

Raamwerk prestatie-indicator doelrealisatie

Van registreren, via aggregeren naar informeren

Juni 2009

Versie juni 2009

Mariska van der Steege & Tom van Yperen

Nederlands Jeugdinstituut, in opdracht van het programmamanagement Prestatie-indicatoren Jeugdzorg van de MOgroep

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
1. Definiëring begrippen	5
2. Registratie.....	6
3.1 Welke doelen?	6
3.2 Hoe scoren?	7
3.3 Wie bepaalt?	7
3.4 Wanneer?	8
3.5 Samenvatting te registeren gegevens	9
4. Aggregatie	10
4.1 Aggregeren scores	10
5 Aanvullende/optionele registraties	11
5.1 Overall scoring	11
5.2 Aard van de doelen	12
5. Literatuur.....	14
Bijlage 1: Doelenhiërarchie	15
Bijlage 2: Standaard scores doelrealisatie	16
Bijlage 3: Verzamelblad scores informanten	17
Wetenschappelijke bijsluiter, De betekenis van cijfers over doelrealisatie	18
Inleiding.....	19
A priori zeggingskracht	20
Psychometrische problemen.....	21
Aggregatieproblemen.....	22
Conclusie.....	23

Inleiding

Begin 2006 bracht een landelijke werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de MOgroep, het IPO, de ministeries van VWS en Justitie en het NIZW/wetenschap (tegenwoordig: NJi) een nota uit met tien *prestatie-indicatoren* voor de jeugdzorg. Een prestatie-indicator is een 'meetlat' die de prestaties van personen of organisaties in beeld brengt. Prestatie-indicatoren zijn in de eerste plaats bedoeld om de prestaties van organisaties in de jeugdzorg (zowel bureaus jeugdzorg als zorgaanbieders) meer transparant te maken, systematisch in kaart te brengen en te verantwoorden. Dit ter vervanging van het huidige klimaat waarin de jeugdzorg op gezette tijden wordt 'afgerekend' op basis van dramatische incidenten met kinderen die hulp ontvingen vanuit de jeugdzorg. Ook zijn ze bedoeld om de kwaliteitsontwikkeling van de zorg op basis van die prestaties te sturen (Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren, 2006).

De prestatie-indicatoren zijn verbonden aan de missie en de vier kerndoelen die de jeugdzorg in de breedte nastreeft. Voor de zorgaanbieders is het kerndoel 'de hulpvragen van cliënten zijn beantwoord' relevant. Onder dit kerndoel vallen drie prestatie-indicatoren:

1. Mate van doelrealisatie;
2. Mate van cliënttevredenheid over de resultaten van de hulp;
3. Mate van reguliere beëindiging van de hulp.

De prestaties worden afgemeten aan van tevoren vastgestelde normen. In het geval van de prestatie-indicator 'mate van doelrealisatie' is een voorbeeld van zo'n norm: XX% van de gestelde doelen door een zorgaanbieder in de jeugdzorg worden in 2008 volledig behaald. De resultaten op deze drie kerndoelen gezamenlijk zeggen iets over de mate waarin de hulpvragen van cliënten aan de jeugdzorg zijn beantwoord. Van belang is de prestatie-indicatoren in samenhang te zien, één prestatie-indicator zegt in beperkte mate iets over de resultaten die de organisaties in de jeugdzorg boeken. Zo kan de cliënttevredenheid hoog zijn terwijl de mate van doelrealisatie een minder positief beeld laat zien. De vraag is of de prestaties van de jeugdzorg over de gehele linie in dat geval voldoende te noemen zijn.

Dit raamwerk gaat over de prestatie-indicator *mate van doelrealisatie*. Het bevat afspraken die de zorgaanbieders in de jeugdzorg gezamenlijk hebben gemaakt over hoe de mate van doelrealisatie te bepalen, inzichtelijk te maken en te verantwoorden richting de financiers en de rest van de samenleving. Ook is de informatie bruikbaar om de prestaties op doelrealisatie te vergelijken tussen verschillende zorgaanbieders. Het raamwerk bevat feitelijk de minimaal benodigde informatie die zorgaanbieders opleveren om deze prestatie-indicator extern te verantwoorden. Het raamwerk gaat dus uitdrukkelijk niet over het methodisch werken met doelen en het evalueren van de mate waarin de doelen zijn bereikt in het primair proces, tussen een hulpverlener en een cliënt (zie daarvoor bijvoorbeeld Van Yperen & Van der Steege, 2006).

Het raamwerk omvat drie onderdelen: 1) welke benodigde gegevens de zorgaanbieders registreren op het niveau van het primaire proces, 2) hoe deze gegevens vervolgens te aggregeren om de mate van doelrealisatie te bepalen en 3) een wetenschappelijke bijsluiter over de informatie die dit oplevert voor de verantwoording van de prestatie-indicator 'mate van doelrealisatie' richting de financiers en hoe deze informatie te interpreteren. Doelrealisatie is een instrument dat in de eerste plaats gericht is op het direct sturing geven aan het primaire proces. Maar ook geaggregeerde gegevens kunnen een functie hebben in de kwaliteitsverbetering van het primaire proces. Voorstelbaar is echter dat dit meer en vooral meer gedetailleerde informatie vergt. Dit raamwerk is te zien als het benodigde minimum om de mate waarin de doelen van de geleverde zorg zijn bereikt extern te verantwoorden. Het laat daarnaast voldoende ruimte voor instellingen om aanvullende of meer gedetailleerde informatie te verzamelen om voortdurende kwaliteitsverbetering van de hulp na te streven. Deze variatie is ook nodig en dient als input om de gegevens en de informatie die op deze manier verzameld wordt aan te scherpen en te verfijnen. Bovendien is systematisch uitgevoerde variatie in het gebruik van doelrealisatie van belang voor de verdere ontwikkeling van het instrument zelf. Waar mogelijk doen we in dit raamwerk voorstellen voor individuele variatie.

Het bepalen van de mate van doelrealisatie impliceert dat het gaat om de veranderingsgerichte interventies en hulpverleningstrajecten die de zorgaanbieders in de jeugdzorg aanbieden. Alleen als er expliciet verandering nagestreefd wordt, heeft het formuleren en evalueren van doelen in het primaire proces een functie. Het zorgaanbod van de jeugdzorg omvat echter ook varianten/voorzieningen die een langdurige leefomgeving ofwel verblijf aan jeugdigen bieden, bijvoorbeeld de opvoedingsvariant van de pleegzorg en gezinshuizen of andere residentiële voorzieningen. Hiervoor moeten in de toekomst wellicht andere ijkpunten worden bepaald om de bereikte prestaties aan af te meten. Dit wil ook weer niet zeggen dat het onmogelijk is om binnen deze varianten/voorzieningen expliciet doelen te stellen met daaraan gekoppeld een moment waarop ze geëvalueerd worden.

Hierna werken we het raamwerk voor het bepalen van de resultaten op de prestatie-indicator mate van doelrealisatie verder uit. In hoofdstuk 2 volgt als eerste een definiëring van de centrale begrippen in dit verband – registreren, aggregeren en informeren – , in hoofdstuk 3 gaan we in op de gegevens die op het niveau van het primaire proces geregistreerd moeten worden en in hoofdstuk 4 hoe deze gegevens op het niveau van groepen cliënten of de totale organisatie te aggregeren. In hoofdstuk 5 staat de gebruikte literatuur op een rij. In de wetenschappelijke bijsluiter werken we tot slot uit welke informatie dit wel en niet oplevert voor de externe verantwoording van de prestaties op de mate van doelrealisatie.

1. Definiëring begrippen

In dit hoofdstuk definiëren we als eerste de verschillende begrippen die in dit raamwerk centraal staan: registratie, aggregatie en informatie.

Letterlijk betekent *registratie*: in een register optekenen, opnemen en vastleggen. In dit raamwerk heeft 'registratie' betrekking op het niveau van het primaire proces, het traject van hulpverlening tussen de cliënt en de hulpverlener. Over het verloop van dit proces worden verschillende gegevens vastgelegd ofwel geregistreerd, bijvoorbeeld de scores op instrumenten (zoals vragenlijsten) die bij de cliënt worden afgenomen (veelal in een geautomatiseerd systeem). Registratie gaat in dit geval over de gegevens die relevant zijn voor het bepalen van de mate van doelrealisatie. Het later kunnen bepalen hiervan vergt in de eerste plaats dat bepaalde gegevens op het niveau van het individuele hulpverleningstraject worden vastgelegd.

Het woord *aggregatie* betekent onder andere samenklontering. Om iets te kunnen zeggen over de mate van doelrealisatie op het niveau 'boven' een individueel hulpverleningsproces, over groepen cliënten (bijvoorbeeld per zorgaanbieder/werksoort of per instelling) moeten de geregistreerde gegevens vastgelegd tijdens de individuele hulpverleningstrajecten op een bepaald momenten worden verzameld en geaggregeerd, ofwel bij elkaar gehaald. Een voorbeeld van het aggregeren van geregistreerde gegevens is het berekenen van de gemiddelde duur van hulpverleningstrajecten. De geaggregeerde gegevens kunnen vervolgens op een bepaalde manier gepresenteerd worden, bijvoorbeeld in een tabel of een grafiek.

De geaggregeerde gegevens leveren vervolgens *informatie* op over de prestatie-indicator doelrealisatie. De te beantwoorden vragen zijn: welke resultaten boekt een zorgaanbieder op deze prestatie-indicator, is deze prestatie voldoende te noemen in vergelijking met de gestelde (externe) norm en de prestaties van andere zorgaanbieders? Bij deze informatie dienen we enkele voorbehouden te maken. Ook is het van belang deze altijd te bekijken in samenhang met de prestaties op de andere twee prestatie-indicatoren (mate van cliënttevredenheid over de resultaten van de hulp en mate van reguliere beëindiging hulp).

2. Registratie

Het kunnen bepalen van de mate van doelrealisatie vergt in de eerste plaats het registreren van bepaalde gegevens tijdens individuele hulpverleningstrajecten. Dit hoofdstuk gaat hier nader op in. Eerste bepalen we welke doelen te registreren, daarna hoe te scoren, wie de mate bepaalt waarin de doelen zijn bereikt en wanneer de mate van doelrealisatie bepaald en vastgelegd wordt.

3.1 Welke doelen?

Het indicatiebesluit is een belangrijk ijkpunt in de hulpverlening die cliënten ontvangen binnen de geïndiceerde jeugdzorg. Het vormt de schakel van het bureau jeugdzorg naar de zorgaanbieder en de cliënt kan met het indicatiebesluit aanspraak maken op de hulp die erin vermeld staat. In het indicatiebesluit staat de beoogde zorg vermeld en het doel dat daarmee bereikt dient te worden (Wet op de Jeugdzorg, 2004). Het Gegevenswoordenboek Beleidsinformatie Jeugdzorg (herziene versie, 2007) stelt dat de hulpverlener van het bureau jeugdzorg de mate bepaalt waarin de in het indicatiebesluit vermelde doelen behaald zijn, gehoord hebbende de hulpverlener van de zorgaanbieder(s) en de cliënt. Een indicatiebesluit kan meerdere zorgaanspraken bevatten. Dit betekent dat voor het bereiken van de doelen uit het indicatiebesluit meerdere vormen van hulp, indien nodig aangeboden vanuit verschillende organisaties, ingezet kunnen worden.

In de praktijk zijn de doelen uit het indicatiebesluit indicatief voor de hulp van de zorgaanbieders. Vaak worden deze doelen uit het indicatiebesluit omgezet of ‘vertaald’ naar zogenoemde ‘einddoelen’ van de hulp door de zorgaanbieder. Dit vertalen gebeurt zoveel mogelijk één-op-één, in samenspraak met de cliënt, vaak in een eerste startgesprek waarbij zo mogelijk een casemanager (hulpverlener) van het bureau jeugdzorg aanwezig is. Soms is het nodig deze doelen aan te passen, aan te scherpen, in te dikken of juist uit te breiden. Ook dit gebeurt in samenspraak met de betrokken partijen (in ieder geval de cliënt, bureau jeugdzorg wordt betrokken bij wijzingen die strijdig zijn met de doelen uit het indicatiebesluit en waarvoor dan een nieuw besluit nodig is). Van belang is dat een beperkt en overzichtelijk aantal einddoelen overblijft passend en haalbaar binnen de afgesproken termijn van de zorg zoals (ook) vastgelegd in het hulpverleningsplan. Als de hulp daadwerkelijk start worden de doelen per vorm van hulp (aanspraak) verder verkleind, opgeknipt of verfijnd. De einddoelen worden dan verder uitgewerkt in meer specifieke doelen of werkdoelen, op deze manier ontstaat een hiërarchie van doelen startend bij het probleem/klacht/vraag van de cliënt, via de doelen uit het indicatiebesluit ofwel de einddoelen naar meer specifieke werkdoelen en werkpunten (zie figuur doelenhiërarchie in bijlage 1, Van Yperen en Van der Steege, 2006).

Voor het bepalen van de mate van doelrealisatie binnen dit raamwerk is het nodig dat zorgaanbieders de einddoelen van de hulp registreren. Deze doelen sluiten aan bij / vallen bij voorkeur één-op-één samen met de doelen uit het indicatiebesluit en voor deze doelen wordt bij het beëindigen van de hulp de mate van doelrealisatie bepaald.

Raamwerkafspraken: Per cliënt worden de einddoelen vastgelegd zoals die in ieder geval met de cliënt bij de start zijn opgesteld, deze sluiten aan bij/vallen samen met doelen indicatiebesluit.

3.2 Hoe scoren?

De einddoelen worden bij de beëindiging van de hulp gescoord met de vier scores op de Goal Attainment Scaling (GAS) (zie Van Yperen, Meyknecht & Diephuis, 2004). Hierbij worden de volgende vier rubrieken gebruikt:

- 1 Doel niet gehaald, situatie is ongunstiger dan bij start;
- 0 Doel niet gehaald, situatie gelijk als bij start;
- +1 Doel deels gehaald, situatie gunstiger, maar duidelijk niet conform doel;
- +2 Doel gehaald.

Het werken met deze scores vergt dat de hulpverlener en de cliënt afspreken hoe aan het einde van de hulp te zien is dat het doel bereikt is ofwel hoe de gewenste situatie er concreet uit ziet. Dit noemen we ook wel het werken met normen of indicatoren. In de praktijk volstaat het opstellen van indicatoren per einddoel voor de huidige situatie (score 0) en de gewenste situatie (score 2). Er zijn andere mogelijkheden om de mate van doelrealisatie te scoren, bijvoorbeeld met een vijf-puntschaal of met de zogenoemde rapportcijfers. De conversietabel in bijlage 2 biedt handvatten om deze scores te converteren naar de GAS-scores (Van Yperen, Meyknecht & Diephuis, 2004).

Raamwerkafpraak: Ieder einddoel wordt gescoord volgens de GAS-scores (-1 = doel niet gehaald, situatie ongunstiger dan bij start, 0 = doel niet behaald, situatie gelijk aan start; 1 = doel deels behaald; +2 = doel behaald).

3.3 Wie bepaalt?

Aan het einde van de hulp worden de scores op de einddoelen toegekend door de verschillende betrokken partijen, meestal de cliënt (ouders/verzorgers en jongere boven de 12 jaar), de casemanager (hulpverlener) van het bureau jeugdzorg en de hulpverlener van de zorgaanbieder. Het streven is per einddoel zoveel mogelijk te komen tot één eindscore waarover consensus bestaat. Immers, van belang is dat alle betrokken partijen het erover eens zijn dat de problemen zijn opgelost en de vragen beantwoord. De hulp is dan 'klaar' en kan beëindigd worden. In het kader van dit raamwerk is het nodig de gezamenlijk overeengekomen eindscores te registreren. In bijlage drie staat een mogelijk bruikbaar verzamelblad om de scores van de verschillende informanten (betrokkenen) en de gezamenlijk overeengekomen eindscores in een individueel hulpverleningstraject te registreren. De te hanteren werkwijze hierbij *kan* er als volgt uit zien (ontleend aan Van Yperen, Kroes & Bijl, 2008):

- Zet de scores van de verschillende betrokkenen op het verzamelblad bij elkaar (iedereen kent dus eerst afzonderlijk de scores toe);
- Vervolgens wordt per doel geprobeerd tot consensus te komen over de vraag of het doel wel of niet is bereikt, hierbij is de mening van de cliënt leidend;
- Deze consensuscore is de uiteindelijke eindscore op het doel. Leg daarbij expliciet vast of er over deze eindscore consensus is bereikt.

De vraag is nu wat te doen in situaties waarin de betrokken partijen het niet eens worden. Wie hakt dan de knoop door? Hierbij maken we onderscheid tussen hulp die de cliënt op vrijwillige basis ontvangt en hulp die niet-vrijwillig is (in het kader van een maatregel voor kindbescherming of een maatregel in het kader van jeugdstrafrecht). Als de hulp op vrijwillige basis is, heeft de cliënt het laatste woord als er geen consensus ontstaat over de eindscore. Bij meningsverschillen tussen leden

van het cliëntstelsel noteert men de score van degene van het cliëntstelsel die het meest bepalend is voor het al dan niet beëindigen van de zorg.

Bij niet-vrijwillige hulp heeft de uitvoerder van de maatregel, een gezinsvoogd of een jeugdreclasserder, het laatste woord en die bepaalt de eindscore. Bij een kindbeschermingsmaatregel is instemming van de cliënt met het hulpverleningsplan niet per se nodig. De gezinsvoogd heeft de wettelijke taak toezicht te houden op de continue vraag of het kind al dan niet bedreigd is (Slot, 2008). In de praktijk zal die zich in de meeste gevallen laten leiden door de mening van de hulpverlener van de zorgaanbieder.

Raamwerkafpraak: Vastgelegd wordt per einddoel de gezamenlijk overeengekomen eindscore, waarbij de mening van de cliënt leidend is. Verschillen leden van het cliëntstelsel van oordeel dan noteert men de score van degene van het cliëntstelsel die het meest bepalend is voor het al dan niet beëindigen van de zorg. Als er sprake is van niet-vrijwillige hulp, dan scoort de gezinsvoogd / jeugdreclasserder.

3.4 Wanneer?

Op basis van het indicatiebesluit is de zorgaanbieder verplicht een hulpverleningsplan op te stellen. Eén indicatiebesluit kan meerdere aanspraken voor zorg omvatten. Als deze aanspraken door verschillende zorgaanbieders worden uitgevoerd dienen zij gezamenlijk een coördinator voor de totstandkoming en de uitvoering van het hulpverleningsplan aan te wijzen (Wet op de Jeugdzorg, 2004). In dit hulpverleningsplan staan over het algemeen de einddoelen vermeld, de in te zetten middelen (de hulpvarianten die bij ieder einddoel worden ingezet en welke organisatie dit uitvoert) en de benodigde intensiteit en duur van de hulp. De eindscores op de einddoelen worden bepaald op de datum van de beëindiging van de hulp door de zorgaanbieder Volgens het Gegevenswoordenboek Beleidsinformatie Jeugdzorg (herziene versie, 2007) is dit de datum waarop voor het laatst zorg aan de cliënt wordt geboden waarop aanspraak bestaat (en zoals vastgelegd in het indicatiebesluit). Deze datum kan worden vastgelegd in het hulpverleningsplan.

Als meerdere zorgaanbieders zijn betrokken dan leveren zij alle doelrealisatie data aan, ieder bij de beëindiging van hun bemoeienis. Als deze werken op basis van één hulpverleningsplan met één set einddoelen, dan moeten deze einddoelen per zorgaanbieder worden gesplitst of ge(her)formuleerd, zodanig dat deze passen bij de specifieke interventies die door die zorgaanbieder worden uitgevoerd. Eerdergenoemd gegevenswoordenboek onderscheidt drie redenen voor de beëindiging van de zorg:

1. Beëindiging volgens plan (situatie is (vrijwel) geheel verbeterd conform doel dat werd nagestreefd);
2. Voortijdige beëindiging in overleg tussen cliënt en hulpverlener (zorg voortijdig beëindigd omdat deze niet meer nodig is of doel eerder is behaald dan verwacht);
3. Voortijdige beëindiging door cliënt (zorg is afgebroken door cliënt op moment dat doel niet of deels is behaald).

Het vastleggen van de eindscores op de einddoelen gebeurt op de datum van de beëindiging van de zorg bij de eerste twee van de hierboven genoemde redenen: als de zorg wordt beëindigd volgens plan en als de zorg in overleg tussen de cliënt en de hulpverlener wordt beëindigd. In praktische zin zal het verzamelen van scores als de cliënt de zorg voortijdig beëindigd lastig zijn. Het is mogelijk dat een einddoel tussentijds gescoord wordt als blijkt dat deze behaald is. Ook deze scores worden dan meegenomen in de aggregatie.

Raamwerkafpraak: De eindscores op de einddoelen worden vastgelegd bij de beëindiging van de zorg volgens plan en bij voortijdige beëindiging in overleg tussen cliënt en hulpverlener.

3.5 Samenvatting te registeren gegevens

	Per cliënt registeren:
Welke doelen?	<i>Einddoelen</i> zoals die bij de start van de hulp bij de zorgaanbieder worden vastgelegd met in ieder geval de cliënt (sluiten aan bij/vallen samen met doelen indicatiebesluit).
Hoe scoren?	<i>Score per einddoel</i> volgens GAS: -1 = doel niet behaald, situatie ongunstiger dan bij start; 0 = doel niet behaald, situatie gelijk aan start; 1 = doel deels behaald; +2 = doel behaald.
Wie bepaalt?	<i>Zoveel mogelijk een gezamenlijk overeengekomen eindscore.</i> Mening cliënt is leidend, als er geen consensus bereikt wordt: score cliënt. Tenzij sprake van niet-vrijwillige hulp, dan score gezinsvoogd/jeugdreclasserder.
Wanneer?	<i>Eindscores per einddoel vastleggen bij beëindiging zorg</i> volgens plan en bij voortijdige beëindiging in overleg tussen cliënt en hulpverlener.

4. Aggregatie

De volgende stap in het genereren van informatie over de prestatie-indicator mate van doelrealisatie is het aggregeren van de geregistreerde gegevens uit het primaire proces. In dit hoofdstuk gaan we in op het aggregeren van de eindscores.

4.1 Aggregeren scores

De mate waarin de einddoelen per cliënt zijn bereikt wordt uitgedrukt in de GAS-scores. Dit zijn wel getallen, het zijn echter geen rekenkundige eenheden waarmee bijvoorbeeld gemiddelden kunnen worden berekend. Het aggregeren van de eindscores gebeurt door van meerdere einddoelen (het totale aantal einddoelen, geordend naar hulpsoort/financieringscategorie of voor de gehele instelling, zie hierna) aan te geven hoeveel procent van de doelen volledig behaald zijn (% met score 2), deels gehaald (% met score 1), niet gehaald (% score 0) en niet gehaald, sprake van achteruitgang (% score -1). Hierbij moeten we de volgende kanttekening plaatsen. Enkele instellingen werken met een scoring van doelrealisatie die afwijkt van de eerder beschreven vierpuntsschaal van -1, 0, 1 en 2. Deze afwijkende scoring is bij de aggregatie hoogstens te converteren naar een driepuntsschaal (0, 1 en 2, zie bijlage 2). Dat betekent dat – ervan uitgaand dat de desbetreffende instellingen hun afwijkende scoring handhaven - bij rapportages over alle deelnemende instellingen de -1 en 0 schaalpunten moeten worden samengevoegd.

5 Aanvullende/optionele registraties

De afspraken over de prestatie-indicator doelrealisatie gelden voor alle betrokken instellingen. Een aantal instellingen geeft aan op onderdelen meer te willen vastleggen. In deze paragraaf wordt een voorstel gestaan voor aanvullende registraties voor de prestatie-indicator doelrealisatie. Voor de goede orde: over de voorstellen in deze paragraaf zijn nog *geen* besluiten genomen over de te hanteren landelijke standaard. Het gaat dus om optionele registraties.

5.1 Overall scoring

In de uiteindelijke afspraken is ervoor gekozen de doelrealisatie in twee varianten vast te leggen.

- *Een scoring per einddoel.* Veel instellingen vinden het voor hun eigen kwaliteitszorg wenselijk dat per einddoel een realisatiescore wordt vastgelegd. Deze variant is in paragraaf 3.1 beschreven, als onderdeel van het raamwerk prestatie-indicatoren.
- *Een ‘overall-score’ doelrealisatie.* Hierbij wordt over alle doelen in een indicatiebesluit of maatregel in één samenvattende score aangegeven in hoeverre alle doelen zijn gerealiseerd. Deze variant wordt in de onderhavige paragraaf toegelicht.

Hoe scoren?

De ‘overall’-scoring voor doelrealisatie is in het Gegevenswoordenboek gedefinieerd. De scoringswijze en formulering zijn hier aangepast aan de frequent gebruikte aanduidingen van de zogeheten Goal Attainment Scaling (GAS):

- 1 Doelen niet gehaald (toestand is ongunstiger);
- 0 Doelen niet gehaald (toestand is gelijk gebleven);
- +1 Doelen deels gehaald (toestand is gunstiger, maar duidelijk niet conform doelen);
- +2 Doelen gehaald (toestand is verbeterd, geheel of vrijwel geheel conform doelen).

Sommige instellingen hanteren een andere scoringswijze. Voor noodzakelijke conversies zie bijlage 2.

Voor de overige onderdelen (‘Wie bepaalt?’, ‘Wanneer?’ en ‘Aanlevering en aggregatie van gegevens’) gelden voor de ‘overall-score’ dezelfde afspraken als voor scoring per einddoel. In de tabel op de volgende pagina is een samenvatting weergegeven van de te registreren gegevens.

Optionele raamwerkafspraken indicator *overall doelrealisatie*

Welke doelen?	Doelen zoals geformuleerd in het indicatiebesluit.
Hoe scoren?	Overall-score (over alle doelen) volgens de Goal Attainment Scaling (GAS): -1 Doelen niet gehaald (toestand is ongunstiger); 0 Doelen niet gehaald (toestand is gelijk gebleven); +1 Doelen deels gehaald (toestand is gunstiger, maar duidelijk niet conform doelen); +2 Doelen gehaald (toestand is verbeterd, geheel of vrijwel geheel conform doelen). Voor de noodzakelijke conversies bij een andere scoringswijze zie bijlage 2.
Wie bepaalt?	Mening cliënt is leidend. Tenzij sprake van niet-vrijwillige hulp, dan score gezinsvoogd/jeugdreclasserder.
Wanneer?	Bij datum beëindiging zorgaanbod of zo mogelijk bij voortijdige beëindiging in overleg tussen cliënt en hulpverlener. Bevraging en registratie vinden plaats maximaal drie weken (21 dagen) voorafgaand aan of drie weken (21 dagen) na de datum beëindiging zorg.
Hoe aanleveren?	Per cliënt.
Aggregatie	Volgens het Gegevenswoordenboek Beleidsinformatie 2007. Omdat een aantal instellingen niet uitgaat van de GAS-scoring, van het Gegevenswoordenboek, moeten scores -1 en 0 bij de rapportage vaak worden samengevoegd: 0 Doelen niet gehaald (toestand is ongunstiger of gelijk gebleven); 1 Doelen deels gehaald (toestand is gunstiger, maar duidelijk niet conform doelen); 2 Doelen gehaald (toestand is verbeterd, geheel of vrijwel geheel conform doelen).

5.2 Aard van de doelen

Waar gaat het om?

Al sinds lange tijd leggen zorgaanbieders vast wat de inhoud is van de doelen van het indicatiebesluit c.q. het hulpverleningsplan. Het idee daarbij is dat met een inhoudelijke classificatie van doelen is te zien op welke domeinen de hulp zich voornamelijk begeeft. De ervaring leert dat langs die weg lacunes in de hulp zijn op te sporen, bijvoorbeeld omdat men moet constateren dat doelen ten aanzien van het sociale netwerk van de jeugdige en het gezin veel te weinig worden gerealiseerd.

In het verleden is voor de doelenclassificatie veel het KWIS gebruikt. Later zijn daar – vanwege twijfels over de betrouwbaarheid van het KWIS – andere doelenclassificaties bijgekomen. De verschillende classificaties zijn doorgaans terug te voeren op enkele domeinen waarop ze betrekking hebben. Deze domeinen vormen hier de kern van het voorstel.

Hoe scoren?

De einddoelen worden gescoord in een globale classificatie met vijf rubrieken. Daar onder vallen eventueel nog subrubrieken (de rubrieken op het tweede niveau zijn hier als voorbeeld aangegeven).

1. Kind / jongere (lichaam, emotie, gedrag, cognitie);
2. Gezin (basale gezinsomstandigheden, persoonlijke problemen ouder, opvoeding, gezinsrelaties, gezinsklimaat);
3. Omgeving (sociaal netwerk, professioneel netwerk, vrijetijdsbesteding);
4. Hulpverlening (diagnostiek, perspectief wonen, perspectief school/werk);
5. Overige doelen.

Uitgangspunt is dat het coderen van de doelen op het eerste niveau (rubriek 1-5) plaatsvindt. Instellingen kunnen vervolgens hun ‘eigen’ systeem op het tweede en (nog) gedetailleerdere niveaus hanteren. Elk doel moet echter eenduidig terug te voeren zijn naar één domein op het eerste niveau. Ook is het mogelijk doelen van het tweede niveau te clusteren in een aparte groep (bijvoorbeeld school/werk). Ook hiervoor geldt dat dit op een uniforme en unieke wijze moet gebeuren. In bijlage 5 van de algemene raamwerkafspraken (Van Yperen, 2009) is hierover meer informatie te vinden.

Wie bepaalt?

De einddoelen worden geclassificeerd door de hulpverlener van de zorgaanbieder.

Wanneer?

Registratie vindt plaats maximaal drie weken (21 dagen) voorafgaand aan of drie weken (21 dagen) na de datum beëindiging zorg of maatregel.

Hoe aanleveren?

De gegevens worden door de zorgaanbieders aan het bureau jeugdzorg per cliënt aangeleverd. Er worden maximaal 10 einddoelen geclassificeerd.

Aggregatie van gegevens

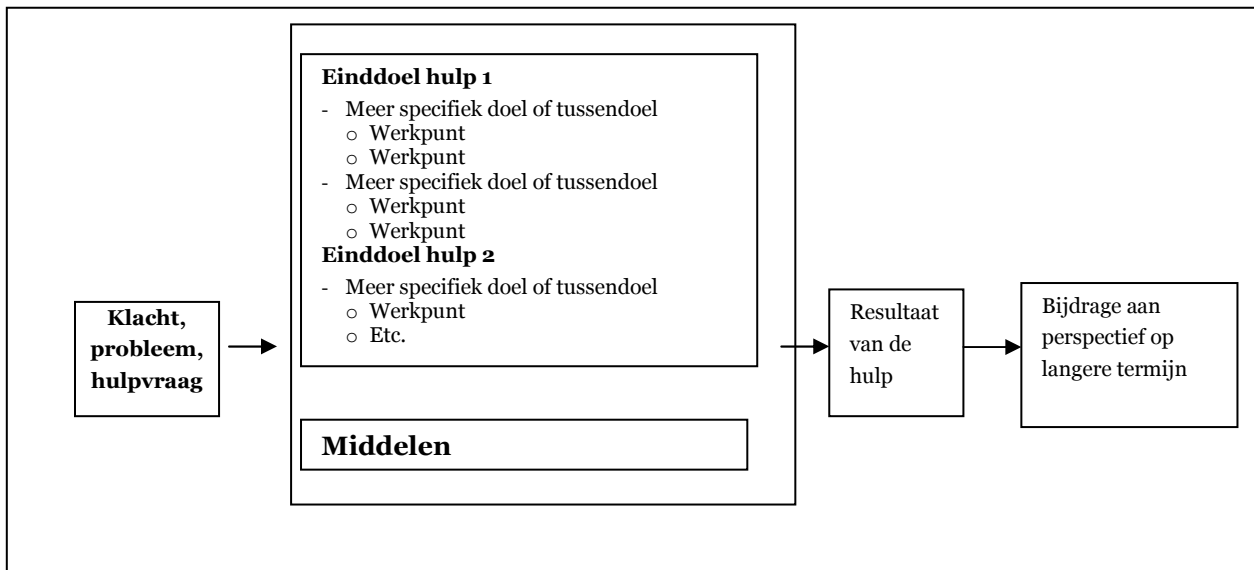
De gegevens worden geaggregeerd naar percentages van doelen in de rubrieken volgens de schaal die hierboven is aangegeven.

Optionele raamwerkafspraken Aard doelen	
Welke doelen?	<i>Einddoelen</i> zoals die bij de start van de hulp worden vastgelegd met in ieder geval de cliënt (sluiten aan bij/vallen samen met doelen indicatiebesluit).
Hoe scoren?	<i>Classificatie per einddoel</i> volgens de onderstaande tabel, eventueel met een gedetailleerdere subclassificatie (zie bijlage 5). <ol style="list-style-type: none"> 1. Kind / jongere; 2. Gezin; 3. Omgeving; 4. Hulpverlening; 5. Overige doelen.
Wie bepaalt?	<i>De hulpverlener van de zorgaanbieder.</i>
Wanneer?	Bij datum beëindiging zorg of maatregel of zo mogelijk bij voortijdige beëindiging in overleg tussen cliënt en hulpverlener. Registratie vindt plaats maximaal drie weken (21 dagen) voorafgaand aan of drie weken (21 dagen) na de datum beëindiging zorg.
Hoe aanleveren?	<i>Per cliënt</i> volgens de hierboven aangegeven classificatie. Maximaal 10 einddoelen.
Aggregatie	<i>Volgens de aangegeven schaal.</i> Gerapporteerd met percentages doelen per rubriek.

5. Literatuur

- Deloitte Consulting B.V. (5 juni 2008). *Toelichting plan van aanpak invoering uniforme bekostigingseenheden. Ondersteuningsaanbod zorgaanbieders*. Deloitte Consulting B.V.
- Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren (2006). *Prestatie-indicatoren Jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*.
- Lekkerkerker, L. (15 april 2008). *Invoering prestatie-indicatoren. Beeld uitkomsten enquête zorgaanbieders met betrekking tot doelrealisatie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut in opdracht van programma-management prestatie-indicatoren jeugdzorg MOgroep.
- *Gegevenswoordenboek Beleidsinformatie Jeugdzorg*. Herziene versie, 2007.
- Slot, W. (2008). *Zorg en kinderbescherming*. Interne notitie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- *Wet op de jeugdzorg. Wet van 22 april 2004 houdende regeling tot de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg*. Staatsblad 306.
- Yperen, T. van. (2009). *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren. Definities en spelregels*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van, Kroes, G & Bijl, B. (2008). Meten van doelrealisatie. In: Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Yperen, T. van, Loeffen, M., Berg, G. van den & Lekkerkerker, L. (2005). *Jeugdzorg op orde. Ontwerp van een ordeningsmodel voor preventieve, curatieve en repressieve interventies*. Utrecht: NIZW Jeugd/Collegio.
- Yperen, T. van, Meyknecht, G. & Diephuis, K. (2004). *Werken met doelrealisatie. Handreiking formuleren en evalueren van hulpverleningsdoelen. Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: GGZ Nederland/MOgroep.
- Yperen, T. van & Steege, M. van der (2006). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Jeugdinstituut/Uitgeverij SWP.

Bijlage 1: Doelenhiërarchie



(Uit: Van Yperen & Van der Steege, 2006)

Bijlage 2: Standaard scores doelrealisatie

Gegevenswoordenboek Beleidsinformatie, herziene versie 2007	Goal Attainment Scoring (GAS*)	Uitgebreide GAS-scoring	Scoring concept- gegevenswoordenboek jeugdzorg**	Scoring in schoolcijfers	Scoring in procenten***
0. Doel niet gehaald (toestand is ongunstiger of gelijk gebleven)	-1 Doel niet gehaald (Toestand is ongunstiger dan bij aanvang)	-2 de toestand is veel slechter dan bij aanvang		1. Slechter dan bij aanvang	Er zijn weinig (minder dan 50% van de) werkdoelen of werkpunten gerealiseerd en er komen alsmar nieuwe werkpunten bij.
		-1 de toestand is enigszins slechter dan bij aanvang			
	0 Doel niet gehaald. (Toestand gelijk als bij start)	0 de toestand is hetzelfde als bij aanvang	1 Helemaal niet 2. Grotendeels niet	2-3 niets veranderd	Er zijn weinig (minder dan 50% van de) werkpunten af en er komen soms nog nieuwe werkpunten bij.
1. Doel deels gehaald (toestand is gunstiger maar duidelijk niet conform doel)	+1 Doel deels gehaald (Toestand is gunstiger, maar duidelijk niet conform doel)	+1 de toestand is verbeterd, maar duidelijk nog niet conform doel	3. Deels wel, deels niet	4-5 enigszins op weg 6-7 behoorlijk op weg	Er zijn al redelijk veel (tussen 60-70% van de) werkpunten af. Er komen soms nog wel nieuwe werkpunten bij, maar we zakken niet meer onder de 60% dat af is.
2. Doel gehaald (toestand is verbeterd, geheel of vrijwel geheel conform doel)	+2 Doel gehaald	+2 de toestand is verbeterd, vrijwel geheel of geheel conform doel	4. Ja, grotendeels 5. ja, volledig	8-9 doel vrijwel behaald 10 Doel geheel bereikt	Vrijwel alle of alle (tussen 81- 100% van de) werkpunten zijn af. Er komen soms nog wel nieuwe werkpunten bij, maar we zakken niet meer onder de 80% dat af is.
		+3 de toestand is beter dan in het doel is nagestreefd			

* Onder toestand wordt verstaan: klacht, probleem, hulpbehoefte, situatie, aspect van functioneren. Ook hier is het mogelijk het niveau van +3 (de toestand is veel beter dan in het doel is nagestreefd) in te bouwen. Instellingen of hulpverleners die vaak op dit niveau scoren, moeten bij zich te rade gaan of zij de doelen met de cliënt wellicht vaak te laag stellen.

** Ordina Public Management Consulting (2003). Gegevenswoordenboek Jeugdzorg, versie 1.0. Den Haag: Ministerie van VWS / Ministerie van Justitie

*** Afgerond op tientallen, bij 5 naar boven. Het voorbeeld is ontleend aan casusbesprekingen bij Cardea te Leiden

(Uit: Van Yperen, Meyknecht & Diephuis, 2004)

Bijlage 3: Verzamelblad scores informanten

Eindoelen	Jongere				Ouder(s)				Hulpverlener				Bureau Jeugdzorg				Eindscore				Consensus?	
	-1	0	+1	+2	-1	0	+1	+2	-1	0	+1	+2	-1	0	+1	+2	-1	0	+1	+2	Ja	Nee
Einddoel 1																						
Einddoel 2																						
Einddoel 3																						
Einddoel 4																						
Einddoel 5																						

(Uit: Van Yperen, Kroes & Bijl, 2008)

Wetenschappelijke bijsluiter, De betekenis van cijfers over doelrealisatie

Een wetenschappelijke bijsluiter

September 2008

Tom van Yperen & Mariska van der Steege¹

Nederlands Jeugdinstuut, in opdracht van het programmamanagement Prestatie-indicatoren Jeugdzorg van de MOgroep

¹ Deze notitie is in belangrijke mate gebaseerd op Yperen, T.A. van, Yperen, T.A., Kroes, G. & Bijl, B. (2008). Meten van doelrealisatie. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (p. 271-292). Delft: Eburon.

Inleiding

Het bereiken van de doelen van de hulp vormt in het primaire proces een cruciale toetssteen om al dan niet van geslaagde hulp te spreken. De mate van doelrealisatie geldt dan ook als een van de prestatie-indicatoren in de jeugdzorg.

Het meten van doelrealisatie is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsbepaling van de hulp: zijn de beoogde doelen van de interventie bereikt, dan is de hulp geslaagd. Bijzonder veel instellingen in de jeugdzorg hebben de laatste jaren een start gemaakt met het meten van doelrealisatie. De inmiddels gegroeide praktijk laat zien dat het interpreteren van verzamelde doelrealisatiegegevens over groepen cliënten verschillende valkuilen kent. Deze hebben te maken met drie kwesties:

- A priori zeggingskracht van de gegevens over het effect van de hulp;
- Psychometrische kwesties, zoals de betrouwbaarheid en de validiteit;
- Complicaties bij het bundelen van doelrealisatiegegevens naar een hoger aggregatieniveau (het zogeheten aggregatievraagstuk).

In deze notitie passeren in een notendop de belangrijkste valkuilen de revue en geven we handreikingen om ermee om te gaan.

A priori zeggingskracht

Valkuilen

De zeggingskracht van cijfers over doelrealisatie over de effecten van de hulp is op dit moment principieel beperkt van aard. Dat heeft te maken met een combinatie van drie belangrijke factoren.

- a. *Kwaliteit gestelde doelen*. In de eerste plaats is de kwaliteit van de gestelde doelen nog sterk in ontwikkeling. Veel hulpverleners moeten het stellen van goede doelen nog voldoende in de vingers krijgen. Daar wordt in de sector hard aan gewerkt, maar dit proces is nog niet afgerond.
- b. *Determinanten van uitkomsten hulp*. Doelrealisatiecijfers zeggen niet alles over de effectiviteit van de hulp. De uitkomsten van de hulp zijn immers slechts voor een deel toe te schrijven aan effectief methodisch handelen. Ook bijvoorbeeld cliëntfactoren en de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt spelen een rol. Welk deel van de resultaten dan wel door de hulp wordt bepaald is – gegeven de stand van kennis – moeilijk te zeggen. Om een goede schatting te maken is streng-wetenschappelijk onderzoek nodig. ‘Platte’ cijfers over doelrealisatie werpen daar onvoldoende licht op.
- c. *Normen*. Gegevens hebben weinig zeggingskracht als normen ontbreken voor wat goed, matig of slecht is te noemen. Die normen zijn er op dit moment nog niet.

Hoe hier mee om te gaan?

Cijfers over doelrealisatie zijn te beschouwen als de eerste indicator voor de resultaten van hulp. Daarbij is het vooral van belang *dat* hulpverleners en instellingen cijfers over doelrealisatie verzamelen en rapporteren. Het stimuleert de kritische reflectie op de kwaliteit van de gestelde doelen en de resultaten van de hulp. Ook prikkelt het om initiatieven te nemen om de vragen die de cijfers oproepen te gaan beantwoorden. Stel dat een hulpvorm van een instelling laat zien dat slechts 45 procent van de cliënten de einddoelen realiseert. Is het dan niet nuttig om een uitgebreid gesprek te gaan voeren over wat hier aan de hand is? Is het bij zo'n lage score zinvol om een duur en intensief wetenschappelijk effectonderzoek te starten, of kijkt men liever eerst wat deze lage successcore kan verklaren en hoe de resultaten te verbeteren zijn? Zijn er instellingen die bij een soortgelijke hulpvorm veel betere resultaten halen? Het zijn nuttige vragen.

Van belang daarbij is de cijfers over doelrealisatie niet geïsoleerd te beoordelen, maar in relatie tot bijvoorbeeld gegevens over:

- De zwaarte van de doelgroep (bij een gemakkelijke doelgroep is het gemakkelijk succes te hebben);
- De hulpvorm waar het hier om gaat (bijvoorbeeld geen lichte ambulante hulp, maar intensieve 24-uurs daghulp);
- De mate waarin het is gesteld met scholing van medewerkers in het stellen van goede doelen;
- Andere indicatoren voor de resultaten van de hulp (zoals de afname van de problematiek, de cliënttevredenheid, de mate waarin al dan niet vervolghulp nodig is etc.).

Psychometrische problemen

Valkuilen

Waar gemeten wordt, maakt men meetfouten. Met het stapelen van de gegevens, stapelt men ook de meetfouten op elkaar. Doelrealisatiecijfers kunnen verstoord raken door bijvoorbeeld:

- *Instabiliteit van de metingen.* De cliënt en/of de hulpverlener willen gedurende het hulpverleningsproces nog wel eens de kwaliteit van de hulp wisselend waarderen. Op het ene moment zijn ze bijvoorbeeld positiever over de mate waarin de doelen zijn gerealiseerd dan op het andere moment, zonder dat er een daadwerkelijk verschil in de mate van realisatie is. Dat zorgt ervoor dat de metingen teveel een momentopname kunnen zijn;
- *Gebrek aan consensus.* De doelrealisatiecijfers zijn alleen geldig als de betrokkenen het eens zijn over de belangrijkste doelen van de hulp en de mate van realisatie. Het komt geregeld voor dat de meningen nogal verschillen. Bij gebrek aan consensus moet helder zijn wie het geldige eindoordeel mag vellen. Niet iedereen hanteert daarbij dezelfde regels. Dit alles tast de betrouwbaarheid en validiteit van de cijfers aan;
- *Koppeling doelen - hulp.* De geregistreerde doelrealisatie moet een graadmeter zijn voor wat er met de hulp daadwerkelijk is bereikt. Voorwaarde is dan dat de doelen ook daadwerkelijk in het hulp centraal hebben gestaan en de hulp is gericht op het realiseren van die doelen. De praktijk laat zien dat hier nog geregeld ‘mismatches’ in optreden, met name als het gaat om de doelen in het indicatiebesluit van bureau jeugdzorg en de bij de zorgaanbieder uitgevoerde hulp.

Hoe hier mee om te gaan?

Vanwege de meetfouten zijn cijfers over doelrealisatie slechts met een ruime foutenmarge te gebruiken. Bijvoorbeeld, als in een overzicht staat dat bij instelling A 70 procent van de doelen geheel zijn gerealiseerd, bij instelling B 60 procent en bij instelling C 45 procent, is het verstandig om rond deze getallen een marge te denken. Hoe groot die marge precies moet zijn is nu nog moeilijk te zeggen. Over een paar jaren is er wellicht voldoende onderzoek om die marge wel te bepalen. Een veilige vuistregel zou kunnen zijn dat bij elk percentage er 10 procentpunten worden afgetrokken en opgeteld. Figuur 1 geeft een voorbeeld.

Figuur 1. Cijfers doelrealisatie met een foutenmarge

Instelling	Percentage doelen geheel gerealiseerd	Foutenmarges	Opmerking
A	70 %	60 – 80 %	Verskil met C
B	60 %	50 – 70 %	
C	45 %	35 – 55 %	Verskil met A

Omdat de marges van instelling A en B elkaar overlappen, kunnen we niet zeggen dat deze instellingen echt van elkaar verschillen. Anders gezegd, er moet tussen twee cijfers minstens een verschil zijn van 20 punten, wil er een betekenisvol verschil zijn. Bij vergelijking van instelling A met B is dat niet het geval. Dan is het ook niet de moeite waard om aan het verschil aandacht te besteden. Het verschil tussen A en C vraagt wel om nadere bespreking: hoe zou dit te verklaren zijn?

Aggregatieproblemen

Valkuilen

Bij het opschalen van de doelrealisatiegegevens van cliëntniveau naar een algemener niveau (bijvoorbeeld de module, de instelling, de regio) is het verstandig rekening te houden met twee bekende valkuilen:

- *Percentages over kleine aantallen zeggen weinig.* Deze kleine aantallen kunnen bijvoorbeeld voorkomen bij cijfers over instellingen die maar weinig cliënten per jaar opnemen. Als bij de ene instelling 40 procent van de cliënten alle doelen zijn gerealiseerd, en bij de andere 80 procent, dan zegt dat nog niet zoveel als die cijfers betrekking hebben op 12 respectievelijk 15 cliënten. Immers, hoe kleiner de groep, hoe gevoeliger de cijfers voor allerlei toevalsinvloeden;
- *Gemiddelen zeggen niet zoveel.* Doelrealisatie-scores hebben een betrekkelijk laag meetniveau. Het berekenen van gemiddelden kan dan een schijn van exactheid wekken, terwijl die exactheid feitelijk niet bestaat. Ook kan het voorkomen dat een gemiddelde is gebaseerd op veel extreme scores: bij veel cliënten zijn de doelen helemaal niet gerealiseerd en veel helemaal wel; daartussen zit er weinig. Ook in dat geval is het gemiddelde geen goede representant van de scores waarop deze is gebaseerd.

Hoe hiermee om te gaan?

Twee adviezen zijn hier op zijn plaats:

- *Gebruik alleen percentages bij groepen van meer dan 20 cliënten.* Noem bij kleinere groepen bij voorkeur geen percentages of geef duidelijk aan (bijvoorbeeld door de cijfers tussen haakjes te zetten) dat de percentages geen betrouwbaar beeld leveren;
- *Gebruik bij voorkeur geen gemiddelden.* Vermijd hiermee schijn-exactheid.

Conclusie

Doelrealisatiecijfers zijn zinvol. Ze geven een *eerste indicatie* van de resultaten van de hulp. Echter, dit soort cijfers hebben een lage zekerheidsgraad. Ze geven daarom niet zo gauw *uitsluitel* over de effectiviteit van de hulp. De cijfers zijn dan ook alleen op een nuttige manier te gebruiken als men de valkuilen bij het gebruik incalculeert:

- Van belang is de cijfers over doelrealisatie niet geïsoleerd te beoordelen, maar in relatie tot andere resultaatgegevens te interpreteren;
- De cijfers zijn alleen met een ruime foutenmarge te gebruiken. Bij een percentage moet bijvoorbeeld altijd minstens 10 procentpunten opgeteld en afgetrokken worden;
- Doelrealisatiecijfers hebben een laag meetniveau. Bij groepen van 20 of minder cliënten bieden percentages geen geldige cijfers. Het berekenen van gemiddelden is in het algemeen niet aan te raden.

Gezien het bovenstaande geldt als algemene moraal: *doelrealisatiecijfers spreken niet voor zich, er moet altijd over gesproken worden.*