkwijze en oplossingen die minder kosten maar die hetzelfde resultaat hebben.

### *PJG*

PJG is een zorgzorgorganisatie die per 1 augustus 2014 begint. Het zal zich richten op de j&o en dan speciaal op multi-problematiek gezinnen. De geïnterviewde is de oprichter van het PJG en heeft daarvoor gewerkt bij een grote jeugdhulp zorgorganisatie. Van daaruit voelde hij de drang om zelf wat op te richten. Dit had als reden dat het volgens hem binnen de grote jeugdhulpzorgorganisatie niet altijd gaat om zorg maar dat geld vaak ook op de eerste plaats staat.

Er werd aangegeven dat het mogelijk is om effecten te meten maar dat goed nagedacht moest worden welke effecten gemeten moeten worden. Daarnaast is het ook van belang te kijken met wat voor doelgroep of cliënt de zorgorganisatie te maken heeft. Er zijn "normale" gezinnen met een problematisch kind maar ook gezinnen met een laag IQ die anders benaderd moeten worden en andere doelen opgesteld moeten worden. In deze gezinnen is niet alleen n het kind een probleem maar de gehele gezinssituatie.

Het zal dus nodig zijn op cliënt niveau afspraken te maken over welk effect bereikt zal moeten worden. Op zorgorganisaties niveau is dit zeer moeilijk en op branche niveau onmogelijk. Omdat niet iedere zorgorganisatie dezelfde cliënten stroom heeft. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met de culturele aspecten. Sommige gemeenten kennen meer allochtonen. Die hebben een ander netwerk en zijn vaak minder geparticipeerd. Deze groepen moeten anders worden benaderd en algemene doelen zijn vaak niet toe te passen op deze groep.

Daarop kwam de vraag of het mogelijk is om cliënt profielen te ontwikkelen en op basis van deze profielen algemene doelen te stellen. Dit is ook heel moeilijk. Als voorbeeld werd gegeven een kind met niet aangeboren hersenletsel. Dit hersenletsel kan meerdere gevolgen hebben. Dit kan leiden tot een eenzijdige verlamming maar ook tot een gedragsstoornis. Het proces om iemand met een eenzijdige verlamming te re-integreren in de samenleving is makkelijker dan een kind te re-integreren met een ernstige gedragsstoornis. En dit zijn slechts twee voorbeelden van een gevolg van niet aangeboren hersenletsel. Ditzelfde geldt binnen de ggz waar kinderen een lichte vorm van een aandoening hebben en een heel zware vorm. Als zo beredeneerd wordt heeft degene die de beschikking vrijgeeft een keuze uit honderden cliënt profielen. Dit is onhaalbaar.

Het meten op zich is geen last. Dit hoort bij het zorgproces. De terugkoppeling van de resultaten leiden ertoe dat de kwaliteit van de hulpverlening wordt vergroot en verbeterd. De meetinstrumenten zijn ook capabel. Binnen de PJG worden er meetinstrumenten gebruikt die de veiligheid meten, dit zijn de lijsten LIRIK en Signs of Safety. Ook wordt er een cliënttevredenheidslijst ingevuld na afsluiting van een behandeltraject.

Het antwoord op de vraag of het fair zou zijn om af te rekenen op resultaat was wel positief. Zolang dit gebeurt op cliënt niveau en de doelen realistisch zijn. Zo kan per cliënt bekeken worden of de doelen behaald zijn. Dit kan dan aan het eind van het jaar bij elkaar gezet worden en dan kan bekeken in hoeveel van de gevallen de zorgorganisatie de doelstelling heeft behaald. Daaraan kunnen dan verschillende tarieven gekoppeld worden. Dit leidt tot minder bureaucratie omdat aan het eind pas, over het geheel wordt afgerekend.

Een andere optie is om alleen bij zeer complexe gevallen waar veel geld mee gemoeid is doelen en afspraken te maken waarop ook bekostigd wordt. Dit vermindert de bureaucratie aanzienlijk en op deze complexe gevallen is ook de meeste winst qua geld te behalen. Een praktijkvoorbeeld was de uit huiszetting van drie kinderen binnen een multi-problematisch gezin. De kinderen zaten in de jeugdhulp en de ouders kregen hulp vanuit de WMO. Door zijn aanpak konden de kinderen thuis wonen met zwaar ambulante begeleiding. Een duur traject maar aanzienlijk goedkoper dan wanneer ze uit huis geplaatst zouden worden en binnen een zorgorganisatie zorg ontvingen. Dat scheelde ongeveer 40.000 euro per kind per jaar. Op dit soort gevallen zou de focus moeten liggen in het geval van effect gestuurde bekostiging.

## *Pactum*

Pactum is een grote j&o zorgorganisatie en de geïnterviewde houdt zich bezig met innovatie en ontwikkeling. Op de vraag of prestatie gestuurd afrekenen mogelijk is werd gewezen naar de contextafhankelijkheid met betrekking tot de cliënt. Niet alleen voor het proces maar ook tijdens het proces verandert de zorgvraag van de cliënt. Ook werd het argument aangevoerd dat slechts 3% van de uitgevoerde behandelingen bewezen is. Daarnaast brengt ook de meetbaarheid van zorg onzekerheden met zich mee. Volgens Pactum zou eerst gemeten moeten worden op duur en kosten van een zorgtraject. Lukt dit ook niet dan moet gekeken worden naar de legitimiteit achter de gemaakte keuzes.

Pactum meet vanaf 2007 al de effecten van zorg. Op dit moment zijn er 70 standaard doelen. Zo wordt de GAS, SDQ, EMPO en een cliënt tevredenheidsonderzoek afgenomen. Maar de respons is middelmatig. Dat heeft met houding te maken van de zorgverleners tegenover meten. Dit moet veranderen. Op dit moment hangt de sfeer van het is al mooi als er wat gemeten wordt. Bij de instroom vult 50% van de cliënten meetinstrumenten in en bij de uitstroom slechts 35%. Het wordt ervaren als tijdrovend, het is een last. De ouders vinden de lijsten geen probleem, als ze maar worden teruggekoppeld. Bekostigen op effecten is daarom nog een stap te ver.

De angst is ook dat er meer van hetzelfde komt. Mensen willen zelf het wiel uitvinden. Er is sprake van een tunnelvisie waar niet gekeken wordt naar wat al werkt. Dit is gevaarlijk met betrekking tot de bureaucratie en wat van de zorgverlener wordt gevraagd. Er zal eerst een analyse gemaakt moeten worden door de gemeente wat er nu al gedaan wordt aan effectmeting binnen een zorgzorgorganisatie of een branche. Dit moet gemeenschappelijk opgepakt worden waarop niet op bekostigd moet worden. Daarna zal er een analyse gemaakt moeten worden wat er gemeten wordt. Belangrijk is ook dat de kwantitatieve gegevens, kwalitatieve gegevens worden. Er moet ook echt wat mee gedaan worden. Ook moeten er afspraken gemaakt worden over de te gebruiken meetinstrumenten. Wordt dit een vaste set of mogen ook afgeleiden van een meetinstrument gebruikt worden. Als laatst moet bepaald worden op welk niveau gemeten wordt.

Belangrijk is dat er zowel bij de zorgorganisaties als bij de gemeenten de houding veranderd en dat er een lerend proces wordt ingezet, een growth mind. Als er bekostigd gaat worden op resultaten wordt het geen lerend proces maar een fixed mind set. Dan stagneert het proces en zal iedereen blijven doen wat het nu doet om zo min mogelijk risico te lopen.

## 10. Referenties

1. Addink, A., 2013. Indicator 3: De mate waarin ouders en jeugdigen vermindering van problematiek ervaren na ingezette ondersteuning. Project 'Doorontwikkeling, uitwerking en toetsing basisset prestatie-indicatoren lokale zorg voor jeugd'. Nederlands Jeugdinstituut.
2. Alexsson, B., Wynstra, F., 2002. Buying business services. Chichester: Wiley.
3. Baecke, J. A.H., de Boer, R., Bremmer, J.J.P., Duenk, M., Kroon, J.J.D., Loeffen, M.M., Mobach, E.C., Schuyt, M., 2009. Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdhulp. Eindrapport.
4. Baker, G., 2003. Pay for Performance Incentive Programs in Healthcare: Market Dynamics and Business Process.
5. Beljouw, I.M.J., van, Verhaak, P.F.M., 2010. Geschikte uitkomstmaten voor routinematige registratie door eerstelijnspsychologen. NIVEL.
6. Berkel, A., van, Crone, M., Neppelenbroek, S., Spijkers, E., Vellema, M. & Vogels, T. (2006). Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg: meetinstrument voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar. Utrecht: GGD Nederland.
7. Bilenberg, N., 2003. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)--results of a Danish field trial.
8. Boer, F., Markus, M.T.H., Vermeiren, R.R.J.M., 2012. Zeg niet: 'sta stil, anders kan ik je niet meten!'. ROM in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2012; 54-2, 167-171.
9. Bot, S., de Roos, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., van den Broek, A., Kleijnen, E., 2013. Terecht in de jeugdhulp. Voorspellers van kind-en opvoedproblematiek en jeugdhulpgebruik. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, januari 2013.
10. Bringhurst, D. L., Watson, C. W., Miller, S. D., Duncan, B. L., 2006. The reliability and validity of the Outcome Rating Scale: A replication study of a brief clinical measure. *Journal of Brief Therapy*, 5, 23-30.
11. Burt, R.S., 2000. The network structure for social capital. *Research in organizational behavior*, volume 22.
12. Choi, T., Zhaohui, W., 2009. Triads in supply networks: theorizing buyer-supplier-supplier relationships. *Journal of Supply Chain Management*, 1 januari 2009.
13. Dekkers, K., Viet, E., de, Eilander, H., Steenbeek, D., 2011. Goal Attainment Scaling (GAS) in de praktijk. Handleiding.
14. Deloitte, 2010. Onderzoek basisset indicatoren effectiviteit Centrum voor Jeugd en Gezin. Eindrapport.
15. Effecten Ster. URL: [http://www.effectenster.nl/sterren/werk\\_ster/](http://www.effectenster.nl/sterren/werk_ster/). Verkregen op: 27 mei 2014.
16. Eijgenraam, K., van Yperen, T., van der Pijll, M., Lekkerkerker, L., Post, F., de Graaf, M., 2008. Interbeoordelaarbetrouwbaarheid Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)
17. Eijkenaar, F., 2013. Pay-for-performance for healthcare providers Design, performance measurement, and (unintended) effects.

18. Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., Schoffski, O., 2013. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>.
19. Eisenhardt, K.M., 1985. Control: organizational and economic approaches. *Management Science*; februari 1985. Vol. 31, No. 2, blz. 134-149.
20. Eisenhardt, K.M., 1989. Agency theory: an assessment and review. *The Academy of Management Review*; januari 1989. Vol. 14, No. 1, blz. 57-74.
21. Evans, C., 2012. The CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) and its derivatives. *Integrating Science and Practice* Vol. 2 no. 2 november 2012.
22. Gevel, B., van de, 2013. Van rol naar bekostiging in 3D.
23. Gowers, S.G., Harrington, R.C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., Jezzard, R., 1999. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA)*. *British Journal of Psychiatry*, May 1999; 174: 413-6.
24. Heijnen, P., 2010. Jeugdhulp dichterbij. Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdhulp. Tweede Kamer der Staten-Generaal.
25. Inspectie Jeugdhulp, 2013. Meten van uitkomsten van behandelingen in de jeugdhulp.
26. Institute of Medicine, 1999. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National University Press.
27. Institute of Medicine. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National University Press.
28. Interprovinciaal Overleg, 2006. Prestatie-indicatoren jeugdhulp: naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie. Den Haag: IPO. Juni 2014, kenmerk 380146-121610-J
29. Kadernotitie Jeugd region Midden IJssel, Oost Veluwe, 2014. Samen Sterk voor onze Jeugd.
30. Kajornboon, A.B., 2005. Using interviews as research instruments. *E-Journal for Researching Teachers*, Vol. 2, No. 1, December 2005.
31. Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2010. Zicht op kennis.
32. Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2011. VvGK Meetinstrument voor Gedragsproblemen bij kinderen van 6-16 jaar.
33. Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2013. Diagnostische instrumenten.
34. Li, M., Choi, T.Y., 2009. Triads in services outsourcing: Bridge, bridge decay and bridge transfer. *Journal of Supply Chain Management*, Vol. 45, No. 3.
35. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2014. Stelselwijziging Jeugd. Jeugdwet, Naar goede jeugdhulp die bij ons past.
36. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014. Stelselwijziging Jeugd. Kinderen en jongeren met een beperking. Van AWBZ naar Jeugdwet. Gemeenten verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning.
37. MO Groep/Stichting Alexander. Handleiding Exit meetinstrument Zorgorganisaties.
38. MO Groep/Stichting Alexander, 2004. C-toets 2010. Cliënttevredenheid-toets.
39. Nederlands Jeugd instituut, 2015. Instrument B-toets



40. Nederlands Jeugd instituut, 2015. Instrument Cliënten-toets (C-toets)
41. Nederlands Jeugdinstituut, 1992. Instrument Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI)
42. Nederlands Jeugdinstituut, 1996. Instrument Gezinsklimaatschaal-II (GKS-II).
43. Nederlands Jeugdinstituut, 1997. Instrument Gedragsschaal (SGZ).
44. Nederlands Jeugdinstituut, 2000. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).
45. Nederlands Jeugdinstituut, 2003. Instrument Youth Self Report (YSR).
46. Nederlands Jeugdinstituut, 2004. Instrument Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect (BESTE).
47. Nederlands Jeugdinstituut, 2004. Instrument Kidscreen.
48. Nederlands Jeugdinstituut, 2004. Instrument Sociale-Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen (SRZ).
49. Nederlands Jeugdinstituut, 2005. Instrument GGZ-Jeugdthermometer.
50. Nederlands Jeugdinstituut, 2005. Instrument Sociaal-Emotionele Meetinstrument (SEV).
51. Nederlands Jeugdinstituut, 2008. Instrument Gezinsmeetinstrument (GVL).
52. Nederlands Jeugdinstituut, 2008. Instrument Meetinstrument voor Gedragsproblemen bij Kinderen 6-16 jaar (VvGK 6-16).
53. Nederlands Jeugdinstituut, 2010. Instrument Teacher's Report Form (TRF)
54. Nederlands Jeugdinstituut, 2010. Instrument. Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP).
55. Nederlands Jeugdinstituut, 2014. Instrument Child Behavior Checklist (CBCL)
56. Nederlands Jeugdinstituut, 2015. Instrument Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT)
57. Nederlands Jeugdinstituut, 2016. Instrument Cliënten Toets
58. Nicis Institute (2010). Handboek prestatie meting: kwaliteit in kaart.
59. Ouchi, W.G., 1979. A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*; September 1979. Vol. 25, No. 9, blz. 833-848.
60. Pearson, M., 2011. Results based aid and results based financing: What are they? Have they delivered results? HLSP Institute.
61. Peng, T.J.A., Lin, N.J., Martinez, V., Yu, C.M.J., 2010. Managing triads in a military avionics service maintenance network in Taiwan. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 30, Issue 4, blz. 398-422.
62. Petersen, L.A., LeChauney, D.W., Urech, T., Daw, C., Sookanan, S., 2006. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med.* 2006;145(4):265-272. doi:10.7326/0003-4819-145-4-200608150-00006.
63. Poortvliet, M.C., Beek, A.P.A., van, Boer, M.E., de, Gerritsen, D.L., Wagner, C., 2006. Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg, *Nivel* 2006.
64. Rademakers, J., Sixma, H., Triemstra, M., Damman, O., Hendriks, M., Zuidgeest, M., 2008. De constructie van een CQ-index meetinstrument: ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 2008, 86(8), 447-454

65. Ridge, N.W., Warren, J.S., Burlingame, G.M., Wells, M.G., Tumblin, K.M., 2009. Reliability and validity of the youth outcome questionnaire self-report. *J Clin Psychol.* 2009 Oktober;65(10):1115-26. doi: 10.1002/jclp.20620.
66. Rijn, M. J., van & Teeven, F., 2014. Brief aan Tweede Kamer over outcome-criteria in de jeugdhulp, d.d. 10
67. Roerink, H., 2013. Uniforme prestatie-indicatoren voor inkoop van Jeugdhulp door gemeenten na de transitie.
68. Rosenthal, M.B., Frank, R.G., 2006. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev.* 2006 Apr; 63(2):135-57.
69. Sadiraj, K., Ras, M., Putman, L., Jonker, J-J., 2013. Groeit de jeugdhulp door? Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, november 2013.
70. Stichting Alexander, 2011. Validering Exit-meetinstrument Bureaus Jeugdhulp
71. Unicef, 2013. Child well-being in rich countries. A comparative overview.
72. Van Kessel, P., Triemstra, M., de Boer, D., 2014. Patient Reported Outcome Measures. Leidraad voor de selectie en het gebruik van Patient Reported Outcome Measures voor het meten van kwaliteit van zorg.
73. Veerman, J.W., Janssen, J., Kroes, G., de Meyer, R., Nguyen, L., Vermulst, A., 2012. Meetinstrument Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO). Handleiding.
74. Veerman, J.W., Ooms, H., 2008. Zicht op Effectiviteit. Een kijkje in de keuken van zeven zorgorganisaties voor jeugdhulp.
75. Veerman, J.W., Yperen, T.A., van, Wilschut, M., 2013. Uitkomstmonitoring in de jeugdhulp. Meer dan alleen meten. Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdhulp Nederland (SEJN).
76. Vermulst, A., Kroes, G., Meyer, R., de, Nguyen, L., Veerman, J.W., 2012. Opvoedingsbelastingmeetinstrument (OBVL). Handleiding. Praktikon.
77. VNG. URL: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/factsheet-de-kortingen-op-de-decentralisatie-jeugdhulp-in-2015>. Verkregen op 27-10-2016
78. Weele, A.J, van, Valk, W., van der, 2010. Business Service Triads: A New Area for Service Research.
79. Werner, R.M., Kolstad, J.T., Stuart, E.A., Polsky, D., 2011. The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement. *HEALTH AFFAIRS* 30,NO. 4 (2011): 690–698. Doi: 10.1377/hlthaff.2010.1277.
80. Yperen, T. van, Eijgenraam, K., Berg, G. van den, Graaf, M. de & C. Chènevert (2010). STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek : handleiding 2010. Utrecht : Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
81. Yperen, T., van, Wilde, E.J., de, Keuzenkamp, S., 2014. Outcome in zicht. Werken met prestatie indicatoren in de jeugdhulp. Nederlands Jeugdinstituut.
82. Yperen, T.A., van, 2012. Verbetering telt. Werken met prestatie-indicatoren in de zorg voor jeugd. Het Nederlands Jeugdinstituut.
83. Yperen, T.A., van, Bakker, K., Wilde, E.J., de, 2013. Transformeren met beleid. Maatschappelijke resultaten, kwaliteitsindicatoren en ombouwscenario's transitie jeugdhulp.
84. Yperen, T.A., van, Berg, G., van der, 2012. Het CJG: definitie en prestaties. Project Uitwerking basisset prestatie-indicatoren jeugdhulp. Het Nederlands Jeugdinstituut.