

Effectmeting in de jeugdzorg: Landelijk en lokaal tegelijk? Casus 'DHG'

Gert Kroes, Ignace Vermaes, & Jan Willem Veerman

SAMENVATTING

Eind 2009 zijn 10 landelijke prestatie-indicatoren verplicht gesteld in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. De vraag is in hoeverre het lokale kwaliteitsbeleid van jeugdzorginstellingen voldoet aan deze prestatie-indicatoren. In deze casestudy beschrijven we hoe DHG (DHG) sinds 2002 zijn missie en visie heeft vertaald in lokale prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren zijn opgenomen in een kwaliteitssysteem met een zorgmonitor die gedragsverandering, doelrealisatie en cliënttevredenheid meet, met follow-up interviews tot anderhalf jaar na afloop van de behandeling. We concluderen dat het kwaliteitssysteem van DHG grotendeels tegemoet komt aan de vereisten voor het meten van de landelijke prestatie-indicatoren. Een uitzondering daarop vormt het gebruik van de STEP, die niet door DHG gebruikt wordt. Ook blijkt het nog niet mogelijk om met een enkele druk op de knop alle gegevens uit te leveren aan overheden en financiers. In de discussie wordt gepleit voor meer keuzevrijheid ten aanzien van het meten van prestatie-indicator 4 en het maken van nadere afspraken over landelijke registratie.

'Uitgangspunt bij invoering van prestatie-indicatoren is dat het meer transparant maken van, verantwoording afleggen over en sturing op de prestaties een integraal onderdeel uit moeten maken van de primaire processen bij de jeugdzorgorganisaties zelf. Zo wordt de intrinsieke motivatie bij de medewerkers voor intern effectiviteitsbeleid in stand gehouden en bevorderd, ter verbetering van de eigen werkwijzen. Dit is ook van belang met het oog op de betrouwbaarheid van de gegevens. Verantwoording aan de overheid moet hiervan een natuurlijke afgeleide zijn.'

(Uit: Prestatie-indicatoren Jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie; Interprovinciaal Overleg (IPO) e.a., 2006, p. 11)

Inleiding

Sinds eind 2009 worden de landelijke prestatie-indicatoren ingevoerd in de provinci-

aal en door Justitie gefinancierde jeugdzorg (hierna kortweg jeugdzorg genoemd). Deze invoering houdt in dat de bureaus jeugdzorg en jeugdzorgaanbieders verplicht zijn om gegevens te registreren voor het meten van tien landelijke prestatie-indicatoren. Deze indicatoren zijn in 2006 vastgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van de provincies, justitie, de MOgroep namens de zorginstellingen, en het Nederlands Jeugdinstituut (IPO e.a., 2006). Iedere instelling is rapportageplichtig aan de eigen provincie en zal daarover met de eigen provincie moeten afstemmen. De algemene missie, kerndoelen, prestatie-indicatoren, instrumenten en leveranciers van de informatie om deze prestatie-indicatoren te meten zijn in Tabel 1 samengevat.

Sinds de invoering van de prestatie-indicatoren is nog steeds veel onduidelijk. Er zijn algemene raamwerkafspraken met definities en spelregels (Geurts & Van Yperen, 2010), maar er zijn ook nog veel vragen. Hoe de ge-

gevens voor de indicatoren precies moeten worden vastgelegd, wie deze op welk moment inzamelt, hoe daarover gerapporteerd wordt en welke normen daarbij gehanteerd worden – daarover moeten op detailniveau nog diverse knopen worden doorgehakt.

Betekent deze registratieplicht de zoveelste bureaucratische belasting voor de jeugdzorg, waar cliënten en professionals nauwelijks baat bij hebben? Het verplichtende karakter kan die indruk wekken en de onduidelijkheid rond de invoering van de registratie kan die indruk versterken. Maar het citaat uit de nota van de landelijke werkgroep Prestatie-indicatoren, waarmee dit artikel begint, maakt duidelijk dat dit beslist niet de bedoeling is. In de optiek van die werkgroep dient verantwoording over de resultaten van de zorg aan de overheid een 'natuurlijke afgeleide' te zijn van het interne kwaliteitsbeleid van de jeugdzorgaanbieders zelf. Met andere woorden, kwaliteitszorg moet ingebed zijn in het primaire proces van de hulpverlening. Daarmee wordt het meten van resultaten niet iets wat de professional doet omdat het nu eenmaal moet van de overheid, maar iets wat de professional doet om de kwaliteit van het hulpverleningsproces te monitoren en daar waar mogelijk te optimaliseren. De invoering van prestatie-indicatoren heeft dus als belangrijkste doel het interne kwaliteitsbeleid te stimuleren, de externe verantwoording komt op de tweede plaats. Hiermee sluit de visie van waaruit de prestatie-indicatoren zijn opgesteld naadloos aan bij de visie van Van Yperen en Veerman over praktijkgestuurd effectonderzoek (Van Yperen & Veerman, 2008).

De invoering van prestatie-indicatoren veronderstelt dus dat instellingen actief kwaliteitsbeleid voeren waarbij het meten van uitkomsten van behandelingen een standaardprocedure is. In hoeverre is deze veronderstelling reëel? Zijn de bureaus jeugdzorg en de jeugdzorgaanbieders al zo ver? En in hoeverre sluit het interne kwaliteitsbeleid naadloos aan bij de landelijke prestatie-indicatoren? We zullen deze vragen proberen te beantwoorden aan de hand van een praktijkvoorbeeld uit DHG.

Kwaliteitssysteem van DHG: 'lokale' prestatie-indicatoren

DHG biedt residentiële behandeling voor jongeren van 10-18 jaar met zeer complexe gedragsproblemen. De missie van DHG is het creëren van nieuwe kansen met deze jongeren. Uitgangspunt is het perspectief van de jongere en zijn systeem, en de doelen die ze willen bereiken. Om een hoogwaardig behandelplan te kunnen leveren, voert DHG een kwaliteitsbeleid aan de hand van het Zorgevaluatiemodel (Veerman, 2007). De volgende elementen zijn hierbij van belang:

- Het analyseren van steeds veranderende kenmerken en hulpvragen van de doelgroep;
- Het implementeren en (door)ontwikkelen van effectieve behandelprogramma's en methodieken aansluitend op de hulpvragen;
- Het werken met doelrealisatie en prestatie-indicatoren om het proces en de uitkomsten van de behandeling te meten;
- Het gebruik van de uitkomsten door hulpverleners, managers en beleidsmakers binnen de instelling.

Ontwikkeling van lokale prestatie-indicatoren

Om dit kwaliteitsbeleid te kunnen realiseren, heeft DHG een onderzoeksprogramma opgezet dat het proces en de effecten van het zorgaanbod doorlopend meet. Eén van de eerste onderzoeksactiviteiten was het inrichten van een intern werkproces, waaraan verschillende geledingen van de instelling deelnamen (Janssen, Kroes, & Van Dam, 2004). Voor deze werkwijze werd gekozen om ervoor te zorgen dat het meten van het proces en de effecten, en het benutten van de uitkomsten daarvan zo veel mogelijk verankerd zouden raken in het denken en beleven van de professionals. De boodschap was: meten van processen en effecten is geen ver-van-mijn-bedshow, geen van buiten opgelegd bureaucratisch proces, maar heeft alles te maken met de praktijk van

de werkvloer en dient vooral om de kwaliteit van de behandeling vast te stellen en waar mogelijk verbeteren.

Het proces werd gestart in januari 2002 met een bijeenkomst voor professionals uit het primaire proces, in totaal zo'n 30 me-

TABEL 1 De landelijke prestatie-indicatoren (IPO e.a., 2009)

Algemene missie jeugdzorg*

belemmeringen (risico's, problemen) in de ontwikkeling van jeugdigen en hun opvoeding oplossen, verminderen of compenseren, zodat een gezonde, evenwichtige uitgroei van jeugdigen tot volwassenen plaatsvindt die zij zelfstandig of met steun van basisvoorzieningen kunnen volbrengen.

Kerdoelen	Prestatie-indicatoren	Instrumenten	Informatieleveranciers
De hulpvragen van cliënten zijn beantwoord	1. Mate van doelrealisatie	GAS-scoring	Zorgaanbieder
	2. Mate van clienttevredenheid over de resultaten van hulp	Exit-vragenlijst	Bureau jeugdzorg/zorgaanbieder
	3. Mate van reguliere beëindiging van de hulp	Reguliere registratiereden beëindiging hulp	Bureau jeugdzorg/zorgaanbieder
De autonomie van cliënten is versterkt	4. Mate waarin de ernst van de problematiek is verminderd	STEP (FJ-, KO-, ZZ- en UZ-schaal)	Bureau jeugdzorg/zorgaanbieder
	5. Mate waarin cliënten herhaald beroep doen op jeugdzorg	Volgregistratie zorgconsumptie m.b.v. persoonsgebonden clientnummer	Bureau jeugdzorg
	6. Mate waarin cliënten doorstromen naar lichtere of juist zwaardere vormen van hulp	STEP (ZZ- en UZ-schaal)	Bureau jeugdzorg
De veiligheid van de jeugdige is hersteld	7. Mate waarin het gedwongen kader van de ondertoezichtstelling of de voogdij niet langer nodig is	Nog niet bekend	Raad voor de kindbescherming
	8. Mate waarin de ondertoezichtstelling en de voogdij succesvol zijn beëindigd	Registratie instelling en beëindiging jeugdbeschermingsmaatregel	Raad voor de kindbescherming
De jeugdige vormt geen bedreiging voor de veiligheid van de samenleving	9. Mate waarin jeugdreclassering niet langer mogelijk is	Nog niet bekend	Bureau jeugdzorg
	10. Mate waarin recidive van jeugdige delinquenten uitblijft	Herkenningssysteem (HKS), Justitiële Documentatie (JD), aan te passen Client-volgsysteem jeugdcriminaliteit (CVS-jc)	Politie, justitie, Raad voor de kindbescherming

* Deze tabel wijkt op een aantal punten af van de publicatie in 2006, met name vanwege wijzigingen in de raamwerkafspraken met betrekking tot de instrumenten en informatieleveranciers. Voor een gedetailleerde beschrijving van de wijze van meten van de prestatie-indicatoren verwijzen we naar Geurts & Van Yperen (2010).

dewerkers. Aan deze groep werden onderzoekers van een extern onderzoeksbureau toegevoegd, om kennis van onderzoek met kennis van jeugdzorg te combineren. De professionals stelden zichzelf de vraag wat de doelstelling was van het verblijf en de behandeling van jongeren binnen DHG. Ze vertaalden de missie van DHG – het creëren van kansen met jongeren – in concrete onderwerpen die naar hun mening iets zeggen over de kwaliteit van het verblijf en de behandeling, en over het functioneren van jongeren in de samenleving. Ook aan de jongeren uit de jongerenraad werd gevraagd wat zij van belang vonden als het gaat over functioneren in de samenleving. Zij benadrukten de behoefte om hun mening te geven over het verblijf en de behandeling binnen DHG.

Uit het werkproces kwamen drie hoofdthema's voor kwaliteitsbeleid naar voren:

- Het formuleren en meten van (het behalen van) individuele behandeldoelen;
- Het meten van cliënttevredenheid;
- Het formuleren van een aantal prestatie-indicatoren om het functioneren van de jongere in de samenleving te meten.

Vervolgens werden er drie werkgroepen geformeerd om deze thema's afzonderlijk uit te werken. Deze werkgroepen bestonden uit managers, hulpverleners en onderzoekers.

De eerste werkgroep hield zich bezig met de invoering van Doelrealisatie. Doelrealisatie is het helder formuleren van meetbare behandeldoelen (SMART) en het systematisch evalueren van deze doelen tijdens en aan het eind van de behandeling. De implementatie van doelrealisatie is een langdurig proces dat een omslag in denken en werken vergt van hulpverleners. Pas als je het eenmaal in de vingers hebt, wordt het leuk. Het betekent een aanpassing van de dagelijkse werkwijze, van de manier van gespreksvoering met cliënten-jongeren, ouders en andere betrokkenen. Ook betekent het aanpassen van de systematiek van verslaglegging, het evalueren van de behandeling (met scoring van behandeldoelen) en het systematisch opslaan van de gegevens in het cliëntregistratiesysteem. Dat alles heeft nogal wat voeten in de aarde

gehad, maar uiteindelijk is er een stramien voor doelrealisatie tot stand gekomen. Individuele behandeldoelen zijn opgenomen in de behandelplannen en einddoelen worden gescoord volgens de landelijke richtlijnen voor het meten van doelrealisatie.

De tweede werkgroep koos aanvankelijk voor een zelf ontwikkelde vragenlijst om cliënttevredenheid te meten. Deze vragenlijst is naderhand ingeruild voor de landelijk ingevoerde C-toets (Jurrius, Havinga, & Strating, 2007). Deze toets is binnen DHG tevens bewerkt voor het onderwijs, zodat jongeren zowel over verblijf en behandeling als over het onderwijs hun mening kunnen geven. En ten slotte is de Exit-vragenlijst voor Jeugd & Opvoedhulp (MOgroep & Stichting Alexander, 2009) ingevoerd, voor het meten van cliënttevredenheid aan het eind van de behandeling. De eerste twee thema's van het meten van kwaliteit en effectiviteit zijn dus nu conform de landelijke richtlijnen ingevuld.

De derde werkgroep vertaalde de onderwerpen uit de eerste bijeenkomsten met professionals en jongeren in tien kerndoelen van de behandeling. Bij elk kerndoel werd een meetbare prestatie-indicator geformuleerd, en voor het meten van deze indicatoren werd een standaardinterview ontwikkeld. Per indicator worden één of meer vragen gesteld waarover een score wordt berekend. Zo heeft iedere jongere tien scores. Om te bepalen of die scores goed of slecht zijn, is per indicator een criterium vastgesteld. In Tabel 2 worden de indicatoren en criteria genoemd (zie Janssen, Kroes, & Van Dam (2004) voor een uitgebreide beschrijving van de indicatoren en het bepalen van de criteria voor een 'voldoende' score).

Vervolgens stelde DHG zich de vraag hoeveel procent van de jongeren een voldoende score diende te hebben behaald om van een succesvol resultaat op een prestatie-indicator te kunnen spreken. En vervolgens: hoeveel prestatie-indicatoren moet DHG in totaal behalen om te kunnen spreken van een geslaagde missie? Om dit te kunnen bepalen werd op basis van klinische consensus voor iedere prestatie-indicator een streefpercen-

tage als norm gesteld. Daarnaast stelde DHG als norm dat 7 van de 10 indicatoren behaald moeten worden om te spreken van een geslaagde missie. Deze normen zijn belangrijk omdat ze de organisatie in staat stellen het eigen behandelresultaat langs een 'meetlat' te leggen. Ook de normen worden in Tabel 2 getoond.

Een voorbeeld ter verduidelijking. Een jongere scoort goed op de prestatie-indicator Financiën als hij minder dan 250 euro aan schulden heeft. De bijbehorende norm geeft aan hoeveel procent van de jongeren goed dient te scoren op de betreffende indicator om te kunnen spreken van een goed resultaat voor de groep als geheel. Dus: als 80% van de jongeren minder dan 250 euro aan schulden heeft, scoort DHG als geheel goed op de indicator Financiën.

De follow-up interviews worden aan het einde van de behandeling bij zowel jongeren

als ouders afgenomen, en ook nog een keer 6 en 18 maanden na afloop van de behandeling. Medewerkers uit alle geledingen van DHG worden getraind om deze interviews thuis bij de jongeren en ouders te houden. Op die manier is het follow-up onderzoek eigendom van de medewerkers. Door het interviewen krijgen zij meer affiniteit met onderzoek en zien zij tegelijkertijd jongeren en ouders in hun eigen context. Andersom ervaren jongeren en ouders het bezoek van de medewerker als een vorm van nazorg; drie gelegenheden om samen terug te blikken op het verblijf en de behandeling binnen DHG.

Door middel van de drie interviews kan voor elke jongere worden vastgesteld hoe goed hij of zij na afloop van de behandeling functioneert in de samenleving. De gegevens bieden inzicht in de uitkomst van een individuele behandeling. De gegevens van het interview bij het einde van de behandeling worden

TABEL 2 Uitkomsten prestatie-indicatoren DHG. Jongeren (N = 157) en ouders (N = 146) bij vertrek, afgezet tegen de normen

Prestatie-indicatoren	Criterium	Norm	Jongere	Ouder(s)	Criterium gehaald	Resultaat
			Criterium gehaald	Resultaat		
Contact met gezin	Voldoende	65%	94%	+	84%	+
Sociaal netwerk	Voldoende	90%	46%	-	26%	-
School of werk	Ja	85%	97%	+	91%	+
Vaste verblijfplaats	Heeft vaste verblijfplaats	100%	97%	-	96%	-
Geen politiecontacten	Geen politiecontact	60%	64%	+	70%	+
Financien op orde	Schuld minder dan € 250	80%	83%	+	88%	+
Invulling vrije tijd	Voldoende	80%	97%	+	90%	+
Beperkt middelengebruik	Geen of beperkt gebruik	85%	72%	-	85%	+
Welzijn	Voldoende	80%	89%	+	77%	-
Geen gedragsproblemen	SDQ/CBCL niet in Probleemgebied	50%	78%	+	38%	-
Totaal prestatie-indicatoren	Norm gehaald	70%	70%	+	60%	-

gebruikt om te bepalen of de tien prestatie-indicatoren van DHG worden gehaald, en of de missie van DHG geslaagd is. De interviews na afloop van de behandeling zijn belangrijk om te zien of de behaalde resultaten na verloop van tijd ook stand houden.

Uitkomsten en benutting

De individuele behandeldoelen worden besproken met jongeren en hun ouders tijdens en na de behandeling. De eindscores worden in het cliëntregistratiesysteem opgeslagen en sinds kort op instellingsniveau geaggregeerd en gerapporteerd aan de provincie Zuid-Holland (de provincie waaraan DHG verantwoording moet afleggen). Maar de scores worden nog niet geaggregeerd op het niveau van expertisegroep of verblijfsmodule. Van benutting van de uitkomsten van doelrealisatie op dit cliëntoverstijgend niveau is nog maar mondjesmaat sprake. Dit heeft te maken met variaties in de rapportage van professionals en de moeizame inrichting van een managementinformatiesysteem dat de gegevens van doelrealisatie uit het cliëntregistratiesysteem (Care4) op verschillende niveaus kan uitlezen, gegeven de vele mutaties in het cliëntregistratiesysteem.

De uitkomsten van de (periodieke) tevredenheidsonderzoeken met de C-toets vinden hun weg via tweejaarlijkse rapportages naar de verschillende expertisegroepen, verblijfsmodules en school. Daar worden ze besproken en eventuele verbeterpunten worden vertaald in een plan van aanpak en uitgevoerd. Registratie van de reden van beëindiging van de hulp vindt wel plaats, maar deze registratie wordt tot nog toe alleen op managementniveau benut binnen de instelling.

De bedoeling van het Follow-up onderzoek was om professionals en managers van DHG te voorzien van een voortdurende stroom actuele informatie over de uitkomsten van de behandeling en het behalen van de kerndoelen van de instelling. Hoewel deze informatiestroom op gang kwam en DHG inmiddels beschikt over 7 jaar follow-up

rapportages, doet zich de vraag steeds voor welke betekenis kan worden verleend aan de behaalde en niet behaalde prestatie-indicatoren.

Om een voorbeeld te geven zijn in Tabel 2 de uitkomsten van de interviews bij het einde van de behandeling weergegeven. Dit voorbeeld is afkomstig van een rapport over de resultaten gedurende de eerste vijf jaar van het Follow-up onderzoek, dat begon in 2002 (Kroes, 2007). In die periode zijn in totaal meer dan 600 interviews afgenomen bij jongeren en ouders, op drie verschillende meetmomenten. In de tabel zijn de gegevens van het interview bij het einde van de hulp weergegeven van in totaal 157 jongeren en 146 ouders.¹ De uitkomsten zijn afgezet tegen de van tevoren door DHG gestelde normen. Een plus in de kolom *Resultaat* geeft aan dat de norm voor de betreffende prestatie-indicator gehaald is, bij een min is dat niet het geval. De missie van DHG is in zijn geheel geslaagd als de norm op 7 van de 10 prestatie-indicatoren is gehaald.

De uitkomsten in Tabel 2 maken inzichtelijk op welke terreinen de behandel doelstellingen in meerdere of mindere mate zijn gehaald (bijvoorbeeld op het gebied van contact met het gezin, invulling vrije tijd of politiecontacten). Maar ook wordt duidelijk waar de uitkomsten enigszins of zelfs ruim onder de gestelde norm zijn gebleven (bijvoorbeeld bij sociaal netwerk of middelengebruik). En ten slotte blijkt dat de meningen van jongeren en ouders op een aantal terreinen zodanig van elkaar verschillen dat het resultaat positief of negatief is, afhankelijk van de geïnterviewde (bijvoorbeeld bij welzijn en gedragsproblemen).

Dit rapport werd breed verspreid binnen DHG en besproken in bijeenkomsten met hulpverleners, managers en onderzoekers. Op basis het rapport werd een aantal acties ondernomen die moesten leiden tot een verbeterd behandel aanbod. Zo werd bijvoorbeeld een intensieve, langdurige samenwerkingsrelatie aangegaan met Tactus Verslavingszorg om het middelenbeleid te verbeteren, groepsleiding te trainen in het signaleren en bespreekbaar maken van drugs, alcohol en

gamen, en om aanvullende GGZ-verslavingszorg te bieden. De verwachting was dat het enige tijd zou duren voordat de effecten van deze acties zichtbaar zouden worden in de prestatie-indicatoren. Daarbij was op voorhand niet duidelijk of de gekozen acties ook daadwerkelijk effectief zouden zijn, omdat niet helder was welke factoren een doorslaggevende rol speelden.

Hoewel er gezocht werd naar verklaringen voor de gevonden resultaten, bleef het toch vooral gissen. Onduidelijk was wat er in de zogenoemde 'black box' van de behandeling was gebeurd. Daarnaast was het moeilijk om vast te stellen of de missie van DHG was bereikt. Volgens de rapportage van jongeren was de missie bereikt (7 op 10 prestatie-indicatoren), volgens de rapportage van ouders net niet bereikt (6 op 10 prestatie-indicatoren). Dit stelde hulpverleners, managers en onderzoekers voor vragen zoals: Welke factoren hebben bedoeld en onbedoeld effect op het functioneren van de jongeren? En waaraan toetsen we de effectiviteit van ons behandelprogramma?

De prestatie-indicatoren op zichzelf geven dus onvoldoende houvast aan hulpverleners en managers om de kwaliteit van verblijf en behandeling direct en actief te evalueren en nieuw behandelbeleid te ontwikkelen. Paradoxaal genoeg werd daarom binnen DHG besloten dat meer onderzoek noodzakelijk is om zorgevaluatie een zinvol onderdeel van het hulpverleningsproces te maken. In de eerste plaats werd besloten tot de ontwikkeling van een nulmeting en tussentijdse zorgmonitoring: bij iedere opname binnen DHG wordt nu aan ouders en jongere gevraagd vragenlijsten over het functioneren in te vullen. Deze vragenlijsten bevatten nagenoeg dezelfde vragen als het Follow-up interview. Daarnaast worden er voorafgaand aan iedere behandelplanbespreking gedragsvragenlijsten afgenomen.

Een tweede belangrijke aanpassing aan het zorgevaluatiesysteem heeft te maken met het feit dat de 10 prestatie-indicatoren in feite langetermijndoelen bevatten. Om de relatie te kunnen leggen tussen behandelstrategieën en (verandering in) het functioneren

van jongeren, is het belangrijk dat de langetermijndoelen worden vertaald in SMART geformuleerde tussendoelen (kortere termijndoelen en werkpunten). Op die manier kunnen de effecten van concrete activiteiten met jongeren tussentijds geëvalueerd worden en bijgesteld, waardoor zicht ontstaat op werkzame bestanddelen van het behandelbeleid. Door een directe relatie te leggen tussen het proces van doelrealisatie en de prestatie-indicatoren kunnen effecten van behandelbeleid op een actievere en snellere wijze geëvalueerd worden. DHG is momenteel zo ver dat behandelcoördinatoren de behandeldoelen SMART formuleren analoog aan de prestatie-indicatoren. Ervaringen tijdens een pilot in twee leefgroepen met het stellen van tussendoelen hebben geresulteerd in een handleiding voor de implementatie van doelrealisatie binnen de andere leefgroepen. De nabije toekomst zal moeten uitwijzen of het werken met doelrealisatie het functioneren van jongeren in de samenleving uiteindelijk ook verbetert, blijkend uit de scores op de prestatie-indicatoren.

De relatie tussen landelijke en 'lokale' prestatie-indicatoren

Hoe kunnen instellingen als DHG die op basis van hun missie en visie eigen prestatie-indicatoren hebben ontwikkeld, deze laten sporen met de landelijke prestatie-indicatoren? Op het eerste gezicht lijken de landelijke en de lokale prestatie-indicatoren, zoals weergegeven in de Tabellen 1 en 2 nauwelijks overeenkomsten te vertonen. Het beeld verandert echter als we bedenken dat *alleen de eerste vier* landelijke prestatie-indicatoren door de jeugdzorgaanbieders gemeten hoeven te worden. De overige prestatie-indicatoren vallen buiten het domein van de zorgaanbieders en worden door de bureaus jeugdzorg geregistreerd, omdat ze ofwel pas na afloop van de behandeling bij de zorgaanbieder worden geregistreerd (indicator 5 en 6), ofwel vallen onder verantwoordelijkheid van de jeugdbescherming of jeugdreclassering (indica-

tor 7-10; zie Geurts & Van Yperen, 2010). In Tabel 3 hebben we beide systemen van het meten van prestaties – landelijk en lokaal – voor DHG naast elkaar gezet. In deze tabel valt op dat er meer overeenkomsten zijn dan verschillen.

Zo blijkt dat de eerste drie landelijke indicatoren al door DHG in hun kwaliteitsbeleid zijn opgenomen. Doelrealisatie is opgenomen in de behandelroutine van DHG, en scores op de individuele einddoelen kunnen worden aangeleverd voor het meten van de landelijke indicator Mate van doelrealisatie. De Exit-vragenlijst voor het meten van cliënttevredenheid aan het einde van de behandeling is opgenomen in het kwaliteitsbeleid als onderdeel van het Follow-up interview en de scores kunnen in de nabije toekomst worden aangeleverd voor het meten van de landelijke indicator Mate van cliënttevredenheid. Registratie van de reden van beëindiging van de hulp kan eveneens worden aangeleverd voor het meten van de landelijke prestatie-indicator Mate van reguliere beëindiging. Het enige verschil tussen beide meetssystemen betreft

de landelijke prestatie-indicator 4 – het meten van de mate waarin de ernst van de problematiek is verminderd. Het meten van het functioneren van de jongere met de tien lokale prestatie-indicatoren van DHG voorziet niet in het aanleveren van gegevens voor de landelijke prestatie-indicator 4. Deze indicator nemen we nader onder de loep.

De mate waarin de ernst van de problematiek is verminderd vormt een belangrijke indicator voor het evalueren van het behandelresultaat. Om dit te meten wordt landelijk de STEP (Van Yperen e.a., 2010) voorgeschreven, zowel bij aanvang als na afloop van de behandeling wordt afgenomen. De logistiek voor deze prestatie-indicator is complex, omdat de aanvangsmeting altijd door Bureau Jeugdzorg wordt verricht, maar de eindmeting ofwel door Bureau Jeugdzorg, ofwel door de zorgaanbieder. Dat laatste hangt af van de afspraken die door de provincie waaronder de zorgaanbieder valt met Bureau Jeugdzorg zijn gemaakt. In het geval van landelijk werkende zorgaanbieders zoals DHG, met aan-

TABEL 3 Landelijke en lokale prestatie-indicatoren vergeleken

Landelijke prestatie-indicatoren		Prestatie-indicatoren DHG	
Indicator	Instrument	Indicator	Instrument
1. Mate van Doelrealisatie	GAS scoring	Mate van Doelrealisatie	GAS scoring
2. Mate van cliënttevredenheid	Exit-vragenlijst	Mate van cliënttevredenheid	Exit-vragenlijst
3. Mate van reguliere beëindiging hulp	Reguliere registratie reden beëindiging	Mate van reguliere beëindiging hulp	Reguliere registratie reden beëindiging
4. Mate waarin ernst van de problematiek is verminderd	STEP	Mate waarin jongere kan functioneren in de samenleving	Follow-up interview bij einde hulp, en 6 en 18 maanden na einde hulp; ASEBA bij aanvang en einde hulp
5-10. Overige landelijke indicatoren	Registratie door BJZ, Raad voor de Kinderbescherming, politie of justitie	Niet van toepassing voor zorgaanbieder	

meldingen vanuit diverse Bureaus Jeugdzorg uit het hele land, is niet op voorhand duidelijk wie in deze gevallen de begin- en eindmeting verzorgt. Het is inmiddels genoegzaam bekend dat verschillende informanten het functioneren van kinderen verschillend beoordelen (Kroes, 2006; Kroes, Veerman, & De Bruyn, 2000). Wanneer bij het beoordelen van verandering over meerdere meetmomenten een instrument op deze momenten door verschillende beoordelaars wordt ingevuld, ontstaat er geen eenduidig beeld.

DHG rapporteert aan de provincie Zuid-Holland, die penvoerder is voor DHG. Momenteel wordt binnen die provincie nagegaan in hoeverre de verandcores tussen voor- en nameting op de ASEBA vragenlijsten (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*: CBCL, YSR, TRF) kunnen fungeren als input voor prestatie-indicator 4. Dit instrument wordt ingezet om de lokale prestatie-indicator 10 (afwezigheid van) gedragsproblemen te meten. Omdat dit instrument zowel bij aanvang als bij beëindiging van de behandeling wordt afgenomen, zouden de ASEBA-vragenlijsten ook kunnen dienen om gegevens over vermindering van de ernst van de problematiek te meten. In dat geval voorziet het kwaliteitsbeleid van DHG ook in het aanleveren van de gegevens voor de landelijke indicator 4. Hoewel het informantprobleem ook hier speelt, wordt elke ASEBA-vragenlijst op meerdere meetmomenten door dezelfde informant ingevuld. Veranderingen worden hierdoor eenduidig gemeten binnen een informant. Verschillen tussen informanten worden zichtbaar en kunnen meegenomen worden bij de uiteindelijke beoordeling van verandering.

De vraag is wel, in hoeverre de STEP een meerwaarde zal leveren aan het zorgevaluatiesysteem dat DHG zelf uitvoert aan de hand van de lokale prestatie-indicatoren. De STEP levert een globale beoordeling van het functioneren van de jeugdige en de kwaliteit van de omgeving, en de veranderingen die daarin zijn opgetreden tussen begin en einde van de behandeling. De STEP geeft het oordeel van de hulpverlener bij Bureau Jeugdzorg of bij de zorgaanbieder weer, niet dat van de jon-

gere zelf of zijn ouders. Volgens de ontwikkelaars van het instrument is de STEP vooral bedoeld en geschikt om de indicatiestelling voor (verdere) hulp te ondersteunen en onderbouwen (Van Yperen e.a., 2009). De beoordeling van de ernst van de problematiek betreft dus het functioneren van de jongere in het algemeen en ook de beoordeling van de verandering betreft een algemene vooruitgang, ongeacht de toegepaste hulpverlening of methodiek. Daarom zegt de STEP wel iets over het resultaat van de behandeling en de mogelijke behoefte aan verdere hulp, maar niets specifiek over de vooruitgang op specifieke deelgebieden waarop de behandeling gericht is. Als instrument om een bepaalde methodiek te evalueren, of om te bepalen of de doelstellingen vanuit een bepaalde missie en visie van de instelling gehaald zijn, levert de STEP dus maar weinig bruikbare informatie op. De STEP kan hoogstens gebruikt worden als aanvulling op de specifieke kwaliteitstoetsing vanuit de missie en visie van DHG, maar deze zeker niet vervangen. Voor dat doel is een specifiek instrumentarium nodig dat meer is toegesneden op de betreffende methodiek.

Conclusie

In deze bijdrage stelden we de vraag in hoeverre de veronderstelling reëel is dat jeugdzorginstellingen actief kwaliteitsbeleid voeren dat nauw aansluit bij de landelijke prestatie-indicatoren. We hebben DHG als casus besproken en kunnen vaststellen dat de kern van het kwaliteitsbeleid van DHG gevormd wordt door tien lokale prestatie-indicatoren die vanuit de missie van DHG geformuleerd zijn. Deze missie betreft het creëren van kansen met jongeren om ervoor te zorgen dat ze aan het eind van de behandeling zodanig functioneren dat ze weer perspectief hebben op deelname in de samenleving. De tien prestatie-indicatoren met bijbehorend meetstelsel zijn geheel afgestemd op deze missie en de daaruit voortvloeiende kerndoelen. Het meten en terugkoppelen van de uitkomsten

op de tien prestatie-indicatoren vormt – tezamen met (het meten van) doelrealisatie en cliënttevredenheid – een coherent systeem om de kwaliteit en effectiviteit van verblijf en behandeling te evalueren en waar mogelijk te verbeteren. Het aanleveren van gegevens voor het meten van de eerste drie landelijke prestatie-indicatoren vormt een natuurlijke afgeleide van het veel uitgebreidere lokale meetsysteem. Dit geldt niet voor de vierde prestatie-indicator – de mate waarin de problematiek is verminderd. DHG gebruikt hiervoor de ASEBA-vragenlijsten, niet de STEP.

Voor jeugdzorgaanbieders is het ons inziens van belang om behandeldoelen te kiezen die bij hun doelgroep passen, waarop zij kunnen worden afgerekend. Dit betekent ook dat zorgaanbieders voldoende vrijheid moeten hebben om passende instrumenten te gebruiken die specifieke informatie opleveren over de problematiek die men beoogt te verminderen. Het meten met dit soort passende instrumenten hoort bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder, waar de informatie direct kan worden benut voor diagnostiek, het stellen van behandeldoelen en het evalueren van de behandeling. Inzetten van dit soort instrumenten vergroot de kans aanzienlijk dat hulpverleners van de zorgaanbieders intrinsiek gemotiveerd raken voor het registreren van de vermindering van ernst van de problematiek, en de uitkomsten daadwerkelijk benutten ter verbetering van

de eigen werkwijzen. Hoewel de STEP op nog maar weinig plaatsen daadwerkelijk wordt ingezet, heeft de ervaring al wel geleerd dat dit instrument te weinig informatie oplevert om hulpverleners intrinsiek te motiveren voor het gebruik hiervan. De voorkeur gaat dan ook uit naar het meten van prestatie-indicator vier met specifieke genormeerde en gestandaardiseerde instrumenten, die inhoudelijke meer zijn afgestemd op de aard van de problematiek van de doelgroep waarop de behandeling gericht is.

Tot slot blijkt uit deze bijdrage dat DHG, ondanks de continue inspanningen sinds 2002, niet zodanig ver is met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid dat de instelling met één druk op de knop alle landelijke prestatie-indicatoren kan aanleveren als natuurlijke afgeleide. Dit heeft enerzijds te maken met de lange weg die de implementatie van het kwaliteitsbeleid vergt, met name doelrealisatie. Anderzijds heeft dit te maken met het ontbreken van eenduidige landelijke afspraken over de aanlevering van gegevens aan provincies en de koppeling tussen managementinformatiesystemen en registratiesystemen zoals Care4 en BergOp. Er is dringend behoefte aan nadere afspraken over registratie, en aan het ontwikkelen van dashboardapplicaties die uit verschillende registratiesystemen informatie kunnen aggregeren. Deze ontwikkeling is inmiddels in volle gang.

NOOT

- 1 Soms namen alleen de ouders, soms alleen de jongeren aan het interview deel. Maar desondanks zijn de twee groepen 'informanten' wel grotendeels vergelijkbaar: bij 115 jongeren namen zowel de jongeren als ouders aan het interview deel.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Geurts, E., & Van Yperen, T. A. (2010). *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren. Definities en spelregels*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (Nji)/MOgroep Jeugdzorg.
- Interprovinciaal Overleg, Ministerie van VWS, Ministerie van Justitie, MOgroep, & NIZW Jeugd (2006). *Prestatie-indicatoren Jeugdzorg: Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Den Haag: IPO.
- Janssen, M., Kroes, G., & Van Dam, C. (2004). *Zicht op functioneren in de samenleving. Follow-up onderzoek DHG 2002-2003*. Hoenderloo: DHG/Praktikon.

- Jurrius, K., Havinga, L., & Strating, G. (2007). *De C-toets versie 2007. Evaluatie C-toets versie 2004, aanpassing en verantwoording*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Kroes, G. (2006). *The perception of child problem behavior. The role of informant personality and context*. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen. Nijmegen: Praktikon.
- Kroes, G. (2007). *Vijfjaar Follow-up onderzoek in DHG*. Nijmegen/Hoenderloo: Praktikon/DHG.
- Kroes, G., Veerman, J.W., & De Bruyn, E.E.J. (2000). Realiteit en vertekening bij het beoordelen van probleemgedrag van kinderen. In: J. D. Bosch, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsseenaars, & A. Vyt (Red.) (2000), *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 4 (2000-2001)* (pp. 87-118). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- MOgroep, & Stichting Alexander (2009). *Handleiding Exit-vragenlijst Jeugd & Opvoedhulp*. Utrecht/Amsterdam: auteurs.
- Van Yperen, T.A., Eijgenraam, K., Van den Berg, G., De Graaf, M., & Chênevert, C. (2010). *STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Handleiding 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut.
- Van Yperen, T.A., Van der Pijll, M., Schouten, R., Chênevert, C., & Eijgenraam, K. (2009). *Voorspellende en evaluatieve waarde van de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut.
- Van Yperen, T.A., & Veerman, J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Veerman, J. W. (2007). *Een zorgevaluatiemodel als kader voor onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg*. Nijmegen: Praktikon.

OVER DE AUTEURS

Dr. Gert Kroes werkt als senior onderzoeker bij Praktikon. Hij is als projectleider en onderzoeker betrokken bij de implementatie van praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. *E-mail:* g.kroes@acsw.ru.nl. **Dr. Ignace Vermaes** is manager Research & Development bij Pluryn, waarvan DHG deel uitmaakt. Zijn specialisme betreft wetenschappelijke kennisintensivering en innovatie binnen de klinische praktijk. *E-mail:* ivermeas@pluryn.nl. **Prof. dr. Jan Willem Veerman** is vanwege de Stichting Entréa bijzonder hoogleraar bij de Radboud Universiteit Nijmegen en directeur van Praktikon. Zijn specialisme betreft de methodologie en uitvoering van praktijkgestuurd effectonderzoek. *E-mail:* j.w.veerman@acsw.ru.nl.