

Tussen Kwaliteit & Kwantiteit

Managers en zorgprofessionals op zoek naar de balans in de geestelijke gezondheidszorg

Rozetta Meijer

Bachelorscriptie 2011

Universiteit Utrecht



Tussen Kwaliteit & Kwantiteit

Managers en zorgprofessionals op zoek naar de balans in de
geestelijke gezondheidszorg

Rozetta Meijer

3381463

22 april 2011

Universiteit Utrecht

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap

Bachelorleerkring Publiek Management

Begeleider: Dr. Karin Geuijen

Tweede lezer: Aline Bos MSc

Abstract

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een publieke organisatie die net als andere publieke organisaties om moet gaan met een veranderende bestuurlijke en maatschappelijk omgeving. Door de invoering van de prestatiebekostiging in 2008 is meer nadruk komen te liggen op 'productie draaien', targets en transparantie. Deze ontwikkeling komt voort uit het *New Public Management*, de tendens om publieke organisaties als bedrijven te zien. Dit vraagt van publieke organisaties om prestatiegericht te werk te gaan. Prestaties moeten in kaart worden gebracht zodat verantwoording afgelegd kan worden over productie en managers in staat zijn om de productie van de organisatie bij te sturen. Prestatiegericht werken kan tot gevolg hebben dat een te grote nadruk op de productie van de organisatie komt te liggen waardoor inhoudelijke kaders worden veronachtzaamd. Hierdoor kan een spanningsvolle relatie tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg ontstaan.

In dit onderzoek is middels veertien diepte-interviews onderzocht hoe managers en zorgprofessionals binnen de GGZ omgaan met het spanningsveld dat tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan ontstaan. Om dit te kunnen onderzoeken is eerst in kaart gebracht in hoeverre een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg wordt ervaren. Vervolgens is onderzocht op welke wijze dit spanningsveld zich uit in het dagelijkse werk van managers en zorgprofessionals in de GGZ.

Uit het onderzoek is gebleken dat een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg met name wordt ervaren wanneer de productienormen niet worden gehaald. Zolang de productienormen gemakkelijk worden gehaald hoeft er geen sprake te zijn van dit spanningsveld. Binnen de onderzochte organisaties uitte het spanningsveld zich voornamelijk in minder tijd voor cliënten, een snellere doorplaatsing van cliënten en een hogere werkdruk. Gebleken is dat managers en professionals het spanningsveld zoveel mogelijk gezamenlijk buiten de deur proberen te houden. Managers fungeren als 'hitteschild' door het spanningsveld zoveel mogelijk bij de professionals en hulpverleners weg te houden. Professionals gaan met name harder werken om zowel kwaliteit te blijven bieden als de productienormen te halen. Uit het onderzoek blijkt dat managers en professionals niet per definitie tegenover elkaar staan, omdat de managers uit het veld komen en professionals loyaal zijn naar de instelling. Er vinden wel botsingen tussen de organisatie- en de professionele logica plaats, maar deze hebben tot nu toe niet tot een breuk tussen beiden geleid.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	7
Hoofdstuk 1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Relevantie.....	11
1.4 Leeswijzer.....	12
Hoofdstuk 2. Ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg	13
2.1 Wat is de GGZ?.....	13
2.2 Ontwikkelingen in de financiering van de GGZ.....	14
2.2.1 Financieringsbronnen van de GGZ.....	14
2.2.2 Hervormingen in de financiering van de GGZ.....	15
2.3 Tot slot.....	17
Hoofdstuk 3. Theoretisch kader	18
3.1 Prestatiegericht werken in het publieke domein.....	18
3.1.1 New Public Management.....	18
3.1.2 Prestatiemanagement en prestatiemeting.....	19
3.1.3 Outputsturing.....	20
3.1.4 Rol van prestatiemeting in verantwoordingsprocessen.....	21
3.1.5 Prestatiebepoorting.....	21
3.2 Kwaliteit van hulpverlening en kwaliteitsnormen in de GGZ.....	22
3.2.1 Perspectieven op kwaliteit.....	22
3.2.2 Kenmerken zorgprofessional en 'peer review'.....	23
3.2.3 Kwaliteitscontrole en normen.....	24
3.3 Gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit van zorg.....	25
3.3.1 Positieve gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit.....	25
3.3.2 Negatieve gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit.....	26
3.3.3 Kanttekening.....	28
3.4 Omgaan met een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg... ..	29
3.4.1 De relatie tussen managers en professionals.....	29
3.4.2 Een spanningsveld vermijden.....	31
3.5 Tot slot.....	32

Hoofdstuk 4. Onderzoeksmethoden en technieken.....	34
4.1 Soort onderzoek	34
4.1.1 Kwalitatief onderzoek.....	34
4.1.2 Wetenschapsfilosofische reflectie	35
4.1.3 Casestudy	36
4.2 De casestudy uitgelicht.....	37
4.3 Onderzoeksmethoden	39
4.3.1 Documentanalyse.....	39
4.3.2 Interviews	39
4.3.3 Selectie van respondenten.....	39
4.3.4 Analysemethoden	41
4.4 Betrouwbaarheid en validiteit.....	41
4.5 Operationalisaties.....	43
Hoofdstuk 5. Bevindingen	46
5.1 Definitie van prestatiegericht werken	46
5.1.1 Definitie door respondenten.....	46
5.1.2 Prestatiegericht werken in de literatuur	47
5.1.3 Tot slot.....	48
5.2 Definitie van kwaliteit van zorg	48
5.2.1 Kwaliteitsbeleid van Altrecht	48
5.2.2 Definitie door respondenten.....	50
5.2.3 Tot slot.....	51
5.3 Prestatiegericht werken in de praktijk	51
5.3.1. Beleid van Altrecht	52
5.3.2 Prestatiegericht werken binnen de Kei	53
5.3.3 Prestatiegericht werken binnen Wier forensisch – Altrecht.....	56
5.3.4 Prestatiegericht werken binnen afdeling Eleos.....	56
5.3.5 Tot slot.....	57
5.4 Gevolgen van prestatiegericht werken	57
5.4.1 Transparantie	57
5.4.2 Verantwoordings- en registratiedruk.....	58
5.4.3 Gaming the numbers.....	60
5.4.4 Blokkeren van innovatievermogen en ambities.....	61

5.4.5 Prestatie- en werkdruk.....	62
5.4.6 Tot slot.....	63
5.5 Prestatiegericht werken en kwaliteit, een spanningsveld?.....	64
5.5.1 De verhouding tussen prestatie en kwaliteit binnen de Kei	64
5.5.2 De verhouding tussen prestatie en kwaliteit in de check – cases.....	66
5.5.3 Tot slot.....	67
5.6 Omgaan met een spanningsveld	67
5.6.1 Instrumenten van de manager	67
5.6.2 Professionals en het spanningsveld	69
5.6.3 Tot slot.....	71
Hoofdstuk 6. Conclusie	72
6.1 Deelconclusies	73
6.1.1 Prestatiegericht werken	73
6.1.2 Gevolgen van prestatiegericht werken	73
6.1.3 Een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit?	74
6.1.4 Omgaan met een spanningsveld	75
6.2 De Kei in vergelijkend perspectief	76
6.3 Tot slot	76
Hoofdstuk 7. Discussie	77
7.1 Inhoudelijke discussie.....	77
7.2 Methodologische discussie.....	78
7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	78
7.3.1 Vergelijking Rechtspraak en Medische sector.....	78
7.3.2 Vergelijking Ziekenhuiszorg en GGZ.....	78
7.3.3 Vergelijking met ambulante afdelingen	79
7.3.4 Herhaling van onderzoek in de toekomst	79
Literatuurlijst.....	81
Bronnenlijst.....	84

Woord vooraf

“The important thing is not to stop questioning. Curiosity has its own reason for existing.”

- Albert Einstein -

Voor u ligt het resultaat van mijn afstudeerscriptie waarmee ik de bachelor Bestuurs- & Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht ga afsluiten. Ik heb met veel plezier gewerkt aan mijn onderzoek binnen de GGZ. Deze sector was voor mij een geheel nieuwe wereld, waar termen als DSM, VG06 en ZZP mij wel eens begonnen te duizelen. Bovenstaande citaat verwoordt de manier waarop ik deze wereld meer eigen heb kunnen maken. Ik ben ontzettend dankbaar voor alle mensen die mij daarbij de weg hebben willen wijzen en bereid waren om al mijn vragen te beantwoorden. In de eerste plaats wil ik de mensen bij de Kei noemen, die zich enorm hebben ingezet om dit onderzoek mogelijk te maken. Daarnaast wil ik de mensen bij Wier forensisch en Eleos hartelijk bedanken voor hun tijd en bereidheid om aan dit onderzoek mee te werken. In het bijzonder wil ik Arianne Jaspers-Focks noemen, die door het delen van haar eigen ervaringen mijn enthousiasme en interesse voor deze sector en dit onderzoeksonderwerp heeft gewekt en mij heeft geholpen bij het vinden van de juiste mensen.

Bij het schrijven van mijn bachelorscriptie werd ik bijgestaan door een aantal mensen. In de eerste plaats mijn scriptiebegeleidster, Karin Geuijen, die me altijd voorzag van relevant commentaar en me bemoedigde om door te blijven gaan. Daarnaast Hilke en Mirjam die zorgden voor de nodige aanscherping.

Ik hoop dat u dit onderzoeksrapport met plezier leest en het u tot vernieuwende inzichten brengt.

Rozetta Meijer

Utrecht, april 2011

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Aanleiding

*"Ik voel me opgejaagd. Want ik moet productie halen.
Eén ding is zeker: het is allemaal niet in het belang van de patiënten"*
(Psychotherapeut in NRC Handelsblad, 21 juni 2008).

"De zorg voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat zwaar onder druk. De marktwerking en de invoering van een nieuw declaratiesysteem gaan ten koste van de kwaliteit van de hulpverlening. Door toegenomen bureaucratie en gekrompen budgetten is er minder tijd voor de patiënt" (De Gelderlander, 21 juli 2008).

Sinds 1 januari 2008 is de financiering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) veranderd. GGZ-instellingen worden niet langer op basis van de algemene volksverzekering de AWBZ gefinancierd, maar op basis van prestatieafspraken met zorgverzekeraars. Instellingen kunnen hun zorg declareren in DBC's (Diagnose Behandel Combinatie) die voor elk specialisme zijn opgesteld. Deze vorm van prestatiebekostiging moet bijdragen aan de uitbreiding van marktwerking in de zorgsector. Zorgverzekeraars moeten voortaan de zorg inkopen bij zorgaanbieders en onderhandelen over de prijs, volume en de kwaliteit van de 'producten' die de zorgaanbieders afleveren. Dit zou concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeringen moeten stimuleren en een optimale prijs/kwaliteit verhouding tot stand moeten brengen. Het doel van gereguleerde marktwerking is om de keuzevrijheid voor cliënten, de transparantie en de doelmatigheid van GGZ-instellingen te vergroten. Marktwerking wordt gezien als de oplossing voor de hoge kosten, wachtlijsten, inefficiëntie en bureaucratie binnen de GGZ (Palm et al., 2008).

De invoering van DBC's heeft gezorgd voor grote onrust binnen GGZ-instellingen. Kranten kopten in 2008: 'Psychische zorg onder druk', 'Psychotherapeut wil ook een keer naar de wc' en 'Stop managerscultuur in de GGZ'. Actiegroepen als 'Zorg geen Markt' en 'de GGZ laat zich horen!' werden opgericht om te protesteren tegen de invoering van marktwerking en prestatiebekostiging in de GGZ. De politiek ziet prestatiebekostiging vooral als een manier om de transparantie, de doelmatigheid en de kwaliteit van de GGZ te vergroten. Het huidige kabinet kiest er dan ook voor om de marktwerking binnen de GGZ uit te breiden. Actiegroepen roepen echter dat prestatiebekostiging niet bijdraagt aan deze doelstellingen. Onderzoeken van het wetenschappelijk bureau van de SP (Palm et al., 2008) en van de Erasmus Universiteit Rotterdam (Tummers, 2010) wijzen uit dat er geen draagvlak onder

professionals bestaat om te werken met DBC's. Het onderzoek van het wetenschappelijk bureau van de SP wijst uit dat 89% van de ondervraagden voor de afschaffing van de DBC methodiek is. Daarnaast stelt het rapport dat negen van de tien zorgverleners ervaren dat de bureaucratie en werkdruk is toegenomen, terwijl de kwaliteit juist verder achteruit is gegaan (Palm, et al. 2008). Psychologen Leffers, Emons en Klaver (in *De Psycholoog*, november 2008) stellen dat het dagelijkse werk is gaan draaien om *productie*, *procedure* en *profilering*. Productie houdt in dat zoveel mogelijk cliënten behandeld dienen te worden in een zo kort mogelijke tijd met een zo efficiënt mogelijk gebruik van de middelen. Procedure heeft betrekking op de toenemende bureaucratiesering waarbij kwaliteit wordt gemeten aan de hand van het voldoen aan de procedures, protocollen en prestatie-indicatoren. Tot slot gaan instellingen zich meer profileren om hun concurrentiepositie te verbeteren.

De veranderende omgeving voor GGZ-instellingen stelt eisen aan de manier van werken. Door een grotere druk op prestaties moeten instellingen meer prestatiegericht gaan werken om aan de externe eisen te kunnen voldoen. De ontwikkelingen binnen de GGZ zijn binnen een breder kader van ontwikkelingen binnen de publieke sector in zijn algemeenheid te plaatsen. Door de intrede van *New Public Management (NPM)* in de jaren tachtig is er een verzakelijking en vermarkting ontstaan in de publieke sector. NPM is een stroming die tot doel heeft om publieke organisaties resultaatgericht, gecoördineerder en efficiënter te laten werken door middel van een bedrijfsmatige aanpak (Ridderbos, 2011: 1). Termen als resultaatgerichtheid, taakstellingen, targets en prestatienormen vormen onderdeel van deze stroming. Publieke organisaties leveren volgens deze opvatting net als bedrijven producten en diensten. Over de geleverde prestaties dienen de publieke organisaties verantwoording af te leggen. Op basis van prestatieafspraken, ook wel productieafspraken, wordt vastgesteld wat publieke organisaties dienen te presteren (Van Thiel & Leeuw, 2002: 268).

1.2 Probleemstelling

New Public Management en daaruit voortvloeiende prestatie-eisen zijn lastig te rijmen met de klassieke taken van publieke dienstverleners (Noordegraaf, Geuijen & Meijer, 2011). Publieke organisaties moeten vooral prestatiegericht werken en worden afgerekend op de productie die ze draaien. Tegelijkertijd moeten ze klassieke waarden, als volksgezondheid, hooghouden en hoogstaande kwaliteit bieden. De nadruk die is komen te liggen op productie en kostenreductie brengt gevolgen met zich mee voor de inhoudelijke kwaliteit van de zorg. Kostenverlaging en

kwaliteitsverhoging liggen namelijk niet per definitie in elkaars verlengde. Het bieden van kwaliteit kost tijd en daarmee geld. Dit brengt managers en zorgprofessionals in een lastige situatie. Zij willen goede en effectieve zorg verlenen aan cliënten, maar moeten tegelijkertijd voldoen aan de productienormen.

Daarnaast kan de toenemende druk op prestaties zorgen voor een tegenstelling tussen managers en professionals. Managers als vertegenwoordigers van de organisatielogica kunnen de nadruk leggen op prestaties en doelmatigheid, terwijl professionals redeneren vanuit de professionele logica waarbij professionele waarden als zorgvuldig en integer handelen en de professionele autonomie centraal staan.

Hoe doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe managers en zorgprofessionals omgaan met de spanning die tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan optreden. Om dit doel te bereiken wordt eerst onderzocht in hoeverre een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg binnen de GGZ wordt ervaren. Vervolgens wordt onderzocht op welke wijze dit spanningsveld zich uit in het dagelijkse werk van managers en zorgprofessionals. Door in kaart te brengen in hoeverre en op welke wijze managers en zorgprofessionals een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg ervaren, kan tot slot worden onderzocht hoe ze daar mee omgaan. De centrale vraagstelling in dit onderzoek luidt dan ook als volgt:

In hoeverre en op welke wijze is er sprake van een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg binnen de GGZ, en hoe gaan managers en zorgprofessionals daarmee om?

Als basis voor het empirisch onderzoek vindt een literatuurstudie plaats. De literatuurstudie gaat in op wat er in de literatuur onder prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg wordt verstaan, wat de gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit van zorg volgens de literatuur kunnen zijn en hoe managers en professionals hiermee om kunnen gaan. Dit gebeurt aan de hand van de volgende **theoretische deelvragen**:

- 1. Wat houdt prestatiegericht werken in?*
- 2. Hoe wordt kwaliteit van zorg geduid in de literatuur?*
- 3. Wat zijn de gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit van de zorg?*
- 4. Hoe kunnen managers en zorgprofessionals omgaan met een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg?*

Het empirische gedeelte van het onderzoek heeft tot doel om de visies en ervaringen van managers en zorgprofessionals omtrent prestatiegericht werken, kwaliteit van zorg en de relatie daartussen in kaart te brengen. In het empirisch onderzoek wordt ingegaan op de manier waarop prestatiegericht werken vorm heeft gekregen binnen GGZ-instellingen en welke gevolgen dit voor de manier van werken binnen GGZ-instellingen met zich mee heeft gebracht. Tot slot wordt aan de hand van de visies en ervaringen van managers en zorgprofessionals onderzocht in hoeverre en op welke wijze managers en zorgprofessionals met een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg worden geconfronteerd en hoe ze daarmee omgaan. Een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven aan de hand van de volgende **empirische deelvragen**:

1. *Hoe heeft prestatiegericht werken binnen GGZ-instellingen vorm gekregen?*
2. *Wat zijn volgens managers en zorgprofessionals de gevolgen van prestatiegericht werken?*
3. *In hoeverre ervaren managers en zorgprofessional een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg?*
4. *Hoe gaan managers en zorgprofessionals met dit mogelijk spanningsveld om?*

1.3 Relevantie

Door ontwikkelingen als *New Public Management*, marktwerking en prestatiebekostiging moeten GGZ-instellingen prestatiegericht te werk gaan. Zoals uit de aanleiding is gebleken hebben marktwerking en prestatiebekostiging recent hun intrede gedaan in de GGZ-sector. Binnen de ziekenhuiszorg zijn deze ontwikkelingen al langer aan de gang. De weerstand in de GGZ tegen de invoering van DBC's was echter vele malen groter dan binnen de ziekenhuiszorg (Smullen, manuscript). Instellingen staan voor de uitdaging om zowel aan productie-eisen te voldoen als kwaliteit van zorg te bieden. De druk op GGZ-instellingen om 'productie te draaien' neemt toe. Het huidige kabinet kiest ervoor om het ingezette beleid voort te zetten, ondanks de protesten in de sector. Dit onderzoek wil een bijdrage leveren aan het inzicht in de spanningen waar managers en zorgprofessionals in de dagelijkse praktijk mee te maken krijgen en de mogelijke oplossingen die ze daarvoor hebben gevonden. Daarmee wil dit onderzoek een beleidsinhoudelijke bijdrage leveren.

Literatuur is verdeeld over de vraag of prestatiegericht werken positieve of negatieve gevolgen voor de kwaliteit met zich mee brengt. Onderzoek dat is gedaan naar de gevolgen van deze ontwikkelingen zijn vaak verbonden aan politieke belangen. Zo is er door het wetenschappelijk bureau van de SP en door het ministerie van Economische Zaken een onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van marktwerking voor de zorg. De vraag óf een spanningsveld wordt veroorzaakt tussen

prestatiegericht werken en kwaliteit, op welke wijze deze zich uit en hoe managers en zorgprofessionals daarmee omgaan binnen de GGZ is nog niet gesteld. Doordat dit onderzoek geen politieke insteek heeft kan het een bijdrage leveren aan meer objectieve kennisvergaring over deze thematiek.

Wetenschappelijk gezien is dit onderzoek relevant, omdat het een bijdrage levert aan bestuurs- en organisatiewetenschappelijke inzichten en theorieën. In de eerste plaats richt het onderzoek zich op ontwikkelingen die zich afspelen in het publieke domein. Door de intrede van *New Public Management*, marktwerking en prestatiebekostiging zijn publieke organisaties voor nieuwe uitdagingen komen te staan. De GGZ is een publieke organisatie die net als andere publieke organisaties om moet gaan met een veranderende bestuurlijke en maatschappelijk omgeving. Dit onderzoek geeft inzicht in de manier waarop publieke managers en zorgprofessionals met deze veranderende omgeving omgaan. In de tweede plaats levert dit onderzoek een bijdrage aan wetenschappelijke theorieën over de relatie tussen managers en professionals. Tot nu toe is weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen managers en professionals specifiek binnen de GGZ. Door deze relatie beter in beeld te brengen kan een bijdrage worden geleverd aan het wetenschappelijke debat over de relatie tussen managers en professionals in het publieke domein.

1.4 Leeswijzer

In dit hoofdstuk is de aanleiding voor het onderzoek, de probleemstelling en de relevantie van dit onderzoek uiteengezet. *Hoofdstuk twee* gaat verder in op de context waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. In dit hoofdstuk zal kort de geestelijke gezondheidszorg als organisatie worden toegelicht en komen relevante wet- en regelgeving aan de orde omtrent de financiering van de GGZ. In *hoofdstuk drie* worden de onderzoeksconcepten aan de hand van literatuur uitgewerkt in een theoretisch kader dat de basis vormt voor het empirische onderzoek en waarin antwoord wordt gegeven op de theoretische deelvragen. *Hoofdstuk vier* gaat in op de methode en technieken van de empirische dataverzameling. Daarnaast wordt een verantwoording gegeven voor de keuze van het type onderzoek. In *hoofdstuk vijf* worden de bevindingen van het empirische onderzoek uiteengezet en worden deze aan de hand van literatuur die in hoofdstuk drie al aan bod is gekomen geanalyseerd. *Hoofdstuk zes* is een concluderend hoofdstuk waarin antwoord wordt gegeven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Tot slot wordt in *hoofdstuk zeven* het onderzoek en de uitkomsten bediscussieerd en worden enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 2. Ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg

In de inleiding is de probleemstelling van dit onderzoek besproken. Dit hoofdstuk gaat in op de context waarbinnen deze probleemstelling tot uiting komt. In de eerste plaat wordt uitgelegd wat de geestelijke gezondheidszorg inhoudt. Vervolgens komt de financiering van de GGZ en de ontwikkelingen die zich daar recentelijk in hebben voorgedaan aan bod.

2.1 Wat is de GGZ?

De geestelijke gezondheidszorg is de zorg voor mensen met een psychische aandoening of stoornis. Te denken valt aan depressie, schizofrenie, ADHD, dementie, angststoornissen of een verstandelijke handicap. Binnen de GGZ worden verschillende soorten hulpverlening, van ambulante zorg tot klinische opname of een langdurig verblijf, geboden (Rijksoverheid, 2011a). Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen eerstelijns, tweedelijns en derderlijns-GGZ en tussen GGZ gericht op *Cure* of *Care*. Eerstelijns-GGZ is hulp die geboden wordt bij licht psychische problemen door de huisarts of een psycholoog. De tweedelijns-GGZ is hulpverlening die geboden wordt bij zwaardere psychische klachten als depressie, verslaving of angststoornissen waarbij te denken valt aan ambulante hulpverlening of een dag- of deeltijdbehandeling in een GGZ-instelling waarbij verschillende hulpverleners, zoals psychiaters, psychotherapeuten en psychologen bij zijn betrokken (Rijksoverheid, 2011b). Derderlijns-GGZ is de opname van psychiatrische patiënten in een GGZ-kliniek, hieronder vallen ook cliënten die in beschermende woonvormen woonachtig zijn (KiesBeter.nl, 2011). Het onderscheid tussen *cure* en *care* heeft betrekking op de aard van de hulpverlening. *Cure* is op genezing gerichte hulpverlening en *care* heeft betrekking de langdurige hulpverlening.

Meestal is een behandeling in een GGZ-instelling op vrijwillige basis, gedwongen opnames komen echter ook voor. Hiervan is sprake wanneer patiënten een gevaar voor henzelf of voor de samenleving vormen. Het kan gaan om patiënten met een psychische stoornis of cliënten met een verstandelijke beperking (Rijksoverheid, 2011b). Gedwongen opname vindt ook plaats binnen de forensische psychiatrie. Onder forensische psychiatrie wordt de behandeling van mensen die een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd hebben gekregen van een rechtelijke instantie verstaan. De meest bekend vorm van deze maatregel is de terbeschikkingstelling (tbs). Het gaan dan om de behandeling en verpleging van gedetineerden met een psychische stoornis, personen die onder invloed van een psychische stoornis een delict hebben gepleegd of jongeren met psychische stoornissen die in justitiële jeugdbehandelinrichtingen worden behandeld (Rigter, Mierlo en Meijer, 2010).

2.2 Ontwikkelingen in de financiering van de GGZ

Vanaf de jaren tachtig tot aan 2008 werd de GGZ gefinancierd vanuit één bron: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Door hervormingen die in het financieringsstelsel van de GGZ zijn doorgevoerd heeft de GGZ momenteel met vier financieringskaders te maken: de zorgverzekeringswet (ZVW), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De zorgverzekeringswet (ZVW) is nu de belangrijkste financieringsbron geworden voor veel GGZ-instellingen, gevolgd door de AWBZ. Elk van deze financieringsstromen kent eigen spelregels en beheerders (van Hoof et al, 2010: 26-27). Allereerst zullen de financieringsbronnen kort worden toegelicht om vervolgens dieper op de hervormingen in het financieringsstelsel van de GGZ in te kunnen gaan.

2.2.1 Financieringsbronnen van de GGZ

Zorgverzekeringswet (ZVW)

De geneeskundige zorg (*cure*) van de eerste- en tweedelijns-GGZ valt sinds 2008 volledig onder de zorgverzekeringswet (ZVW). Bij opname in een GGZ-instelling worden de behandeling en het verblijf korter dan een jaar volledig vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Duurt de behandeling of de opname langer dan een jaar dan valt dit onder de AWBZ (Rijksoverheid, 2011d).

Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ is een automatische verzekering voor alle Nederlanders die door ziekte of een handicap afhankelijk worden van langdurige zorg en ondersteuning. Deze verzekering dekt de medische kosten van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, verblijf en behandeling die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed. Hieronder valt ook de vergoeding voor verblijf in een afdeling of instelling voor psychiatrische hulp langer dan een jaar. Daarnaast dekt de AWBZ ook het verblijf voor niet-geneeskundige hulp (*care*), zoals de beschermende woonvormen (Rijksoverheid, 2011e, Van Hoof et al, 2010: 27). Om gebruik te mogen maken van de AWBZ is sinds 2005 een indicatie afgegeven door centrum indicatiestelling zorg (CIZ) of door een Bureau Jeugdzorg vereist. Mensen die gebruik willen maken van de AWBZ moeten hiervoor een eigen bijdrage betalen afhankelijk van hun inkomen (Rijksoverheid, 2011e). Binnen de AWBZ wordt de zorg ingekocht door zorgkantoren die gebonden zijn aan centraal vastgestelde contracteerverplichtingen (Van Hoof et al, 2010: 27).

Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)

De wet maatschappelijke ondersteuning is in 2007 ingegaan en heeft de verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met een beperking of met chronisch psychische

problemen, maar ook van vrijwilligers en mantelzorgers, bij gemeenten neergelegd. Met de invoering van de WMO heeft de gemeente ook meer regie gekregen over de openbare geestelijke gezondheidszorg en steunt zij met subsidies maatschappelijke opvang, zoals de opvang van dak- en thuislozen (GGZ Nederland, 2011, Rijksoverheid, 2011f). De WMO kent algemeen geformuleerde prestatievelden, maar de gemeente is voor de rest vrij in de besteding en verdeling van WMO-gelden (Gemeente Utrecht, 2011).

Ministerie van Veiligheid en Justitie

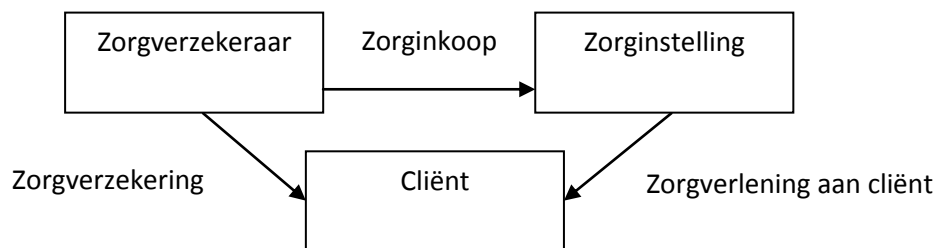
Sinds 2007 wordt de forensische psychiatrie, dat is de behandeling van cliënten met een strafrechtelijke titel, niet langer bekostigd op basis van de AWBZ, maar vanuit het budget van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dit ministerie maakt op jaarbasis afspraken met verschillende GGZ-instellingen over het aantal te behandelen justitiabelen.

2.2.2 Hervormingen in de financiering van de GGZ

In 2006 zijn zowel de Wet marktordening zorg (Wmg) als de Zorgverzekeringswet (ZVW) in werking getreden. De Wmg is ingesteld met de volgende reden: *“Een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg en helpt de ontwikkeling van de kosten van de zorg in de greep te houden”* (Rijksoverheid, 2011c). De Wmg stelt dat zorgaanbieders informatie moeten geven over wat zij te bieden hebben en patiënten goed moeten informeren over de prijs en kwaliteit. Daarnaast is in de Wmg bepaald hoe de tarieven in de zorg tot stand moeten komen en is de rol van de overheid gedefinieerd als toezichthouder op de totstandkoming van deze tarieven (Rijksoverheid, 2011c). De Zorgverzekeringswet (ZVW) heeft de Ziekenfondswet vervangen, waardoor er geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen mensen die verzekerd waren bij het ziekenfonds of een particuliere verzekering. Vanaf 2006 is iedereen boven de 18 verplicht om een basisverzekering, waarvan de inhoud door de overheid wordt bepaald, af te sluiten.

Hervormingen binnen het financieringsstelsel van de GGZ moeten een prikkel geven tot vraaggericht werken in plaats van aanbodgericht. Doelstellingen van het nieuwe systeem zijn om het zorgaanbod beter bij de behoeften van de cliënten aan te laten sluiten en om een toename van de kwaliteit en tegelijkertijd de doelmatigheid te bewerkstelligen. Uitgangspunten daarbij zijn de bekostiging, transparantie, keuzevrijheid en optimale zorginkoop. De bedoeling is dat zorginkopers, als verzekeringen, gemeenten en zorgkantoren, optimale zorg kunnen inkopen door een inzicht in de prijs/kwaliteit verhouding van de zorgaanbieders. Vervolgens kunnen patiënten vrij kiezen voor een zorgaanbieder door het transparante zorgaanbod (Plexus en BKB, 2010).

Binnen de GGZ is de Wmg doorgevoerd door het overhevelen van de curatieve GGZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2008. Zoals in de inleiding al werd benoemd, is de rol van de zorgverzekeraars sterk veranderd; zij concurreren op de prijs van de zorgpremies en de kwaliteit van de zorginkoop. *“Zorgverzekeraars hebben in de ZVW veel vrijheid om zelf te bepalen welke zorgaanbieders zij contracteren en welke eisen zij aan aanbieders en de door hen te leveren zorg stellen”* (Van Hoof et al, 2010: 27). De verhoudingen tussen zorgverzekeraars, zorginstellingen en cliënten kan als volgt, naar het voorbeeld in de rapportage ‘Werken aan de Zorg’ (Plexus en BKB, 2010), schematisch worden weergegeven:



De zorgverzekeraar koopt zorg in bij de zorginstellingen en maakt daarbij productieafspraken over de te draaien productie van de desbetreffende instelling. Producten die een GGZ-instelling aflevert staan gelijk aan de behandelingen die GGZ-instellingen leveren. De producten worden gefinancierd aan de hand van productgroepen die op basis van DBC's (Diagnose Behandel Combinatie) zijn vastgesteld. Deze manier van financieren wordt ook wel productfinanciering of prestatiebekostiging genoemd.

DBC's – reguliere GGZ

DBC is een bekostigingssystematiek waarin producten die door een GGZ-instelling kunnen worden geleverd, staan beschreven. Zoals hierboven al is vermeld zijn producten de behandelingen die een GGZ-instelling levert bij een bepaalde zorgvraag (diagnose). Instellingen krijgen een vergoeding voor de gehele behandeling, in plaats voor losse elementen van een behandeling. De inhoud van de behandeling wordt door de behandelaar zelf bepaald. De behandelaar dient echter wel alles vast te leggen, zoals de duur van de sessie, de vorm en de betrokkenheid van andere specialisten. In de DBC systematiek worden op zichzelf staande behandeltrajecten geclusterd in groepen, deze groepen zijn de zogenaamde 'productgroepen'. Zoals hierboven vermeld maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken over prijs, volume en kwaliteit van de productgroepen (DBC Onderhoud, 2011).

Een DBC kent twee onderdelen; de typering van een zorgvraag (diagnose) en de registratie van de behandeling (zorgprofiel). De typering gebeurt aan de hand van een 'typeringslijst' en de registratie wordt gedaan aan de hand van 'lijst activiteiten en verrichtingen'. Bij de registratie wordt

onderscheid gemaakt in directe en indirecte tijd. Zo zijn face to face contact, telefoongesprekken en het beantwoorden van e-mails te omschrijven als directe tijd, terwijl verslaglegging, contact met verwijzers, et cetera te omschrijven zijn als indirecte tijd. Na behandeling van de cliënt wordt bepaald in welke productgroep de DBC terecht komt en afhankelijk daarvan kan worden bepaald welk tarief gedeclareerd kan worden (DBC Onderhoud, 2011). De minimale en maximale tarieven van de productgroepen zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgesteld. Voor instellingen die voor 2008 al actief waren, geldt nog een overgangsregeling. Regiovertegenwoordigers van de zorgverzekeringen maken met deze GGZ-instellingen productieafspraken op basis van AWBZ-parameters en DBC-productgroepen. GGZ-instellingen moeten hun werk wel declareren in DBC's, maar de gemaakte omzet bepaalt de bekostiging aan de hand van AWBZ-parameters (Rijksoverheid, 2011d).

DBBC's – Forensische Zorg

De forensische zorg in een strafrechtelijk kader werkt net als de reguliere GGZ ook met de DBC systematiek. Het enige verschil is dat binnen de forensische zorg naast de zorgvraag en de behandeling ook de beveiliging van de patiënt centraal staat. Binnen de forensische zorg wordt daarom gewerkt met DBBC's (Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie). Een DBBC bestaat uit drie onderdelen; de zorgvraag (zorgtype, gevaar, diagnose, aard delict), het zorgprofiel (diagnostiek, behandeling, begeleiding, dagbesteding en verblijf) en de berekening van de kosten. Verschil met de reguliere GGZ is dat de forensische zorg niet wordt bekostigd door de zorgverzekeraar, maar door het ministerie van Veiligheid en Justitie. De directie Forensische Zorg van het ministerie is financieel verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg in strafrechtelijk kader en de plaatsing van mensen die deze zorg nodig hebben (DBC Onderhoud, 2011).

2.3 Tot slot

De zorg heeft in de afgelopen jaar steeds meer te maken gekregen met gereguleerde marktwerking, prestatiebekostiging en een nadruk op het behalen van targets. De GGZ heeft recent een aantal hervormingen doorgemaakt. Deze hervormingen zijn doorgevoerd om greep te krijgen op de kosten van de zorg en om de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg te verhogen. De GGZ wordt niet meer door één financieringsbron bekostigd, maar heeft te maken met vier verschillende financieringskaders. Met name de overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet is een belangrijke ontwikkeling in het kader van kostenreductie, kwaliteits- en doelmatigheidsverhoging.

Hoofdstuk 3. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk gaat in op de theoretische achtergrond van de onderzoeksconcepten en centrale begrippen die in dit onderzoek centraal staan. In de eerste plaats wordt besproken waar prestatiegericht werken vandaan komt en wat het inhoudt. Begrippen als prestatie management, prestatie metingen en prestatie bekostiging komen daarbij aan bod (paragraaf 3.1). Vervolgens bespreekt paragraaf 3.2 hoe kwaliteit van zorg binnen de literatuur wordt gedefinieerd en hoe deze kwaliteit kan worden gewaarborgd. Aan bod komt de rol van professionals en van kwaliteitsmetingen daarin. In paragraaf 3.3 wordt uiteen gezet welke gevolgen, zowel positief als negatief, prestatiegericht werken met zich meebrengt voor de kwaliteit van de zorg. Paragraaf 3.4 bespreekt de wijze waarop een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit tot uiting kan komen en hoe publieke managers daarmee om kunnen gaan. In de laatste paragraaf (3.6) worden op basis van de literatuur verwachtingen ten aanzien van het empirische gedeelte geformuleerd.

3.1 Prestatiegericht werken in het publieke domein

In deze paragraaf komt aan bod wat prestatiegericht werken in de publieke sector inhoudt en waar het vandaan komt. Er wordt uitleg gegeven aan termen als prestatie management, prestatie meting en prestatie bekostiging. Verder komt aan bod welke functies prestatiegericht werken kan vervullen.

3.1.1 *New Public Management*

De economische crisis en de toenemende internationale concurrentie in de jaren tachtig zorgden voor een druk op de overheid om effectiever en efficiënter te werk te gaan. Men geloofde dat dit bereikt kon worden door middel van een bedrijfsmatige aanpak binnen overheidsorganisaties (Van Thiel & Leeuw, 2002: 268). In heel Europa was er sprake van hervormingen in de publieke sector die zich uitte in een grote nadruk op financiële controle, decentralisatie van verantwoordelijkheden op basis van vastgestelde financiële parameters en prestatienormen, nadruk op targets en resultaten en de introductie van marktmechanismen (Pollitt & Bouckaert, 2000). Men dacht dat efficiency bereikt kon worden door primaire processen te standaardiseren en door marktprikkels in de publieke sector in te bouwen. Deze denkwijze wordt *New Public Management* genoemd. Publieke organisaties moeten als bedrijven worden gezien die met elkaar, op basis van vraag en aanbod, concurreren op een markt. *New Public Management* heeft in Nederland vooral uiting gekregen in de privatisering en verzelfstandiging van veel overheidsdiensten. De overheid moest zich hoofdzakelijk bezig houden met het maken van beleid en de uitvoering ervan overlaten aan de markt. In contracten met uitvoeringsorganisaties worden de taken en de beloning die daar tegenover staat door middel van

‘prestatieafspraken’ vastgelegd. Het aantal te leveren ‘goederen’ wordt bepaald aan de hand van prestatie-indicatoren (Van Thiel & Leeuw, 2002: 268).

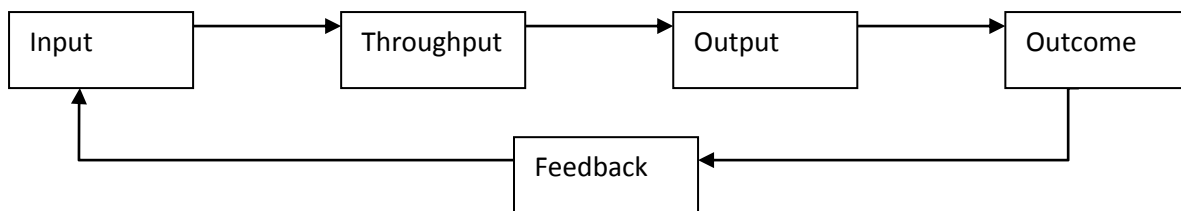
Door de ontwikkelingen in het publieke domein worden publieke organisaties gedwongen prestatiegericht te werken. Prestatiegericht werken betekent dat de manier van werken binnen een organisatie gericht is op het meten van en sturen op prestaties. Dit is belangrijk geworden omdat publieke organisaties verantwoording moeten afleggen over en worden afgerekend op de prestaties die ze leveren. In toenemende mate wordt ook van hulpverleners binnen de GGZ verwacht dat zij verantwoording afleggen over de doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntvriendelijkheid van de geboden zorg. Cyclisch meten en verbeteren is integraal onderdeel geworden van het dagelijkse werk binnen de GGZ (Havenaar, Splunteren & Wennink, 2008: 7). Door de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ sector is het belang van het meten en sturen op prestaties nog groter geworden. Het meten van prestaties wordt in de literatuur omschreven als *prestatiemeting* en het sturen op prestaties als *prestatie management*.

3.1.2 *Prestatie management en prestatiemeting*

Volgens Noordegraaf (2004: 160) wordt *prestatie management* vormgegeven door een *prestatie cultuur*, systemen van *prestatiemeting* en *prestatierelaties*. Een *prestatie cultuur* houdt in dat er sprake is van een oriëntatie op prestaties. Deze oriëntatie bestaat uit bonussen om medewerkers beter te laten presteren, een afreken cultuur waarin medewerkers worden afgerekend op de productie die ze draaien en het aanstellen van ‘zelfsturende’ teams. Systemen van *prestatiemeting* zorgen ervoor dat managers de organisatie strakker kunnen sturen op prestaties. Onder prestatiesystemen kunnen planning- en controlsystemen, het opstellen van indicatoren en kerngetallen, het monitoren van de productie en *benchmarking* worden verstaan. *Prestatierelaties* houdt in dat relaties tussen organisaties of onderdelen van organisaties worden geformaliseerd en transparant gemaakt aan de hand van contracten of werkafspraken.

Waal en Kerklaan (2004) definiëren *prestatie management* als het proces waarbij sturing op basis van het systematisch vaststellen van beleid, strategie en doelstellingen plaatsvindt. Vervolgens worden het beleid, de strategie en de doelstellingen vertaald naar alle organisatieniveaus en meetbaar gemaakt door de doelstellingen om te zetten in prestatie-indicatoren. Op basis daarvan kan een rapportage worden opgesteld en kunnen acties worden ondernomen om het organisatieproces bij te sturen. Deze denkwijze is gebaseerd op het klassieke systeemmodel dat organisaties ziet als een

samenstelling van *inputs*, *throughputs*, *outputs* en *outcomes* (zie figuur 1). De *input* bestaat uit arbeid en kapitaal. *Throughput* heeft betrekking op de activiteiten die moeten worden gedaan om van de input een product of dienst voort te kunnen brengen. De *output* betreft de geleverde producten of diensten en de *outcome* is het effect van deze diensten of goederen op de klant of de maatschappij als geheel. Als de *output* en *outcome* bekend zijn is het mogelijk om door middel van *feedback* het organisatieproces bij te sturen. Door de *input* en de *throughput* te beïnvloeden of bij te sturen kunnen de *output* en *outcome* worden verbeterd (Noordegraaf, 2011a: 2-3).



Figuur 1 (naar Noordegraaf, 2011)

Om vast te kunnen stellen wat in elk van de afzonderlijke deelprocessen gebeurt en om de productie (*output*) en het resultaat (*outcome*) te bepalen is *prestatiemeting* nodig. Prestatiemeting vormt de basis voor de zogenaamde PDCA cyclus (van Edward Deming). Wanneer een organisatie op de juiste wijze plant (*Plan*), dan doet (*Do*), checkt (*Check*) en dan handelt (*Act*) vindt er resultaatverbetering plaats. Op basis van prestatiemetingen is het dus mogelijk om het beleid of aansturing zodanig aan te passen dat het beleid zo effectief en efficiënt mogelijk wordt geïmplementeerd (Noordegraaf, 2011a).

3.1.3 Outputsturing

Het sturen op prestaties kan worden uitgevoerd binnen de verschillende systeemonderdelen. Er kan sprake zijn van intern prestatie management (*throughput*), productgericht prestatie management (*output*) of management van maatschappelijke prestaties (*outcome*) (Noordegraaf, 2011a). Prestatiemanagement dat gericht is op het meten van de *outcome* (de maatschappelijke effecten) van een organisatie is echter lastig te realiseren. De effecten die een publieke organisatie teweeg brengt zijn moeilijk meetbaar aangezien publieke goederen bestaan uit het bewerkstelligen van meerdere waarden en vaak tot stand komen in coproductie met de maatschappij. Daarnaast zijn de voorziene effecten vaak pas op de langere termijn merkbaar (de Bruijn, 2001). Om toch prestaties meetbaar te maken en verantwoording af te leggen aan de maatschappij worden de directe gevolgen van een interventie, zoals het uitschrijven een boete of het publiceren van een artikel, gemeten. Deze directe gevolgen zijn de *output* van de organisatie, de producten of diensten die zij voortbrengt.

Wanneer in het vervolg wordt gesproken over prestatiegericht werken wordt hiermee bedoeld op de productgerichte variant van prestatie management oftewel *outputsturing*.

3.1.4 Rol van prestatie meting in verantwoordingsprocessen

Door middel van prestatie meting kunnen publieke organisaties verantwoording afleggen over hun werkzaamheden en gebruik van publieke gelden. Prestatie meting dient voor de overheid als een bewijs van geboekte resultaten (Van Thiel & Leeuw, 2002: 267). Voorstanders van het systeem van prestatie meting zien prestatie meting vooral als een elegante manier van verantwoording afleggen. Deze verantwoording dient afgelegd te worden omdat professionals in het publieke domein veel autonomie krijgen in de uitvoering van hun professie. Prestatie meting bewerkstelligt transparantie en maakt inzichtelijk welke producten een organisatie levert en welke kosten daaraan zijn verbonden. Tegelijkertijd wordt het door prestatie meting mogelijk een oordeel te vellen over het functioneren van een organisatie (De Bruijn, 2001 en 2004).

Tegenstanders van het systeem stellen dat prestatie meting onvoldoende recht doet aan de complexe realiteit waarmee professionals werken in de publieke sector. Cijfers zeggen volgens hen onvoldoende over de aard, de kwaliteit en het innovatieve karakter van prestaties. Professionals presteren in interactie met de maatschappij en hun 'producten' moeten aan verschillende en soms zelfs conflicterende belangen voldoen. Ze moeten snel werken (kwantiteit bieden), maar tegelijkertijd ook kwaliteit leveren. Slechts afrekenen op basis van kwantitatieve data doet dus geen recht aan de complexiteit van de dienstverlening (De Bruijn, 2004).

3.1.5 Prestatiebeprestiging

Het afrekenen van organisaties op basis van hun geleverde prestaties gaat vaak gepaard met een financiële sanctie (de Bruijn, 2001). Binnen de GGZ is de druk op prestaties in de afgelopen jaren toegenomen door de invoering van een financiële prikkel die vanaf 2008 een grote rol is gaan spelen in de bedrijfsvoering van de GGZ. Sinds 2008 wordt de GGZ deels bekostigd op basis van productie door de invoering van DBC's (Diagnose behandel combinaties) (zie hoofdstuk 2). Dit houdt in dat de bekostiging is gekoppeld aan de output van de organisatie. Het budget is afhankelijk van hoeveel producten de organisatie aflevert. Van tevoren worden productieafspraken gemaakt, waarover de organisatie aan het eind van het jaar verantwoording dient af te leggen. Prestatiebeprestiging heeft tot doel om organisaties een prikkel te geven om efficiënter en effectiever te werk te gaan. Problematisch is echter wel dat outputfinanciering vraagt om meetbare en beïnvloedbare prestaties,

de mogelijkheid om producten en diensten te onderscheiden en kosten hieraan toe te rekenen (Ridderbos, 2011).

3.2 Kwaliteit van hulpverlening en kwaliteitsnormen in de GGZ

Nu het eerste onderzoeksconcept, prestatiegericht werken, is besproken zal in deze paragraaf het tweede onderzoeksconcept, kwaliteit, aan bod komen. Kwaliteitsdenken is in de afgelopen jaren een speerpunt geworden binnen GGZ-instellingen. Door een afname van het geloof in de *'doctor knows best'* principe wordt de kwaliteitsbewaking door beroepsgroepen op basis van tuchtrecht en *'peer review'* niet langer bevredigend bevonden. Voor verbetering van de kwaliteit zijn kwaliteitsindicatoren vastgesteld die fungeren als controle op het productieproces om de kwaliteit van het product te blijven waarborgen. Voorbeeld hiervan zijn de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) normen. Ten eerste wordt besproken hoe kwaliteit kan worden gedefinieerd en welke perspectieven er zijn op kwaliteit van zorg. Vervolgens wordt ingegaan op de rol van professionals en beroepsgroepen bij het handhaven van kwaliteit. Ten slotte wordt een toelichting gegeven op HKZ certificering, aangezien certificering aan de hand van de HKZ-normen voor alle GGZ-instellingen verplicht is gesteld.

3.2.1 Perspectieven op kwaliteit

Volgens van der Aa en Elfring (2003) staat voor het bepalen van de kwaliteit van een dienstverlenende organisatie voornamelijk de beleving van de klant centraal. Mensen, processen en onderdelen in de organisatie hebben invloed op de kwaliteit. Havenaar, Splunteren en Wennink (2008) stellen echter dat voor het bepalen van de kwaliteit in de GGZ niet alleen het perspectief van de klant centraal staat, maar ook het professionele perspectief van de hulpverlener, het organisatieperspectief en het perspectief van de samenleving. Het perspectief van de samenleving heeft te maken met de vraag of mensen op de korte termijn bij de GGZ terecht kunnen en of zij vervolgens afdoende worden geholpen. In hun boek *'Koersen op kwaliteit in de GGZ'* nemen zij de definitie van Donabedian (1980 in Havenaar, Splunteren & Wennink, 2008: 10) als uitgangspunt: *"Its expected ability to achieve the highest possible net benefit according to the valuations of individuals and society"*. De gewenste uitkomsten van de zorg voor zowel individuen als de maatschappij staan in deze definitie centraal. Specifiek voor de kwaliteit van de gezondheidszorg is de optimale verhouding tussen te bereiken waarden (*health benefits*) en de absolute voorwaarde waaraan voldaan moet worden (*avoidance of harm*). Drie aspecten zijn volgens Donabedian (1980, in Havenaar, Splunteren & Wennink, 2008: 11) van invloed op de kwaliteit van de zorg; structuur, proces en uitkomsten. Structuur duidt op het geheel van financiële en organisatorische

randvoorwaarden. Proces duidt op het primaire proces van de zorg zelf en het bedrijfsmatige proces van de dienstverlening. Uitkomst duidt op het resultaat van de zorg; genezing of complicaties, tevredenheid van de patiënt en de maatschappelijke kosten van de behandeling.

Walburg (1999) stelt echter dat het praktisch onmogelijk is om kwaliteit binnen de gezondheidszorg te definiëren aan de hand van het perspectief van de cliënt. Cliënten hebben immers geen of minder specialistische kennis dan de zorgprofessional. Daarnaast koopt niet de cliënt de zorg in, maar de zorgverzekeraar. In de laatste plaats bestaat een afhankelijke relatie tussen behandelaar en cliënt. De behandeling vindt namelijk plaats om het leven van de cliënt te verbeteren. Deze complicaties zorgen ervoor dat professionele expertise een belangrijke plaats inneemt als het gaat om het beoordelen van kwalitatief goede zorg. De definitie die het KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der geneeskunst) en NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) aan kwaliteit van zorg geven sluit hier op aan. Volgens hen bestaat de kwaliteit van de zorg uit de medisch technische kwaliteit van de specialist, de kwaliteit van de attitude van de specialist en de kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening (in Havenaar, Splunteren & Wennink, 2008).

3.2.2 Kenmerken zorgprofessional en 'peer review'

Bovenstaande definitie van het KNMG en NVvP van kwaliteit roept de vraag op wat die specialist of zorgprofessional zoal kenmerkt. Een klassieke professional is een beroepsbeoefenaar als een arts of advocaat die is aangesloten bij een beroepsgroep. De beroepsuitoefening is gebaseerd op een *technical base* en *professional norms* (Wilensky, 1964). Volgens Trappenburg (2011) worden professionals naast hun vakinhoudelijke en specialistische kennis gekenmerkt door een ideologische inslag en een professionele autonomie. Jansen, van den Brink en Kole (2009) onderschrijven de stellingname van Trappenburg. Zij stellen dat professionals zijn te kenmerken aan het feit dat ze zich organiseren in een beroepsgroep en professionals een complex geheel aan kennis en vaardigheden beheren. Daarnaast bindt een beroepsgroep zich aan een beroepscode waarbij de professionals beloven de kennis en vaardigheden te onderhouden en in te zetten voor kwaliteit en het publieke belang.

Wat betreft kwaliteitscontrole hebben beroepsgroepen op basis van 'peer review' een aantal instrumenten in handen. Beroepsgroepen kunnen professionele controle uitoefenen door middel van inhoudelijke controle en institutionele controle (Freidson, 2001). Inhoudelijke controle heeft betrekking op de *technical base*, vakinhoudelijke en specialistische kennis van de professie. Deze

technical base bestaat naast omschreven kennis ook uit de *tacit knowledge* (ervaringskennis en persoonlijk inzicht). Institutionele controle heeft betrekking op de bevoegdheid van de beroepsgroep om het beroepsdomein in te richten en te reguleren. De beroepsgroep heeft de bevoegdheid om te bepalen wie zich lid mag noemen en kan bijvoorbeeld gedragscodes opstellen waar professionals zich aan moeten houden. Ze hebben effectief gezag doordat de beroepsgroep aangesloten professionals kan berispen en straffen middels tuchtrecht (Noordegraaf, 2004: 195-196; WRR, 2004: 129).

De definitie van de klassieke professional is door '*the professionalization of everyone*' niet altijd meer houdbaar (Wilensky, 1964). Professionals worden in een meer moderne definitie gezien als kenniswerkers die zich aan hiërarchische controle willen onttrekken en de neiging vertonen zich te willen professionaliseren. Ze zijn hoog opgeleid, oefenen een specifiek beroep uit en zijn loyaal aan hun professie (Noordegraaf, 2004: 185-186). Professionals kunnen tot meer of minder geformaliseerde beroepsgroepen behoren. Voorbeelden van minder geformaliseerde beroepsgroepen zijn verpleegkundigen of welzijnswerkers. In vergelijking met de klassieke professional zijn deze professionals minder autonoom (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009a: 233).

Binnen de GGZ kunnen psychiaters, GZpsychologen (gezondheidszorgpsychologen) en psychotherapeuten worden aangeduid als klassieke professionals. Psychiaters, GZpsychologen en psychotherapeuten staan geregistreerd in het BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) register. Deze beroepstitels zijn door de wet BIG wettelijk beschermd. Dit betekent dat psychiaters, GZpsychologen en psychotherapeuten zich aan de beroepscode moeten houden en onder het medisch tuchtrecht vallen (CIBG, 2011). Maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en andere hulpverleners binnen de GGZ behoren tot minder geformaliseerde beroepsgroepen en vallen onder de meer moderne definitie zoals Noordegraaf & Sterrenburg (2009a: 233) van professionals geven.

3.2.3 Kwaliteitscontrole en normen

Het bepalen van kwaliteit wordt steeds minder overgelaten aan beroepsgroepen en steeds meer bepaald op basis van kwaliteitsindicatoren die fungeren als controle op het 'productieproces'. Sinds 2008 moeten grote GGZ-instellingen gecertificeerd zijn volgens de normen van HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector). Daarnaast zijn er in Nederland nog drie andere toonaangevende normen waartegen een gezondheidsinstelling kan worden gecertificeerd of geaccrediteerd; de ISO (International Standardization Organisation), NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) en Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die

ziekenhuiszorg verlenen (Havenaar, Splunteren & Wennink, 2008). Alleen de HKZ normen zullen hieronder worden besproken, omdat alle GGZ-instellingen door de zorgverzekeraar verplicht zijn gesteld om zich volgens deze normen te laten certificeren.

De HKZ normen zijn afgeleid van de eerder besproken PDCA-cyclus. Binnen een kwaliteitsmodel worden deze vier fasen doorlopen om de kwaliteit te verbeteren. Onder *plan* vallen de afspraken die een instelling maakt over de te leveren zorg aan cliënten. Belangrijk onderdeel hiervan is de beschrijving van de processen van zorgverlening en dienstverlening. Met *do* wordt bedoeld op de uitvoering van de zorg aan cliënten. Dit betreft het hele proces van informatie verstrekking aan de cliënt, de intake, indicatie, uitvoering, evaluatie en bijstelling van de behandeling. Vraaggericht en professioneel handelen worden als leidend gezien voor de kwaliteit en de betrokkenheid van de professional staat centraal. *Check* heeft betrekking op het meten van de resultaten en voldoen aan de vooraf opgestelde doelstellingen. De *act*-fase tot slot is gericht op het verbeteren van de zorgverlening aan de hand van evaluaties van cliënten en toetsing van het professioneel handelen. Andere HKZ-normen die worden onderscheiden zijn: beleid, medewerkers, ontwikkeling, werkomgeving, inkoop en documentatie. Deze zijn voornamelijk ondersteunend aan het primaire proces (HKZ, 2008).

3.3 Gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit van zorg

Prestatiemeting is een voorwaarde voor prestatiegericht werken en brengt gevolgen met zich mee voor de inhoud en kwaliteit van de hulpverlening. Aan de ene kant zijn dat bedoelde (meestal positieve) gevolgen, maar anderzijds werkt dit ook onbedoelde gevolgen (vaak negatieve) in de hand. In deze paragraaf worden deze gevolgen uiteen gezet.

3.3.1 Positieve gevolgen van prestatiegericht werken voor de kwaliteit

Prestatiemanagement heeft een positief effect op de kosten, efficiëntie en de prestatie van een organisatie. Problemen lijken makkelijker oplosbaar en medewerkers zijn meer betrokken bij de organisatie. Ook studies van publieke sectoren in het buitenland wijzen uit dat werken met prestatimanagement ervoor zorgt dat doelstellingen sneller worden behaald, overheidsorganisaties betere service verlenen en effectiever te werk gaan (De Waal & Kerklaan, 2004).

Prestatiemeting heeft volgens de Bruijn (2001) in de eerste plaats interne en externe transparantie tot gevolg. Doordat overheidsorganisaties worden gedwongen om producten te formuleren en deze te meten ontstaat er meer duidelijkheid over de bijdrage die activiteiten leveren aan het primaire proces en de kosten die per product worden gemaakt (interne transparantie). Interne transparantie

kan volgens de Bruijn (2001) een prikkel zijn voor innovatie. Door zichtbaar te maken wat je als organisatie presteert is het namelijk mogelijk om doelen te formuleren voor de toekomst. Ook Moriarty en Kennedy (2002, in Jansen & de Waal, 2004: 13) beamen dat overheidsorganisaties die prestatie management benutten innovatiever worden en daarnaast ook financieel succesvoller en kwalitatief hoogwaardiger werk afleveren. Daarnaast kan door middel van prestatie meting verantwoording worden afgelegd over de geleverde prestaties naar de buitenwereld toe (externe transparantie). Publieke organisaties hebben een verantwoordingsplicht richting de overheid en de maatschappij. Door prestatie meting is het mogelijk een oordeel te vellen over het functioneren van een organisatie en om op basis daarvan een organisatie af te rekenen door het geven van bijvoorbeeld een positieve of negatieve financiële sanctie (de Bruijn, 2001: 17).

In de tweede plaats leidt prestatie meting tot een beloning van de prestaties en daarmee tot een hogere productie. Sturing op *Input* en *throughput* vormen geen prikkel om beter te gaan presteren, sturing op *output* doet dat wel. Door prestatie gerichte sturing wordt het resultaat beloont en niet zozeer de intentie of de inspanning, hierdoor zal een toenemende productie ontstaan (Pollitt, 1990; Osborne & Gaebler, 1992; De Bruijn, 2001).

In de derde plaats is prestatie meting bevorderlijk voor het lerende vermogen van een organisatie. Het is een voorwaarde voor het effectief kunnen doorvoeren van verbeteringen en het draagt bij aan verbetering van de kwaliteit van beleid- en besluitvorming. Door prestatie metingen is er veel kwantitatieve informatie beschikbaar over prestaties die behulpzaam kan zijn bij de oordeelsvorming over het gevoerde beleid van een organisatie of bij de vorming van nieuw beleid (WRR, 2004: 204; De Bruijn, 2001: 17-22).

3.3.2 Negatieve gevolgen van prestatie gericht werken voor de kwaliteit

“Controle is een doel op zich geworden, terwijl de kwaliteit er niet of nauwelijks mee is gediend” (WRR 2004: 12). Eenzijdig sturen op resultaten en het veronachtzamen van inhoudelijke kaders brengt perverse effecten met zich mee. Toezicht is volgens de auteurs van het WRR rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening tegenwoordig’ een doel op zichzelf geworden in plaats van een middel. Prestatie metingen hebben geleid tot een enorme toename van het aantal inspecties en daarmee tot een toename van de kosten hiervan voor de maatschappij (WRR, 2004) Daarnaast heeft prestatie gericht werken voor een toename van de werkdruk gezorgd. Medewerkers ervaren een hogere werkdruk doordat ze zich opgejaagd voelen om de productienormen te behalen (Herweijer, 2010: 6). De onbedoelde gevolgen van prestatie meting betreffen niet alleen misleidende conclusies

over behaalde resultaten, maar ook de negatieve uitwerking die prestatiemeting op prestaties zelf kan hebben (Van Thiel & Leeuw, 2002; De Bruijn, 2001).

In de eerste plaats werkt prestatiemeting *strategisch gedrag* in de hand. Hiervan is sprake als de organisatie de productie volgens de criteria van het meetsysteem verhoogt, maar deze productieverhoging vanuit professioneel perspectief geen of zelfs een negatieve betekenis heeft. Er kan sprake zijn van *'gaming the numbers'*; prestaties bestaan alleen op papier en hebben geen of een zeer beperkte maatschappelijke betekenis (De Bruijn, 2001 en 2004; Pollitt, 2003; Van Thiel & Leeuw, 2002). De kloof die kan ontstaan tussen enerzijds de gemeten prestatie en de daadwerkelijke prestatie van een organisatie duiden van Thiel en Leeuw (2002: 271-272) aan als de 'prestatieparadox'. De prestatieparadox wordt *onbedoeld* teweeg gebracht door minimale verantwoordingsvoorwaarden, gebruik van de metingen voor politieke doeleinden en doordat beleidsdoelen vaak niet uit te drukken zijn in getallen en moeilijk meetbaar zijn. Daarnaast werkt een sterke nadruk op metingen in de hand dat medewerkers zich gaan richten op dat aspect van hun werk dat meetbaar is. Een *bedoelde* prestatieparadox kan teweeg worden gebracht door falende resultaten te verbergen of anders te interpreteren.

In de tweede plaats wordt *bureaucratisering* en een *registratiedruk* in de hand gewerkt door prestatiegericht werken. Bureaucratisering ontstaat doordat de organisatie gaat investeren in bureaucratische competenties om de eigen prestaties zo goed mogelijk te kunnen meten, controleren en op te poetsen (Tonkens, 2003; De Bruijn, 2004). Door prestatiegericht werken worden ICTsystemen, bijvoorbeeld digitale bekostigingssystemen, geïmplementeerd die om een bepaalde werkwijze vragen. Hierdoor komt een nadruk te liggen op de registratie van uitgevoerde handelingen en vergroot dit de ervaren administratieve lasten (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b). De registratie van uren heeft tot doel om de kwaliteit en de transparantie te bevorderen. Door de toenemende registratie neemt de niet-patiëntgebonden tijd toe en ontstaat er een registratiedruk (WRR, 2004: 135). Een toename van de niet-patiëntgebonden tijd betekent minder tijd voor primaire taken en kan daarmee leiden tot kwaliteitsverlies.

In de derde plaats kan prestatiemeting leiden tot het blokkeren van het *innovatievermogen* en de *ambities* van een organisatie (De Bruijn, 2001; Pollitt 2003; Van Thiel & Leeuw, 2002). Prestatiemeting zorgt ervoor dat het reproduceren van het bestaande wordt beloond en kan daarmee het innovatieve vermogen van een organisatie blokkeren. Innoveren is het exploreren van het onbekende en kan ervoor zorgen dat de prestaties anders of minder zijn dan verwacht en kan

daarmee dus schadelijk zijn voor de prestatiecijfers. Het productieproces wordt door prestatiemetingen zoveel mogelijk geoptimaliseerd om zo efficiënt mogelijk prestaties te realiseren. Dit betekent dat de *input* wordt geoptimaliseerd en de *throughput* wordt geminimaliseerd, wat ten koste gaat van innovaties, maar ook van de ambities van een organisatie (De Bruijn, 2001: 33). Het optimaliseren van de *input* wordt ook wel '*cherry picking*' of '*cream skinning*' genoemd (De Bruijn, 2001; Van Thiel & Leeuw, 2002; Boyne, e.a. 2003). De selectie van cliënten (*input*) door GGZ-instellingen zou hier als voorbeeld kunnen dienen. GGZ-instellingen worden afgerekend op het aantal separaties die zij op jaarbasis uitvoeren. Om de cijfers over het aantal separaties laag te houden, zou een instelling ervoor kunnen kiezen om cliënten met een verhoogde kans op separatie te weigeren.

In de laatste plaats kan prestatiemeting leiden tot een *fixatie* op de *cijfers* en een *tunnelvisie* (Van Thiel & Leeuw, 2002; De Bruijn, 2001; Tonkens, 2003). Pollitt (2003) spreekt in dit geval van '*Targititis*' (fixatie op de targets) die ervoor zorgt dat de organisatie te sterk gefixeerd is op van tevoren afgesproken prestaties waardoor ze niet in staat is om kansen te benutten en '*windows of opportunities*' aan zich voorbij laat gaan. Een fixatie op de cijfers wordt in de hand gewerkt doordat prestatie-indicatoren kwantiteit meten en indicatoren dus met name geschikt zijn voor het meten van meetbare en goed te definiëren waarden, zoals het aantal opgenomen cliënten. Als het om minder goed te definiëren waarden gaat, zoals zorgvuldig en integer handelen, zijn prestatie-indicatoren altijd een afgeleide. Wanneer een grote nadruk komt te liggen op het aantal behandelde cliënten gaat dit ten koste van andere dingen, zoals de manier waarop deze cliënten worden behandeld. Prestatiemeting leidt niet alleen tot een vertekend beeld van de professionele prestatie, maar kan vervolgens de professionele habitus verdrijven omdat de organisatie zich overmatig gaat concentreren op de goed gedefinieerde, en dus meetbare, taken (de Bruijn, 2001). Daarnaast kennen professionele organisaties een systeem- of bestelverantwoordelijkheid wat inhoudt dat zij professionele inzichten beschikbaar dienen te stellen aan andere organisaties in het publieke domein. Door concurrentie tussen de organisatie zijn professionals minder bereid om '*best practices*' te delen. Prestatiemeting is namelijk gericht op het optimaliseren van de *eigen* prestaties en werkt op deze manier dus verkokering in de hand (de Bruijn, 2001).

3.3.3 Kanttekening

Opvallend is dat prestatiemeting zowel innovatie kan stimuleren als tegenhouden. Dit betekent dat prestatiemeting niet per definitie innovaties hoeft te blokkeren, maar dat dit wel gebeurt wanneer processen van pervertering ontstaan. Volgens de Bruijn (2004) komt pervertering van het prestatie-meetsysteem met name tot uiting als eenzijdig wordt gestuurd op resultaten en als

inhoudelijke kaders worden veronachtzaamd. Dit gebeurt wanneer professionals worden beoordeeld op basis van kwantitatieve data zonder enige informatie over de context van de prestatie. Zonder contextinformatie heeft een cijfer weinig betekenis en kan het de werkelijkheid verhullen. Daarnaast is de dominantie van negatieve effecten van prestatiemeting afhankelijk van de sturingsdrift van de manager. Hoe meer de manager stuurt op prestatiecijfers hoe ingrijpender de sancties en negatieve effecten van het systeem (De Bruijn, 2004).

3.4 Omgaan met een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg

Om de wijze waarop managers en professionals om kunnen gaan met een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit beter te kunnen duiden wordt eerst ingegaan op de verschillende perspectieven van waaruit managers en professionals opereren. Deze perspectieven verschillen namelijk van elkaar en kunnen met elkaar in botsing komen. Daarna wordt uiteengezet hoe managers een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg zo goed mogelijk kunnen voorkomen.

3.4.1 De relatie tussen managers en professionals

Volgens het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' van de WRR (2004) is er altijd sprake van een spanning tussen het perspectief en de belangen van politici, bestuurders, professionals en cliënten. Deze spanning uit zich in een spanning tussen verscheidende logica's. In de eerste plaats opereert het management van een organisatie vanuit de *institutionele logica*, ook wel de *organisatielogica* genoemd. De organisatielogica bestaat uit een systeem van wet- en regelgeving, financieringsmodellen en bestuurlijke prikkels in de vorm van coördinatiemechanismen en interventie-instrumenten. In de tweede plaats opereert de professional die werkzaam is binnen een instelling vanuit de *provisielogica*, ook wel de *professionele logica* genoemd. Dit betreft de feitelijke dienstverlening binnen een instelling, namelijk de taakuitvoering van management en professionals en de vormgeving van het primaire proces. Tot slot heeft ook de cliënt allerlei noden en behoeften, maar ook eisen en verlangens waaraan voldaan moet worden. Dit wordt de *vraaglogica* genoemd (WRR, 2004: 9-11). In onderstaande tabel worden de verschillende logica's samengevat naar het voorbeeld van het WRR rapport (2004).

Logica	Actoren	Kenmerken
<i>Institutionele logica/ Organisatielogica</i>	Politici, bestuurders, managers	Wet- en regelgeving Financieringsmodellen Coördinatiemechanismen Interventie-instrumenten
<i>Provisielogica/ Professionele logica</i>	Professionals	Taakuitvoering Primaire proces Feitelijke dienstverlening
<i>Vraaglogica</i>	Cliënten, klanten	Noden Behoeften Eisen Verlangens

Volgens Noordegraaf (2004: 199) is er sprake van een continue spanning tussen de eisen van de organisatie enerzijds en de autonomie van de professional anderzijds. Managers kunnen op een verschillende manier omgaan met deze spanning (WRR, 2004: 152-153). In de eerste plaats kunnen ze faciliteren, de randvoorwaarden scheppen voor de professionele taakuitoefening. Dit houdt in dat de professionals grote vrijheid krijgen in de uitvoering van hun taken. Het management schept de randvoorwaarden en staat in dienst van de professionele taakopvatting. In de tweede plaats kunnen managers disciplineren, het professionele werk bepalen. De organisatie-eisen worden boven de professionele taakopvatting gesteld en professionals moeten zich hieraan confirmeren. In de laatste plaats kunnen managers en professionals coproduceren. Dit houdt in dat ze een coalitie vormen, waarin ze wederzijds van elkaar afhankelijk zijn. Een voorbeeld hiervan is duaal management binnen de gezondheidszorg (WRR, 2004: 152-153).

Professionals zijn niet per definitie loyaal aan de organisatie waar ze werken, maar eerder loyaal aan hun professie (Noordegraaf, 2004: 199). Bij de uitoefening van hun beroep spelen professionele autonomie en professionele waarden een grote rol. Managers zijn verantwoordelijk voor de planning en de sturing van hun afdeling en worden verantwoordelijk gehouden voor de resultaten die de afdeling boekt. Publieke managers bevinden zich in een 'bestuurlijke spagaat' omdat ze zowel vraaggestuurd moeten werken als moeten voldoen aan kwaliteitsnormen en professionele standaarden. Daarbij dienen zij rekening te houden met de wettelijke en budgettaire kaders (Noordegraaf, 2004 in WRR, 2004: 137). Grote spanningen tussen logica's kunnen met name

ontstaan wanneer doelmatigheidseisen aan organisaties worden opgelegd. Dit soort eisen bestaan uit controle over het aantal beroepsbeoefenaars, het werk (invulling en de takenverdeling), het product (kwantiteit en kwaliteit), de instelling en de professie (WRR, 2004: 109-111).

Noordegraaf (2008) stelt er sprake kan zijn van tegenstellingen tussen managers en professionals, maar dat deze tegenstellingen niet direct tot kloven of breuken hoeven te leiden. Spanningen en fricties tussen managers en professionals zijn een normaal gegeven binnen organisaties. Spanningen en fricties kunnen zich naar voorbeeld van Noordegraaf (2008) als volgt uiten:

Geringe Botsing		←————→		Sterk botsing
Harmonie	Meningsverschil	Conflict	Kloof	Breuk

Bij een geringe botsing kan het gaan om tegengestelde inzichten. Van een sterke botsing is sprake wanneer grote tegenstellingen tussen managers en professionals zijn ontstaan die nauwelijks te herstellen zijn. De middenweg is het conflict, waarbij wel sprake kan zijn van grote tegenstellingen, maar de relatie tussen professional en manager herstelbaar is (Noordegraaf, 2008).

3.4.2 Een spanningsveld vermijden

Zoals is gebleken ligt de besturing en afweging tussen enerzijds doelmatigheid en anderzijds kwaliteit in de handen van de publieke manager (WRR, 2004: 136). Volgens de Bruijn (2001) kan de publieke manager de pervertering van prestatie-meetsystemen tegengaan door prestatie-meting gematigd te gebruiken. In de eerste plaats kan de publieke manager dit doen door het prestatie-meetsysteem te *fine tunen* op de eigen organisatie. Hiermee wordt bedoeld dat de manager het prestatie-meetsysteem zodanig moet aanpassen dat het recht doet aan de variëteit van de producten binnen zijn organisatie. Dit kan door het onderscheiden van meerdere producten, meerdere indicatoren en het gebruiken van procesindicatoren naast productindicatoren (De Bruijn, 2001: 25-26). Van Thiel (2009: 20) stelt dat door vanuit meerdere gezichtspunten prestaties te meten de validiteit van de meting wordt vergroot. Daarnaast stelt Noordegraaf (2008) dat managers niet alleen met prestaties en productie bezig moeten zijn, maar juist met het definiëren van deze prestaties. Het definiëren van de prestaties dwingt managers om zich bewust te zijn over wat in en rond de organisatie gebeurt en om relevante ontwikkelingen te signaleren. In de tweede plaats is het resultaat van de prestatie-meting alleen zinvol wanneer deze in een context wordt geplaatst. Informatie over de context is dus van belang om de resultaten goed te kunnen duiden (De Bruijn,

2001: 27, Van Thiel, 2009: 22). Naast *output* moet daarom ook naar de *outcome* (het effect van het product) worden gekeken. In de derde plaats moet prestatiemeting niet als enige informatiebron worden gebruikt om een oordeel over het functioneren van een organisatie te vellen. Prestatiemeting heeft eerder een faciliterende functie (De Bruijn, 2001: 28; Van Thiel, 2009: 22). In de laatste plaats is het van belang om wederzijds vertrouwen tussen managers en professionals te bewerkstelligen. Door interactie kan het vertrouwen tussen beide partijen en in het prestatie-meetsysteem ontstaan (De Bruijn, 2001: 98).

De Bruijn (2001: 89) stelt verder dat perverse effecten van prestatiemeting maximaal tot uiting komen wanneer de productiedoelstellingen worden doorvertaald naar het individuele niveau. Daarnaast worden prestatie-indicatoren die op het individuele niveau voelbaar zijn door het individu als bedreigend ervaren. Volgens Noordegraaf (2008) is het de taak van de manager om de zakelijkheid in de aansturing op prestaties tegelijkertijd ook te verzachten en in perspectief te plaatsen. Daarnaast kan de manager de professional ook bewust beschermen. Weggeman (2007: 158-162) stelt dat de manager daarom als 'hitteschild' kan fungeren tegen de 'ruis van boven'. Met ruis van boven doelt hij op organisatorische onrust.

3.5 Tot slot

Prestatiegericht werken komt voort uit het gedachtegoed van New Public Management, stroming die erop is gericht om publieke organisaties bedrijfsmatiger te laten werken. Prestatiegericht werken houdt in dat prestaties meetbaar worden gemaakt om vervolgens op die prestaties te kunnen sturen. Het meten van prestaties wordt tevens gebruikt als manier om verantwoording af te leggen over doelmatigheid van de organisatie. Er zijn verschillende perspectieven op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit kan worden afgemeten aan de hand van het perspectief van de gebruiker, de professional, de organisatie en de maatschappij. In dit onderzoek wordt kwaliteit van zorg afgemeten aan het perspectief van de professional. Vanuit dit perspectief bestaat kwaliteit van zorg uit de medische expertise, professionele attitude en kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening. Prestatiegericht werken kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben voor kwaliteit van zorg. Positieve gevolgen zijn interne en externe transparantie, een hogere productie en een bijdrage aan het lerende vermogen van een organisatie. Negatieve gevolgen zijn dat prestatiegericht werken strategisch gedrag in de hand kan werken, tot bureaucratisering en registratiedruk kan leiden, het innovatievermogen en ambities van een organisatie kan blokkeren, een fixatie op de cijfers veroorzaakt en leidt tot verkokering. Door doelmatigheidseisen enerzijds en kwaliteitseisen

anderzijds bevindt de publieke manager zich in een 'bestuurlijke spagaat'. Daarnaast is er sprake van een continue spanning tussen de organisatielogica en de professionele autonomie. Managers en professionals kunnen daardoor botsen. Deze botsingen hoeven echter niet tot breuken tussen de organisatie- en professionele logica te leiden. Het voorkomen van perversering van prestatie-meetsystemen ligt in het gematigd gebruik ervan door managers. Daarnaast moeten productiedoelstellingen niet worden doorvertaald naar het individuele niveau. De manager kan ervoor kiezen om de professional te beschermen door als hitteschild te fungeren.

Op basis van de besproken literatuur valt te verwachten dat in de empirie sprake is van een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg. In hoeverre en op welke wijze dit spanningsveld tot uiting komt is afhankelijk van de manier waarop managers met het spanningsveld omgaan. Te verwachten is dat managers aansturen op prestaties om de doelmatigheid van de organisatie te vergroten. Tegelijkertijd kunnen zij ervoor kiezen om het spanningsveld bewust weg te houden bij professionals en te fungeren als hitteschild. Professionals zullen zich verzetten tegen prestatie-indicatoren en eerder loyaal zijn aan hun beroepsgroep.

Hoofdstuk 4. Onderzoeksmethoden en technieken

Nu de theoretische basis is gelegd voor het empirische onderzoek komt in dit hoofdstuk aan bod welke methoden en technieken zijn gebruikt bij de empirische dataverzameling en worden de keuzes die hierin zijn gemaakt verantwoord. Eerst wordt in paragraaf 4.1 verantwoording afgelegd over het soort onderzoek, de wetenschapsfilosofische positie van de onderzoeker en de keuze voor een *casestudy*. Vervolgens schets paragraaf 4.2 de context van de *casestudies*. In paragraaf 4.3 wordt uitleg gegeven en verantwoording afgelegd over de technieken die gebruikt zijn voor de empirische dataverzameling. Aan bod komen de documentanalyse, interviews, de selectie van de respondenten en de analysemethoden. Paragraaf 4.4 gaat in op de vraag hoe de betrouwbaarheid en validiteit binnen dit onderzoek worden gewaarborgd. Tot slot worden in paragraaf 4.5 de kernconcepten die in dit onderzoek centraal staan geoperationaliseerd.

4.1 Soort onderzoek

4.1.1 Kwalitatief onderzoek

De vraag- en doelstelling van dit onderzoek zijn bepalend voor de methode en positie van waaruit dit onderzoek plaatsvindt. De doelstelling van dit onderzoek is om in kaart te brengen in hoeverre en op welke wijze managers en zorgprofessionals binnen de GGZ een spanningsveld ervaren tussen prestatiegericht werken en het bieden van kwaliteit en hoe ze met dit mogelijk ervaren spanningsveld omgaan. Uit de doelstelling wordt duidelijk dat het gaat om de persoonlijke ervaringen en betekenisgeving van managers en zorgprofessionals in het veld. Om de ervaringen van managers en zorgprofessionals in beeld te krijgen en om de betekenis die zij hieraan geven te achterhalen en te begrijpen wordt er gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode. De reden hiervoor is drieledig. In de eerste plaats leent de kwalitatieve methode zich, meer dan de kwantitatieve methode, voor het begrijpen en achterhalen van de betekenis die mensen geven aan sociale verschijnselen. Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is namelijk dat onderzoek wordt gedaan naar de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving. In de tweede plaats worden er binnen de kwalitatieve methode onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderzoeksobject vanuit het perspectief van het onderzoeksobject te bekijken, zoals interviews en observaties. In de laatste plaats is kwalitatief onderzoek uitermate geschikt voor het beschrijven en verklaren van een sociaal verschijnsel (Boeije, 2005: 27).

In kwalitatief onderzoek en zo ook in dit onderzoek wordt theorie gebruikt om de probleemstelling te formuleren en om een dieper inzicht te krijgen in het onderzoekssubject. Theorie wordt gebruikt als een handvat om de empirie beter te kunnen begrijpen en te duiden en wordt gezien als een middel, maar niet als een doel op zichzelf (Yin, 2009). Het onderzoek is niet zoals in een kwantitatief onderzoek gericht op het onderzoeken van een aanzienlijk aantal onderzoekseenheden om vooraf opgestelde hypothesen te testen en zo wetmatigheden te achterhalen en verklaren. Resultaten van kwalitatief onderzoek bestaan uit beschrijvingen van begrippen en van redeneringen die mensen zelf aandragen voor hun gedrag en gevoelens. Daarnaast wordt er gestreefd naar het beschrijven van regelmatigheden of patronen die voorkomen binnen een bepaalde context (Boeije, 2005: 17-21).

4.1.2 Wetenschapsfilosofische reflectie

Het doen van kwalitatief onderzoek sluit nauw aan bij een interpretatieve wetenschapsfilosofische positie. Zoals Denzin en Lincoln (1994: 2) ook aangeven: *“Qualitative research is multimethod in focus, involving an interpretive, naturalistic approach to its subject matter”*. Binnen de wetenschapsfilosofie worden enkele stromingen onderscheiden. Deetz (1996) heeft gekozen om deze stromingen tot uiting te laten komen in vier posities; positivisme, interpretatieve benadering, kritische theorie en postmodernisme. Elk van deze posities is te kenmerken aan de hand van twee dimensies. De eerste dimensie is ‘local/emergent’ – ‘elite/a priori’. Deze dimensie richt zich op de herkomst van de concepten en probleemstatements in het onderzoek. Concepten vanuit de local/emergent kant zijn ontstaan in relatie met het onderzoeksveld. Concepten vanuit de elite/a priori kant zijn concepten die door de onderzoeker zelf zijn ingebracht met behulp van literatuur en gedurende het onderzoeksproces statisch wordt gehouden (Deetz, 1996: 195-196). De tweede dimensie die Deetz (1996: 197-198) onderscheidt is ‘consensus’ – ‘dissensus’. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen onderzoek dat de bestaande sociale orde wil blootleggen (consensus) en onderzoek dat de bestaande sociale orde wil veranderen (dissensus).

Dit onderzoek is te typeren als een local/emergent en consensus gericht onderzoek. De onderzoeksconcepten worden in relatie met de onderzoekseenheden vastgesteld en niet op basis van de theorie statisch gehouden gedurende het onderzoeksproces. Zoals eerder aangegeven wordt theorie wel gebruikt als middel, maar niet als doel op zichzelf. Daarnaast is het doel van dit onderzoek om de sociale werkelijkheid zo goed mogelijk bloot te leggen en een zo realistisch mogelijk beeld te schetsen van de praktijk waarmee managers en zorgprofessionals binnen de GGZ te

maken krijgen. Een consensusgericht onderzoek waarbij de onderzoeksconcepten worden gevormd in interactie met het onderzoeksveld is te typeren als een interpretatief onderzoek.

4.1.3 Casestudy

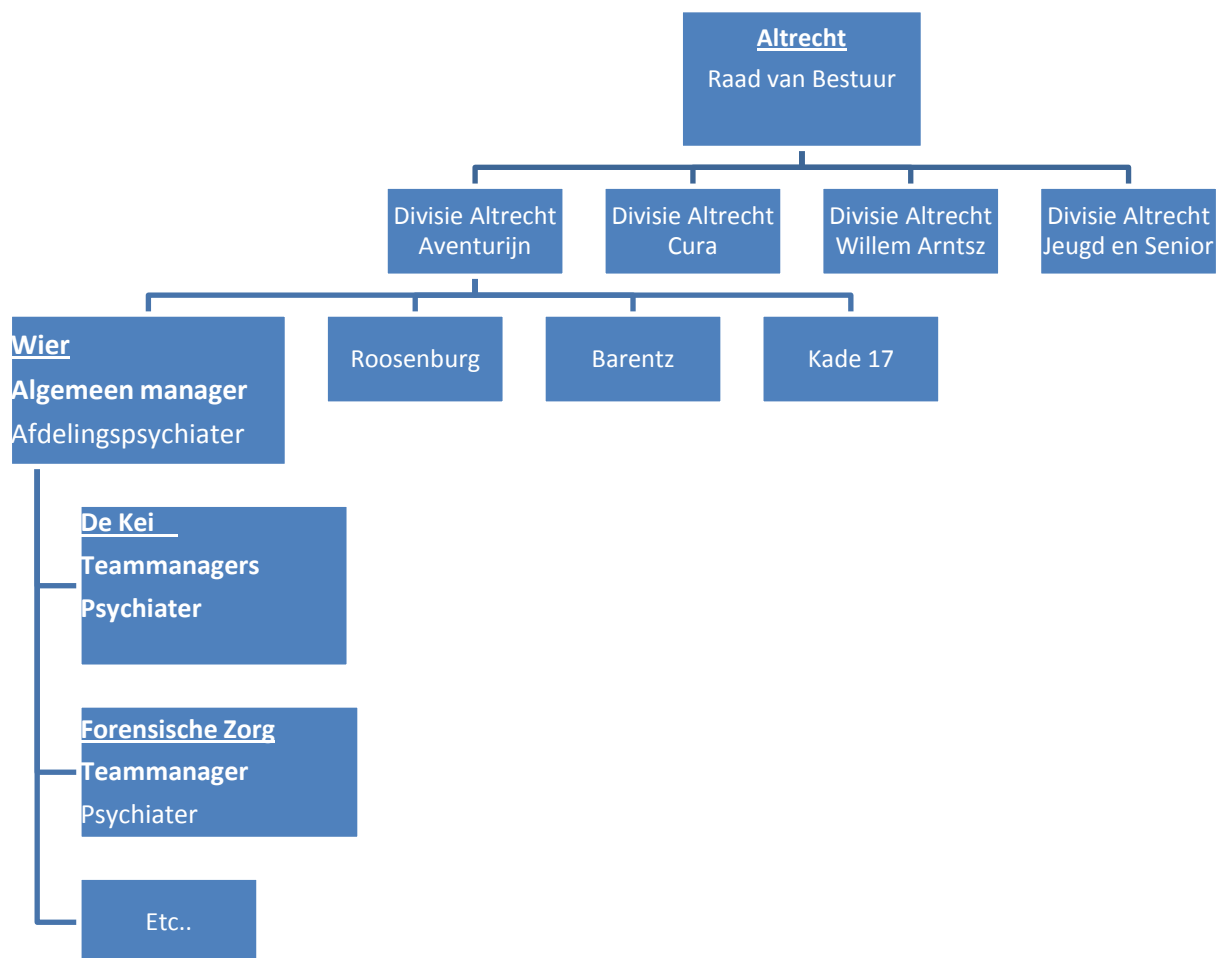
In dit onderzoek wordt gewerkt met een *casestudy*. De meerwaarde van het doen van een *casestudy* wordt door Yin (2009: 4) als volgt verwoord: “*The distinctive need for case studies arises out of the desire to understand complex social phenomena (..) The case study method allows investigators to retain the holistic and meaningful characteristics of real-life events*”. Een *casestudy* biedt de mogelijkheid om daadwerkelijk een *in-depth* onderzoek te doen, inzicht te krijgen in de complexe sociale werkelijkheid en deze door het ontdekken van patronen te begrijpen. De kracht van een *casestudy* ligt gelegen in: “*its ability to deal with a full variety of evidence – documents, artifacts, interviews and observations*” (Yin, 2009: 11). De context waar binnen managers en zorgprofessionals werkzaam zijn is belangrijk om de betekenisgeving die zij aan het onderzoeksonderwerp geven te kunnen begrijpen. Daarnaast lenen ‘Hoe’ en ‘Waarom’ vragen zich uitstekend voor *casestudies*. Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen *hoe* managers omgaan met een mogelijk spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg.

In dit onderzoek is gekozen om te werken met één *in-depth case* en twee *check-cases*. De *in-depth case* heeft plaatsgevonden binnen de Kei, onderdeel van de GGZ-instelling Altrecht (zie 4.2). Er is gekozen voor de Kei omdat het een kleinschalige afdeling is waardoor het mogelijk was om aan de hand van acht interviews een zo goed en volledig mogelijk beeld van de situatie te krijgen. Uit de interviews binnen de Kei werd duidelijk dat respondenten de indruk hadden dat het spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit met name binnen andere afdelingen en instellingen een grote rol speelde. Om die reden zijn er binnen een andere afdeling van Altrecht en een andere instelling ook interviews gehouden. De andere twee cases hebben gediend als een ‘*check*’ op de eerste case. Dit houdt in dat is gekeken of managers en zorgprofessionals binnen de andere organisaties dezelfde ervaringen hebben als binnen de Kei of dat deze erg verschillend zijn van elkaar. Aan de hand daarvan kan duidelijk worden of de Kei wel of geen uitzonderingspositie inneemt binnen de GGZ-sector.

De eerste *check* heeft plaatsgevonden bij Wier forensisch (zie 4.2). Wier forensisch behoort net als de Kei tot de afdeling Wier van Altrecht. Hiervoor is gekozen omdat de organisatiecontext vrijwel hetzelfde is voor beide *cases* en de *cases* op deze manier goed met elkaar zijn te vergelijken. De andere *check* heeft plaatsgevonden binnen een afdeling van Eleos (omwille van de anonimiteit wordt

de naam van de afdeling niet genoemd) (zie 4.2), een andere GGZ-instelling dan waar de Kei en Wier forensisch onder vallen. Hiervoor is gekozen zodat mogelijk is om te onderzoeken in hoeverre de organisatiecontext bepalend is voor de ervaringen van professionals en managers met het onderzoeksonderwerp. Alle drie de organisaties zijn GGZ-instellingen die zowel klinische als ambulante hulpverlening bieden.

4.2 De casestudy uitgelicht



In-depth casestudy de Kei – Altrecht

De Kei is een behandelcentrum voor dak- en thuislozen met een verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrische of gedragsproblemen. De Kei is onderdeel van Altrecht geestelijke gezondheidszorg, divisie Altrecht Aventurijn, afdeling Wier. *“Wier is één van de vier erkende SGLVG behandelcentra in Nederland voor observatie, diagnostiek en behandeling van mensen met een licht verstandelijke beperking, complexe problematiek en/of psychiatrische stoornissen. SGLVG staat voor sterk gedragsgestoorde en licht verstandelijk gehandicapten”* (Altrecht, 2011). Wier is te kenmerken

als derdelijns-GGZ en biedt een behandelaanbod aan in aanvulling op de reguliere verstandelijke gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg. De Kei biedt zowel klinische als ambulante hulpverlening aan. De kliniek heeft een twintigtal behandelplaatsen waar de bewoners een beschermende woonomgeving wordt geboden en 24-uurs zorg aanwezig is. Het doel van de behandeling is om de dak- of thuisloze te helpen om opnieuw invulling te geven aan zijn leven zodat de cliënt in staat is om na de behandeling begeleid of zelfstandig te wonen. Daarnaast verleent de Kei ook ambulante hulpverlening. Bij ambulante hulpverlening gaat het om periodieke contacten tussen hulpverlener en cliënt op afspraak. Ambulante hulpverlening bij de Kei bestaat uit de verdere begeleiding van cliënten die in de Kei hebben verbleven en op zichzelf wonen of die naar een andere instelling zijn doorverwezen (GGZ Wegwijzer, 2011).

De Kei wordt aangestuurd door twee teammanagers en een psychiater. De ene teammanager stuurt de 24uurszorg op de kliniek aan en de andere teammanager het ambulante team. De afdelingspsychiater is inhoudelijk eindverantwoordelijke voor de behandeling van alle cliënten. Binnen Altrecht wordt gewerkt met duaal management. Dit betekent dat een teammanager en zorgprofessional gezamenlijk een afdeling aansturen.

Check-case Wier Forensisch – Altrecht

Wier Forensisch is een afdeling waar cliënten met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen die een straf titel hebben doordat ze in aanraking zijn gekomen met politie of justitie worden behandeld. Deze cliënten kunnen door de Forensische Zorg van Wier zowel klinisch, in deeltijd of ambulant worden behandeld. Net als de Kei is de Forensische Zorg onderdeel van geestelijke gezondheidszorg Altrecht, divisie Altrecht Aventurijn, afdeling Wier (Altrecht, 2011). Momenteel draait de afdeling een pilot met 10 klinische bedden voor justitiekanten, dat worden er in augustus 29 bedden. Ook binnen Wier forensisch wordt gewerkt met duaal management.

Check-case Eleos

De afdeling van Eleos waar dit onderzoek is uitgevoerd biedt behandelingen voor mensen met persoonlijkheidsproblemen en relatieproblemen aan. De behandelingen vinden plaats binnen een kliniek waar zowel klinische 'bedden' als 'stoelen' beschikbaar zijn. Er zijn 15 'bedden' voor mensen die op de kliniek verblijven en 20 'stoelen' voor mensen die drie dagen in de week naar de kliniek toe komen. Binnen Eleos wordt in tegenstelling tot Altrecht niet gewerkt met duaal management, maar met integraal management.

4.3 Onderzoeksmethoden

Om de eerste empirische deelvraag te kunnen beantwoorden is een documentanalyse uitgevoerd en zijn interviews afgenomen met managers en zorgprofessional. De tweede, derde en vierde empirische deelvragen zijn aan de hand van interviews met managers en zorgprofessionals beantwoord.

4.3.1 Documentanalyse

Om het beleid van de instelling waar de *in-depth casestudy* heeft plaatsgevonden met betrekking tot prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg te onderzoeken is een documentanalyse gedaan aan de hand van beleidsstukken en het *jaardocument en jaarrekening 2009* van Altrecht. Door een documentanalyse kunnen de resultaten vanuit de interviews binnen de Kei beter worden geduid. Daarnaast kan door middel van de informatie uit de documentanalyse een vergelijking worden getrokken tussen het gevoerde beleid van de organisatie en de daadwerkelijke uitvoering van dit beleid binnen de afdelingen van Altrecht.

4.3.2 Interviews

Binnen de *in-depth case* en de *check-cases* zijn interviews gehouden met managers en zorgprofessionals. Er hebben veertien interviews plaatsgevonden, waarvan één ongestructureerd en dertien semigestructureerd. Het ongestructureerde interview heeft plaatsgevonden met de teammanager kliniek van de Kei en diende als een eerste verkenning van het onderzoeksonderwerp en onderzoeksveld. Het interview is van nut geweest voor de verdere afbakening van het onderzoeksthema. De dertien semigestructureerde interviews hebben plaatsgevonden met managers en professionals binnen de *cases* (zie tabel). Deze interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst die op basis van de operationalisaties is samengesteld. De topiclijst heeft als handleiding gediend, maar heeft niet de boventoon gevoerd in de interviews. Door semigestructureerde interviews is respondenten de ruimte geboden om hun eigen visie op de verschillende thema's te delen.

4.3.3 Selectie van respondenten

De selectie van respondenten is gebaseerd op basis van een selecte steekproef. De respondenten zijn geselecteerd op de functie, manager of professional, die ze binnen de organisatie vervullen. Vanwege de kleinschaligheid van de Kei was het mogelijk om alle managers en alle behandelaren te interviewen. Naast interviews met de behandelaren is er ook voor gekozen om ambulante

hulpverleners, te zien als semi-professionals, te interviewen. Op basis van een aselechte steekproef zijn er met twee van de zeven ambulante hulpverleners interviews gehouden. Binnen de Kei hebben in totaal acht interviews plaatsgevonden.

Binnen de *check-cases* zijn de respondenten ook op basis van een selecte steekproef geselecteerd. Omdat deze *cases* van kleinere omvang zijn is gekozen om met de afdelingsmanagers en een professional te spreken. Er is voor gekozen om zowel een manager als een professional te spreken om zo beide perspectieven in kaart te brengen en tegen elkaar af te kunnen zetten. Daarnaast is binnen Wier forensisch ook gesproken een maatschappelijk werker. Binnen Wier forensisch hebben drie interviews plaatsgevonden en binnen Eleos twee.

Respondent	Afdeling	Instelling
Algemeen manager Wier	Wier	divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Teammanager Kliniek	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Teammanager Ambulant	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Afdelingspsychiater	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
GZpsycholoog	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
GZpsycholoog	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Ambulante medewerker (maatschappelijk werker)	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Ambulante medewerker (verpleegkundige)	De Kei	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Teammanager Wier Forensisch	Wier Forensisch	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
GZpsycholoog	Wier Forensisch	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht
Maatschappelijk werker, opnamecoördinator en	Wier Forensisch	Wier, divisie Altrecht Aventurijn, Altrecht

wachlijstbeheerder		
Afdelingsmanager bij Eleos	-	Eleos
(Beleids)psychiater	-	Eleos

4.3.4 Analysemethoden

De analyse van de data is in dit onderzoek gestructureerd aan de hand van de vooraf opgestelde operationalisaties (zie 4.5) en empirische deelvragen (zie 1.2). In de data is gezocht naar patronen en gekeken of gevonden patronen in overeenstemming zijn met de voorspellingen vanuit de literatuur (Yin, 2009: 136-137).

Alle interviews zijn opgenomen en uitgewerkt in transcripten. De relevante informatie die in de interviews aan bod is gekomen is zo letterlijk mogelijk weergegeven in de transcripten. De reden hiervoor is dat op deze manier geen informatie verloren gaat. Daarnaast zorgt dit ervoor dat uitspraken van respondenten niet uit hun context worden getrokken. De transcripten zijn vervolgens op basis van de indicatoren uit de operationalisaties met het programma NVivo 9 geanalyseerd. In het programma is een coderingsschema gemaakt dat berust op operationalisaties in paragraaf 4.5 en op de inhoud van de transcripten. Alle fragmenten van de transcripten zijn vervolgens thematisch gecodeerd. Zoals van Thiel (2007: 159, 161) beschrijft zijn in een deductief onderzoek de codes hetzelfde als de vooraf opgestelde operationalisaties.

In de laatste fase van de analyse is de gecodeerde data, uitkomsten uit de documentanalyse en literatuur op elkaar betrokken om patronen, samenhang en causale verbanden in de data te ontdekken. Dit is gedaan door binnen de codes de respondenten te clusteren naar hun functie. In ieder geval is onderscheid gemaakt tussen managers en professionals. Als er binnen deze twee groepen onderling sprake was van significante verschillen is daar binnen weer een opsplitsing gemaakt van bijvoorbeeld teammanagers en algemeen manager. Tot slot heeft deze analyse geleid tot het beantwoorden van de empirische deelvragen.

4.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Een onderzoek dient betrouwbaar en valide te zijn en daarom moeten vooraf en tijdens het onderzoek op een aantal zaken worden gelet. Betrouwbaarheid heeft betrekking op de nauwkeurigheid en consistentie van het onderzoek zodat geen ruimte wordt gelaten voor toevallige

fouten. Validiteit heeft betrekking op de geldigheid van het onderzoek (Van Thiel, 2007: 55). Om betrouwbaarheid en validiteit binnen dit onderzoek te waarborgen is gewerkt met *triangulatie* (Boeije, 2005: 152). Dit houdt in dat het onderzoek uitgevoerd is middels meerdere onderzoeksmethoden, namelijk een casestudy met diepte-interviews en een documentanalyse.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door zo nauwkeurig en consistent mogelijk te werk te gaan. In de eerste plaats is gewerkt met een topiclijst die op basis van de operationalisaties die uit het theoretisch kader voortvloeien is opgesteld. Doordat semigestructureerde interviews zijn gehouden diende de topiclijst niet als een vast te volgen stramen, maar eerder als een handleiding. De topiclijst zorgde ervoor dat met elke respondent dezelfde thema's werden besproken. Consistentie heeft betrekking op het principe van herhaalbaarheid van het onderzoek en is in kwalitatief onderzoek lastig te waarborgen. In dit onderzoek staan mensen als objecten centraal. Herhaalbaarheid kan daarom nooit helemaal worden gegarandeerd. Mensen kunnen namelijk leren van eerdere ervaringen met eenzelfde soort onderzoek waardoor een herhaling van het onderzoek niet altijd leidt tot dezelfde uitkomsten (Van Thiel, 2007: 56). De consistentie van dit onderzoek is vergroot door de verspreiding van respondenten over meerdere cases, waardoor het onderzoek bij verschillende personen op dezelfde wijze is uitgevoerd.

De geldigheid van een onderzoek wordt gewaarborgd door interne en externe validiteit. Interne validiteit gaat over de vraag of daadwerkelijk is gemeten wat de onderzoeker wilde meten. De externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek ('t Hart, 2005; Van Thiel, 2007). Doordat onderzoek is gedaan aan de hand van een casestudy zijn de uitkomsten lastig te generaliseren en gelden deze in eerste instantie alleen voor de case zelf. Ondanks dat een casestudy beperkt generaliseerbaar is, is middels het inzetten van *check-cases* de externe validiteit van dit onderzoek vergroot. Volgens Morse & Field (1996: 119-120) kan externe validiteit worden gewaarborgd door hetzelfde te onderzoeken binnen verschillende organisaties en de resultaten met elkaar te vergelijken. Kanttekening die hierbij geplaatst dient te worden is dat de uitkomsten van de *check-cases* minder wegen dan die van de *in-depth casestudy*, waardoor er geen volkomen gelijkwaardige vergelijking kan worden gemaakt.

Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen een statistisch of inhoudelijke generalisatie (Boeije, 2005: 155). Een casestudy doet recht aan de complexiteit van het onderzoeksonderwerp en resultaten vanuit een casestudy kunnen inhoudelijke generaliseerbaar zijn (Yin, 2009). Dit houdt in dat inhoudelijke inzichten die uit het onderzoek naar voren komen ook van toepassing kunnen zijn op soortgelijke cases. Bij een dergelijke generalisatie gaat het niet om de kwantiteit, maar om de

kwaliteit van de respondenten. In dit onderzoek is met respondenten uit verschillende lagen van de organisaties gesproken om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen.

Tot slot is de interne validiteit gewaarborgd door te werken met meerdere onderzoeksmethoden (triangulatie). Daarnaast hebben respondenten de key-concepten vanuit het theoretisch kader in de interviews zelf gedefinieerd om een discrepantie tussen de interpretatie van de interviewer en respondent te voorkomen. Tot slot is de interne validiteit van het onderzoek vergroot door constructieve feedback van medeonderzoekers.

4.5 Operationalisaties

In deze paragraaf worden de centrale begrippen uit het theoretisch kader geoperationaliseerd, zodat ze meetbaar zijn in de empirie (Van Thiel, 2007: 50). Eerst wordt van elk begrip aan de hand van de besproken literatuur in het theoretisch kader een definitie gegeven. Opmerking die hierbij geplaatst moet worden is dat deze definities dienen als leidraad, maar dat vooral de definities en betekenis die respondenten zelf aan de begrippen geven centraal staat in dit onderzoek. De centrale begrippen zijn:

- Prestatiegericht werken
- Kwaliteit van zorg
- *Spanningsveld* tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg
- *Omgaan* met een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg

Prestatiegericht werken

Prestatiegericht werken betekent dat binnen een organisatie gestuurd wordt op prestaties (prestatie management) en dat prestatiemetingen worden gebruikt om deze prestaties kaart te brengen. De uitkomsten van de prestatiemeting worden vervolgens gebruikt om een organisatie af te rekenen op haar productiviteit. Dit is de definitie die ook in het theoretisch kader is besproken en in dit onderzoek wordt aangehouden. Op welke manier prestatiegericht werken tot uiting komt binnen GGZ-instellingen wordt aan de hand van de volgende indicatoren gemeten:

Key concept	Indicatoren
Prestatiegericht werken	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie van prestatiegericht werken • Uiting van prestatiegericht werken in eigen organisatie <ul style="list-style-type: none"> ○ Productieafspraken ○ Prestatiemeting ○ Sturing op productie ○ Communicatie over productie ○ Prestatiebesteding ○ Verantwoording over productie • Gevolgen van prestatiegericht werken

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg kan worden afgemeten aan de kwaliteit van de medische expertise, de professionele attitude en de kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening (Havenaar, Splunteren en Wennink, 2008). Kwaliteit van zorg wordt als volgt geoperationaliseerd:

Key-concept	Indicatoren
Kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie van kwaliteit • Waarborgen van kwaliteit; Hoe wordt kwaliteit binnen de organisatie gewaarborgd? • Professionele autonomie • Kwaliteitsmetingen

Spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg

Tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan een spanningsveld ontstaan. Om te meten in hoeverre en op welke wijze een spanningsveld ontstaat is het begrip als volgt geoperationaliseerd:

Key-concept	Indicatoren
Spanningsveld	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie van spanningsveld • Uiting van spanningsveld • Gevolgen van spanningsveld • Omgang: Manier waarop managers en professionals met een spanningsveld omgaan

Omgaan met spanningsveld

Om te meten hoe managers en zorgprofessionals omgaan met een spanningsveld dat tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan ontstaan wordt dit begrip als volgt geoperationaliseerd:

Key-concept	Indicatoren
Omgaan met spanningsveld	<ul style="list-style-type: none">• Aansturing op productie en kwaliteit• Communicatie over productie en kwaliteit• Beoordeling op productie en kwaliteit• Afrekenen op productie en kwaliteit• Loyaliteit aan professionele of organisatieloga

Hoofdstuk 5. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen vanuit het empirische onderzoek uitgewerkt aan de hand van de vier empirische deelvragen. Eerst wordt ingegaan op de definities die aan prestatiegericht werken en de kwaliteit van de zorg worden gegeven door de respondenten en in het jaarverslag van Altrecht. Vervolgens worden de deelvragen beantwoord en de bevindingen gekoppeld aan de literatuur die in het theoretisch kader is besproken. Zoals in het vorige hoofdstuk is besproken, is het onderzoek uitgevoerd aan de hand van een *in-depth* casestudy bij de Kei, twee *check-cases* bij Wier forensisch en Eleos en een documentanalyse van het jaarverslag van Altrecht. In dit hoofdstuk vormen de bevindingen vanuit de documentanalyse en de *in-depth* case het uitgangspunt. De resultaten vanuit de *check-cases* dienen als vergelijkingsmateriaal en worden in de lopende tekst of in een aparte deelparagraaf besproken. De resultaten geven een beleidsinhoudelijk inzicht in de manier waarop er binnen de GGZ omgegaan wordt met prestatiegericht werken en de spanningsvolle relatie die tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan ontstaan. Vanwege de omvang en de kwalitatieve aard van dit onderzoek kunnen geen kwantitatieve conclusies worden getrokken die geldend zijn voor de gehele GGZ sector. De resultaten zijn gebaseerd op diepte-interviews met vijf managers en acht professionals binnen drie verschillende cases. Dit onderzoek leent zich om complexe processen en interacties tussen medewerkers met een verschillende functie in kaart te brengen en te duiden. Middels de hier gebruikte methode van diepte-interviews is de betekenisgeving aan deze processen en interacties door betrokken medewerkers onderzocht. In de bespreking van de resultaten en bij het citeren van respondenten worden respondenten voortaan met hun functietitel aangeduid.

5.1 Definitie van prestatiegericht werken

Deze paragraaf gaat in op de definitie die respondenten zelf geven aan prestatiegericht werken in de zorgsector, daarna wordt deze vergeleken met de definities die in de literatuur worden gehanteerd.

5.1.1 Definitie door respondenten

Managers, behandelaren en ambulante hulpverleners binnen de Kei, Wier forensisch en Eleos definiëren prestatiegericht werken allemaal als 'productie draaien', het nakomen van de productieafspraken en daar verantwoording over afleggen. Tussen managers, behandelaren en ambulante hulpverleners zitten wel enkele nuanceverschillen. De managers zien prestatiegericht werken met name als het nakomen van de productieafspraken. De teammanager ambulant van de Kei verwoordt dit als 'je geld halen' of je 'quotum halen'. Hiermee doelt ze op het nakomen van de

geldafspraken die aan het begin van het jaar met de financier zijn gemaakt. Tegenover financiering staat een bepaalde prestatie die aangeduid wordt met het te behalen 'quotum'. Naast het nakomen van de productieafspraken verstaat de afdelingsmanager van Eleos onder prestatiegericht werken ook het afleggen van verantwoording over 'alles wat je doet' en over de productiviteit van elke medewerker. Vier van de zes behandelaren definiëren prestatiegericht werken als het draaien van productie en daar verantwoording over afleggen. Productie draaien gaat volgens hen over hoeveel cliënten worden opgenomen en hoeveel er weer worden ontslagen. Het doel van prestatiegericht werken is volgens de behandelaren om de zorg inzichtelijker te maken door zorgverleners meer verantwoording over de geleverde zorg af te laten leggen. Dit vinden zij in beginsel een positieve ontwikkeling. Volgens de behandelaren gaat prestatiegericht werken nu echter niet over de inhoud van de zorg, maar wordt alleen gekeken naar het draaien van productie 'an sich'. De twee andere behandelaren, de psychiater bij Eleos en bij de Kei, zien prestatiegericht werken als het maken van productieafspraken, je houden aan vastgestelde normen en betaald krijgen voor de productie die je draait. Beide psychiaters vervullen naast hun functie als behandelaar ook een leidinggevende functie en hun definitie van prestatiegericht werken komt meer overeen met de definitie die de managers ook geven. De ambulante hulpverleners binnen de Kei definiëren prestatiegericht werken als het voldoen aan de 'targets' over het aantal te bezoeken cliënten en het aantal uren dat ze moeten maken per dag.

De nuanceverschillen tussen managers, behandelaren en ambulante hulpverleners zijn te verklaren doordat managers, behandelaren en ambulante hulpverleners op een verschillende manier te maken krijgen met de productieafspraken. Managers zijn verantwoordelijk voor het nakomen van alle productieafspraken die met hun afdeling wordt gemaakt. Ambulante hulpverleners krijgen te maken met persoonlijke targets over het aantal te bezoeken cliënten per dag. Behandelaren zijn verantwoordelijk voor de bedvulling van de klinieken en hebben nog niet zozeer met persoonlijke targets te maken. Een behandelaar binnen de Kei omschrijft prestatiegericht werken dan ook letterlijk als 'bedden vullen'. Wat de productieafspraken zijn en hoe deze binnen de organisaties invulling hebben gekregen wordt in paragraaf 5.3 toegelicht.

5.1.2 Prestatiegericht werken in de literatuur

In de literatuur komt de term prestatiegericht werken met name terug in termen als 'prestatie management', 'prestatie meting' en 'prestatie bekostiging' (Waal & Kerklaan, 2004; Noordegraaf, 2011, De Bruijn, 2001, Ridderbos, 2011). Prestatie management is het sturen op

prestaties en prestatiemeting is nodig om deze prestaties in kaart te brengen zodat er op prestaties gestuurd kan worden. Door middel van prestatiemeting kunnen publieke organisaties verantwoording afleggen over hun werkzaamheden en gebruik van publieke gelden (Van Thiel & Leeuw, 2002: 267). Daarnaast heeft prestatiebekostiging tot doel om organisaties een prikkel te geven om efficiënter en effectiever te werk te gaan (Ridderbos, 2011). De respondenten zien prestatiegericht werken voornamelijk als het nakomen van de productieafspraken en daar verantwoording over afleggen. Binnen de literatuur wordt prestatiegericht werken breder gedefinieerd en vormen productieafspraken een onderdeel van die definitie. Vooral de behandelaren zien prestatiegericht werken als het afleggen van verantwoording over hun werkzaamheden. Dit komt overeen met de stellingname van Van Thiel en Leeuw (2002) dat organisaties door middel van prestatiemeting in staat worden gesteld om verantwoording over hun werkzaamheden af te leggen.

5.1.3 Tot slot

De respondenten zien prestatiegericht werken met name als het voldoen aan de productieafspraken en verantwoording afleggen over de gedraaide productie. Dit komt overeen met de doelstelling van prestatiemeting zoals in de literatuur wordt gesteld: verantwoording afleggen over de werkzaamheden van de organisatie aan de maatschappij. Prestatiegericht werken is volgens de meeste behandelaren een ontwikkeling waarbij niet wordt gekeken naar de inhoud van de geleverde zorg, maar naar de productie 'an sich'.

5.2 Definitie van kwaliteit van zorg

In deze paragraaf worden eerst de resultaten vanuit de documentstudie besproken. Er wordt ingegaan op de definitie van kwaliteit die Altrecht in het jaarverslag hanteert en de verschillende instrumenten die Altrecht benoemd om op kwaliteit te sturen. Vervolgens wordt ingegaan op de definitie die de respondenten binnen de Kei, Wier forensisch en Eleos tijdens de interviews hebben gegeven aan het begrip kwaliteit.

5.2.1 Kwaliteitsbeleid van Altrecht

De definitie van kwaliteit die Altrecht in het jaarverslag van 2009 hanteert, is als volgt: *“Kwaliteit betekent dat de door Altrecht geleverde zorg voldoet aan de verwachtingen van cliënten, volgens de laatste inzichten verloopt en tot stand komt door een doelmatige inzet van middelen en mensen. Behalve de verwachtingen van cliënten zijn daarbij ook de verwachtingen van de omgeving van cliënten (familieleden en betrokkenen) en de maatschappij van belang.”* (Jaarverslag Altrecht 2010).

Opvallend aan deze definitie is dat alle verschillende logica's, zoals besproken in het theoretisch kader aan de hand van WRR rapport (2004), naar voren komen. In de eerste plaats wordt kwaliteit gedefinieerd vanuit de vraaglogica, namelijk het voldoen aan de verwachtingen van de cliënt. In de tweede plaats vanuit de provisielogica, de zorg moet volgens de laatste inzichten verlopen. Ten slotte vanuit de organisatielogica, een doelmatige inzet van middelen en mensen. Ook Havenaar, Splunteren en Wennink (2008) definiëren kwaliteit van zorg aan de hand van meerdere perspectieven. Zij onderscheiden echter naast het perspectief van de cliënt, professional en de organisatie ook het perspectief van de samenleving als bepalend voor de kwaliteit van de zorg. Dit laatste perspectief komt naar voren in het laatste gedeelte van de definitie in het jaarverslag van Altrecht, waarbij naast de verwachtingen van de cliënt ook de verwachtingen van de omgeving van de cliënt en de maatschappij een rol spelen. Walburg (1999) stelt echter dat kwaliteit van de hulpverlening niet opgehangen kan worden aan het voldoen aan de verwachtingen van de cliënt. In plaats daarvan zou de professionele expertise bepalend moeten zijn, omdat cliënten volgens hem geen specialistische kennis hebben, niet zelf de zorg inkopen en een afhankelijke positie ten opzichte van de behandelaren innemen.

Om kwaliteit te waarborgen worden binnen Altrecht verschillende instrumenten ingezet. Uit het jaarverslag blijkt dat managementcontracten, prestatieafspraken en vastgelegde prestatie-indicatoren een belangrijke rol innemen bij het sturen op kwaliteit binnen de verschillende afdelingen van Altrecht. Daarnaast hecht Altrecht waarde aan een goed werkend kwaliteitmanagementsysteem en zijn er sinds 2008 in elke divisie kwaliteitmanagementsystemen ingesteld. Door zich meer te richten op kwaliteitsmanagement heeft Altrecht in 2007 HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) certificering bereikt (een kwaliteitsmeting die vanaf 2008 voor alle grote GGZ-instellingen verplicht is ingesteld). Zowel interne als externe *audits* spelen een belangrijke rol in het functioneren van het kwaliteitsmanagement binnen Altrecht. Voor het meten van kwaliteit wordt de landelijke basisset van prestatie-indicatoren voor de GGZ gebruikt. Altrecht heeft hier zelf nog cliëntwaardering, wachttijden, effectmeting, drop-out en de daling van het aantal separaties als prestatie-indicatoren aan toegevoegd (Jaarverslag Altrecht, 2010).

Binnen Altrecht Aventurijn, de divisie waar zowel de Kei als Wier forensisch onderdeel van zijn, is een kwaliteitmanagementsysteem geïmplementeerd dat de volgende processen omvat: interne en externe communicatie, meten, analyseren en verbeteren, waardering van de klanten (dat zijn patiënten, ketenpartners en verwijzers), auditplanning, systeembeoordeling en klachten en

incidenten. Altrecht Aventurijn omschrijft haar missie in het jaarverslag van 2009 als volgt: *“Het bieden van hoogwaardige behandeling, zorg en ondersteuning aan mensen met complex probleemgedrag, met of zonder strafrechtelijke titel. Hoogwaardige kwaliteit van die behandeling en zorg staat daarbij voorop.”* De cliënttevredenheid over de kwaliteit van de zorg van Altrecht Aventurijn ligt in 2009 hoger dan de norm. Er ontbreken echter cijfers over het effect van de behandelingen. Om die reden zijn er sinds 2010 effectmetingen ingevoerd. Daarnaast wordt de zorg omschreven in zorgpaden en zorgprogramma's om zo de transparantie en efficiency te vergroten. Belangrijk leerpunt dat in het verslag naar voren komt is dat in de komende jaren strakker op productie gestuurd dient te worden (Altrecht, 2010). Uit bovenstaande blijkt dat in het kwaliteitmanagementsysteem van de divisie Altrecht Aventurijn ook aandacht wordt besteed aan zowel de provisie-, organisatie- als vraaglogica (WRR 2004). In de eerste plaats wordt het bieden van kwalitatief hoogwaardige behandeling en zorg voorop gesteld. Deze kwaliteit wordt geboden vanuit de medische expertise (de provisieloga). Vervolgens wordt duidelijk dat ook voor Altrecht Aventurijn de cliënttevredenheid een pijler is voor het meten van kwaliteit (vraaglogica). Als laatste wordt het ontwikkelen van zorgpaden en zorgprogramma's en het strakker sturen op productie genoemd om de transparantie en efficiency te vergroten (organisatieloga).

5.2.2 Definitie door respondenten

Kwaliteit van zorg is moeilijk te definiëren en wordt volgens alle respondenten bepaald door meerdere factoren. Bijna in alle definities die respondenten aan kwaliteit van zorg hebben gegeven komt de relatie met de cliënt terug. Daarnaast worden de bevoegdheid van de hulpverleners, het evidence based behandelen (volgens de laatste wetenschappelijke inzichten), de medische expertise van de behandelaren en het effect van de behandeling genoemd als kwaliteit van zorg. Transparantie wordt verder nog genoemd door een behandelaar en een manager als onderdeel van kwaliteit, omdat daarmee de zorg inzichtelijk wordt gemaakt en de interne communicatie over cliënten wordt bevorderd. Maar: *“Kwaliteit is ook gewoon pillen geven als je pillen moet geven, praten als je moet praten, ingrijpen als je moet ingrijpen en niet ingrijpen als je niet moet ingrijpen”* (afdelingsmanager Eleos). Opvallend is dat de psychiater bij Eleos en de algemeen manager van Wier specifiek cliënttevredenheid noemen als bepalend voor de kwaliteit van zorg. Dit is mogelijk te verklaren doordat zowel de psychiater als de algemeen manager hoger in de lijn van de organisatie staan en meer vanuit een managementvisie naar kwaliteit kijken. De algemeen manager geeft aan dat cliënttevredenheid immers de belangrijkste pijler is binnen Altrecht.

De definitie die de respondenten binnen de Kei en Wier forensisch, onderdelen van Altrecht, geven aan kwaliteit van zorg komt voor een deel overeen met de definitie die Altrecht in het jaarverslag hanteert. Altrecht stelt cliënttevredenheid voorop, gevolgd door evidence based behandelen, een doelmatige inzet van middelen en mensen en het voldoen aan de verwachtingen van de omgeving en de maatschappij. De respondenten definiëren kwaliteit vooral vanuit de waarden die terug komen in de provisieloga; namelijk de professionele expertise en attitude (WRR 2004). De professionele attitude komt terug in de nadruk die de respondenten leggen op de kwaliteit van de relatie met de cliënt. De relatie met de cliënt is belangrijk voor het slagen van de behandeling, er moet sprake zijn van een vertrouwensband tussen hulpverlener en cliënt. De professionele expertise komt terug in de nadruk op een goede inhoudelijke behandeling, volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.

Kwaliteit wordt binnen alle drie de cases aan de hand van intervisiemomenten en interne en externe *audits* gewaarborgd. Zowel Altrecht als Eleos zijn HKZ-gecertificeerde GGZ-instellingen. Volgens de respondenten zijn HKZ normen voornamelijk gericht op het op orde hebben van formulieren, correct volgen van procedures en het up to date hebben van de behandelplannen. Een behandelaar binnen de Kei merkt op dat administratie hoort bij de inhoud van het werk, maar dat er weinig controle op de inhoud van behandelingen plaatsvindt. Zoals in de literatuur is beschreven is professionele autonomie kenmerkend voor professionals (Trappenburg, 2011 en Jansen, van den Brink en Kole, 2009). Door middel van intervisiemomenten tussen de behandelaren vindt er toch een soort van *peer review* plaats.

5.2.3 Tot slot

Kwaliteit van zorg wordt in het jaarverslag van Altrecht gedefinieerd vanuit het perspectief van de cliënt, de professional, de organisatie en de maatschappij. Vooral cliënttevredenheid speelt een grote rol bij het bepalen van kwaliteit. De respondenten definiëren kwaliteit met name vanuit de provisieloga. Daarbij staan de kwaliteit van de relatie met de cliënt en de professionele expertise centraal. De kwaliteit wordt gewaarborgd aan de hand van interne en externe *audits* en op basis van *peer review*.

5.3 Prestatiegericht werken in de praktijk

Deze paragraaf geeft antwoord op de vraag hoe prestatiegericht werken vorm heeft gekregen binnen de GGZ (deelvraag 1). Allereerst komt aan bod hoe prestatiegericht werken binnen de Kei tot uiting is gekomen. Dit wordt bepaald aan de hand van beleidsstukken van Altrecht en de uitkomsten van de interviews met managers en professionals werkzaam binnen de Kei. De daaropvolgende analyse

focust op de manier waarop er met de productieafspraken binnen de Kei wordt omgegaan; in hoeverre wordt er op productie aangestuurd, wordt er open over productie gecommuniceerd, worden medewerkers op hun productiviteit afgerekend? Vervolgens wordt in 5.3.3 en 5.3.4 uitgelicht hoe prestatiegericht werken vorm heeft gekregen in de twee *check-cases* Wier forensisch en Eleos.

5.3.1. *Beleid van Altrecht*

Uit het jaarverslag over 2009 van Altrecht blijkt dat de financiering door zorgverzekeringen sinds 2008 is veranderd binnen Altrecht, net als bij andere GGZ-instellingen het geval is. Voorheen werden de verschillende afdelingen maandelijks bevoorschot op de te leveren productie door de zorgverzekeraar. Nu krijgen de zorgverleners na het afsluiten van de DBC's (Diagnose Behandel Combinatie) een betaling voor de behandeling. Het bevoorschottingssysteem is dus gewijzigd in een declaratiesysteem. Het optimaliseren van de doorlooptijd en het afsluit- en facturatieproces is voor Altrecht een prioriteit geworden om zo tijdig een vergoeding te ontvangen voor de geleverde zorg. Hiervoor heeft Altrecht in 2009 verschillende instrumenten geïmplementeerd. In de eerste plaats zijn er managementcontracten afgesloten tussen divisies en de Raad van Bestuur met concrete afspraken over het tijdig sluiten en autoriseren van DBC's. Maandelijks en per kwartaal leggen afdelingen en divisies hierover verantwoording af. In de tweede plaats is een DBC-meter geïmplementeerd waarin informatie wordt opgeslagen over de status van een DBC (geopend, gesloten, gevalideerd of gefactureerd). Op basis van deze informatie kan het management de DBC-stromen beter beheersen. In de derde plaats heeft Altris, het Altrecht Informatie Systeem, zich verder doorontwikkeld tot een Business Intelligence tool voor managers. In het jaarverslag staat hierover: *“De informatie wordt gebruikt voor interne sturing en externe verantwoording. Reden hiervoor is onder meer de bedrijfsmatiger aanpak, de voortgaande liberalisering, ontwikkeling van de kwaliteitsmeting en de budgetdruk op de ggz-markt. De eisen in termen van inzicht, consistentie en efficiëntie worden daarbij strikter.”* (Altrecht, 2010).

Prestatiegericht werken binnen Altrecht komt daarnaast tot uiting in de verschillende maatregelen die in het jaarverslag worden besproken om de rendabiliteit van Altrecht te blijven waarborgen. In de eerste plaats is dat het ontwikkelen van zorgpaden om de zorgverlening beter te structureren en daarmee de kosten van de zorg terug te dringen. In de tweede plaats is dat een centrale agendavulling door behandelaren in het productieregistratiesysteem Psygis. In de derde plaats de implementatie van een taakstellingsmodule voor behandelaren, waardoor behandelaren kunnen worden aangesproken op de door hun geleverde hoeveelheid productie. Ten slotte wordt het maken

van strakke managementafspraken tussen de Raad van Bestuur en de divisies omtrent doelmatigheidseisen genoemd (Altrecht, 2010). Deze afspraken worden in de literatuur aangeduid als prestatierelaties. Relaties tussen onderdelen van organisaties worden namelijk geformaliseerd en transparant gemaakt aan de hand van werkafspraken (Noordegraaf, 2004).

De afspraken omtrent doelmatigheidseisen komen terug in de beoordelingsgesprekken die sinds 2009 zijn omgedoopt in 'prestatiegesprekken'. In deze prestatiegesprekken worden tussen divisiedirectie en afdelingsmanagement, afdelingsmanagement en teammanagers en teammanagers en medewerkers prestatieafspraken gemaakt. Doel van deze prestatieafspraken is om wederzijdse verwachtingen over te leveren prestaties helder en concreet te maken. Daarnaast stelt dit de manager in staat om tussentijds op prestaties bij te sturen om zo de organisatiedoelen te realiseren. Deze organisatiedoelen zijn kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing. In prestatiegesprekken worden medewerkers beoordeeld op hun werkresultaten; de behaalde productie, correcte en tijdige registratie en het correct bijhouden van patiëntendossiers (Bron: map prestatiegesprekken, Altrecht).

Het gevaar van het opstellen van individuele taakstellingmodules en het invoeren van prestatiegesprekken is dat daarmee perverse effecten in de hand worden gewerkt. Volgens de Bruijn (2001: 89) komen perverse van prestatiemeting namelijk maximaal tot uiting wanneer de productiedoelstellingen worden doorvertaald naar het individuele niveau.

5.3.2 Prestatiegericht werken binnen de Kei

Productieafspraken

De Kei heeft productieafspraken met verschillende financieringsbronnen, hoofdzakelijk de AWBZ en de zorgverzekeraar. Deze afspraken verschillen voor de kliniek en het ambulante team. De kliniek wordt gefinancierd vanuit de AWBZ en moet op jaarbasis een bedbezetting van 96% halen. Dit betekent dat de bedden in de kliniek bijna constant gevuld dienen te zijn. Het ambulante team heeft productieafspraken met de zorgverzekeraar over het aantal cliëntcontacten per jaar. Deze cliëntcontacten worden sinds 2008 op basis van DBC's (Diagnose Behandel Combinaties) gedeclareerd. Voor ambulante hulpverleners geldt een target van zeven cliëntcontacten per dag. Daarnaast wordt in de DBC methodiek gewerkt met normtijden. Er staat 45 minuten voor directe tijd (face to face contact met de cliënt) en 15 minuten voor indirecte tijd (telefoontjes over cliënt, rapportage schrijven) per cliënt. De teammanager ambulant ervaart dit als een hoge target, omdat in

de DBC's geen rekening wordt gehouden met reistijden en *no-shows* (cliënten die hun afspraak zijn vergeten). Het ambulante team werkt *outreaching*, wat betekent dat ze naar de cliënt toegaan. De normtijden houden geen rekening met de reistijden van de ambulante hulpverleners en worden ook niet vergoed. Daarnaast komen *no-shows* vrij vaak voor vanwege de zorgmijdende doelgroep waarmee de Kei werkt. Voor deze *no-shows* krijgt de Kei eveneens geen vergoeding. Doordat een deel van de ambulante productie ook binnen de kliniek plaatsvindt (cliënten kunnen daar ook gebruik maken van ambulante hulpverlening), ontstaan er zogenaamde 'weglekuren' naar de kliniek. Dit heeft ertoe geleid dat de target voor de ambulante hulpverleners naar beneden is bijgesteld naar vijf cliëntcontacten per dag.

Aansturen op en communicatie over productie

De teammanagers en psychiater binnen de Kei dienen verantwoording af te leggen over de productie die ze behalen aan de algemeen manager van Wier. De algemeen manager geeft aan de verschillende afdelingen te sturen en af te rekenen op de productie die ze draaien. Opvallend is dat de teammanagers en behandelaren van de Kei niet ervaren dat ze door de algemeen manager expliciet worden afgerekend op de productie die ze draaien. De teammanager kliniek zegt hierover: *"Zolang ik er zelf fanatiek mee bezig ben en we lopen niet heel erg achter, dan bemoeit hij zich er niet mee. Want we hebben één keer in de drie maanden kwartaalcijfers en dan wordt er wel gekeken of je je productie haalt"*. De algemeen manager vindt het belangrijk dat de afgesproken productienormen worden gehaald, zowel geen onder- als overproductie. Onderproductie komt voor als de productieafspraken over bijvoorbeeld het aantal te behandelen cliënten niet wordt behaald. Overproductie is wanneer men meer dan de afgesproken hoeveelheid cliënten behandelt. Verzekeraars gaan tegenwoordig al na twee maanden in plaats van na een jaar kijken wat een afdeling heeft gepresteerd en stellen vervolgens op basis daarvan hun vergoeding bij voor de rest van het jaar. Volgens de algemeen manager is daardoor de druk op productie per maand groter geworden. Naast het nakomen van productieafspraken naar externe partijen spelen interne productieafspraken ook een rol. Wanneer een afdeling overproductie draait, kan deze overproductie worden 'afgeroomd' naar een andere afdeling binnen Altrecht die onderproductie heeft gedraaid.

De teammanagers ambulant en kliniek zijn goed op de hoogte van de productieafspraken die voor hun team gelden. De behandelaren zijn niet bekend met de precieze productieafspraken, maar geven aan dat het in principe de bedoeling is dat de kliniek continu vol zit. Ze worden daar als behandelaren niet persoonlijk op afgerekend, maar voelen dit wel als hun verantwoordelijkheid. Volgens de behandelaren is het de bedoeling dat zodra een cliënt uit de kliniek wordt ontslagen de volgende dag

een nieuwe cliënt wordt opgenomen. Dit veroorzaakt wel een productiedruk, omdat dit niet altijd mogelijk is. Op het nakomen van de productieafspraken stuurt de teammanager kliniek wel aan: *“Ja ik let daar wel op. Het is heel vervelend want dan hebben we gewoon een leeg bed en soms twee lege bedden. En dan loop ik wel naar de behandelaren te pushen dat ze dat bed moeten vullen”*. Ook de groepsleiding op de kliniek heeft volgens de teammanager kliniek weet van de productieafspraken. De manager is echter van mening dat het zijn taak is om ervoor te zorgen dat de productie door iedereen gemakkelijk wordt gehaald. In beoordelingsgesprekken, die tegenwoordig prestatiegesprekken worden genoemd, worden medewerkers volgens de teammanager niet afgerekend op de productie die ze draaien. De medewerkers zouden hier pas op worden afgerekend als dit volgens hem echt nodig zou zijn. Onduidelijk is wanneer dat punt is bereikt.

De ambulante hulpverleners binnen de Kei zijn bekend met de target over het aantal cliëntcontacten per dag en de normtijden. Ze worden hier naar eigen zeggen niet op afgerekend omdat ze als team een overproductie draaien. Dit betekent dat ze meer dan het aantal vereiste cliëntcontacten per jaar hebben. De teammanager ambulant geeft aan dat ze medewerkers niet persoonlijk afrekent op de productie die ze draaien, maar dat ze er wel op let of haar team de productieafspraken haalt. Als het nodig is past ze de taakstellingen van medewerkers aan of kijkt ze of uren op een andere manier kunnen worden gegenereerd. *“Ik heb bijvoorbeeld collega’s die heel veel cliënten zien, maar veel korter en collega’s die weinig cliënten zien, maar veel langer en dat compenseert dat zo een beetje. Daar ben ik wel naar aan het kijken en daar stuur je wel op aan”* (teammanager ambulant, de Kei).

Productiviteitsnormen

Volgens het jaarverslag van Altrecht uit 2009 zou er een persoonlijke taakstellingsmodule worden ingevoerd voor alle behandelaren, waardoor de behandelaren afgerekend kunnen worden op de door hen geleverde hoeveelheid productie. Binnen de Kei geven alle drie de behandelaren aan niet bekend te zijn met een persoonlijke taakstellingsmodule. Oftewel omdat die er niet is, oftewel omdat die niet naar hun toe is gecommuniceerd. Ze zijn echter alle drie bang dat deze persoonlijke taakstellingen vroeg of laat ook binnen de Kei worden ingevoerd. Volgens een behandelaar is er bij andere instellingen, zoals het particuliere PsyQ, al wel sprake van ‘persoontargets’. *“Het gaat er steeds meer naar toe dat je wordt afgerekend op gesprekscontacten. Dat moeten we allemaal in onze Psygis, dat heet agenda, daar moeten we dan inzetten ik heb Pietje Puk gesproken en dan moet er te zien zijn wat we hebben besproken”* (behandelaar, de Kei).

5.3.3 Prestatiegericht werken binnen Wier forensisch – Altrecht

Wier forensisch heeft productieafspraken met justitie en de ABWZ wat betreft de bedbezetting van de kliniek en de ambulante contacten. De productie voor justitie wordt op basis van DBBC's (Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie) gedeclareerd. De manager kijkt per kwartaal of de productieafspraken worden gehaald. Medewerkers worden niet op hun persoonlijke productiviteit afgerekend. De psychologe beaamt dit, zij voelt zich echter wel persoonlijk verantwoordelijk voor de bedvulling van de kliniek. Vooral het evenwicht tussen cliënten vanuit justitie en de AWBZ is belangrijk in de verdeling van de bedden. Volgens de maatschappelijk werker stuurt de manager zoveel mogelijk aan op het vullen van alle bedden. De afdeling heeft bijvoorbeeld vijf bedden voor mensen die zelfstandig kunnen wonen. Als er voor deze bedden geen geschikte kandidaten zijn en bedden langer dan een week leegstaan, wordt de manager zenuwachtig.

Volgens de manager is de druk op productie de afgelopen jaren wel hoger geworden. Deze druk vindt hij echter ook gezond: *“Ik vind het ook niet meer dan normaal dan dat je op behalen van je productie wordt aangestuurd, want we dienen een publieke zaak, zowel geld uit de volksverzekeringen, als uit de algemene verzekeringen, daar moet je hard op sturen. De manier waarop de tarieven tot stand komen is echter een gedrocht”*. De manager probeert het naar de medewerkers toe echter zo min mogelijk over de productietargets te hebben om de druk zo bij medewerkers weg te houden. Dat lukt echter niet altijd en hoeft volgens hem ook niet altijd, omdat bedden niet leeg mogen staan en aanmeldingen snel moeten worden verwerkt.

5.3.4 Prestatiegericht werken binnen afdeling Eleos

De afdeling van Eleos heeft productieafspraken met de zorgverzekeraar op basis van de oude NZA (Nederlandse Zorg Autoriteit) – parameters, maar moet wel declareren in DBC's. De afdelingsmanager bij Eleos heeft er bewust voor gekozen om over de productieafspraken open te communiceren met de medewerkers en kijkt wekelijks of de productienormen in de kliniek worden gehaald. Behandelaren worden hier niet individueel op afgerekend omdat er nog geen persoonlijke productiviteitsnormen zijn. Als er te weinig productie wordt gedraaid wordt hier binnen het team open over gepraat en probeert de manager de behandelaren tot *ambassadeurschap* aan te zetten. Met ambassadeurschap wordt bedoeld dat de behandelaren als 'ambassadeurs' de eigen kliniek meer op de kaart zetten bij collega-behandelaren van andere instellingen. Een druk op het behalen van de productienormen is er alleen op het moment dat de norm niet wordt gehaald, op de momenten dat het goed gaat heeft niemand daar meer last van volgens de manager.

5.3.5 Tot slot

Productieafspraken in de vorm van het aantal bezette bedden of cliëntcontacten zijn van belang voor de afdelings- en teammanagers van de Kei, Wier forensisch en Eleos. In de meeste gevallen proberen de managers deze prestatiedruk weg te houden bij de medewerkers. De medewerkers zijn wel bekend met de productieafspraken, maar worden niet afgerekend op hun persoonlijke productiviteit. Behandelaren binnen de Kei hebben echter wel het idee dat het daar steeds meer naar toe gaat. Kijkend naar het jaarverslag 2009 van Altrecht is dit een reële gedachte. Het instellen van taakstellingmodules en prestatiegesprekken heeft tot doel om medewerkers te beoordelen op hun productiviteit. De manier waarop prestatiegericht werken zich heeft geuit binnen de Kei en Wier forensisch komen grotendeels overeen. Belangrijk verschil is dat Wier forensisch heeft te maken met productie-eisen vanuit zowel de AWBZ als justitie. Dit is een complicerende factor voor de sturing op productie, wat ook te zien zal zijn in paragraaf 5.4. Binnen de afdeling van Eleos legt de manager nadruk op open communicatie over de productienormen en een gezamenlijke verantwoordelijkheid in het behalen van de productie. Dit verschilt ten opzichte van de Kei en Wier forensisch, waar wel wordt gecommuniceerd over productieafspraken, maar de productiedruk zoveel mogelijk wordt weggehouden bij de medewerkers.

5.4 Gevolgen van prestatiegericht werken

Deze paragraaf gaat in op de gevolgen die prestatiegericht werken met zich mee brengt volgens managers en professionals binnen de GGZ (deelvraag 2). De gevolgen die zich binnen de Kei manifesteren dienen als uitgangspunt. Deze worden aangevuld met voorbeelden vanuit de *check-cases* Wier forensisch en Eleos en gekoppeld aan de literatuur vanuit het theoretisch kader. Binnen de casestudy's brengt prestatiegericht werken ten eerste meer interne en externe transparantie met zich mee, maar zorgt het daarmee tegelijkertijd voor een verantwoordings- en een registratiedruk. Ten tweede kan prestatiegericht werken een *incentive* geven voor strategisch gedrag. In de derde plaats kan het innovatievermogen en de ambities van een organisatie blokkeren. Tot slot kan prestatiegericht werken tot gevolg hebben dat een hogere prestatie- en werkdruk wordt *ervaren* door medewerkers.

5.4.1 Transparantie

Registratie is in de medische sector een normaal gegeven. De registratie vindt plaats in het patiëntendossier, ten behoeve van de onderlinge communicatie en om de geleverde zorg te

declareren. De respondenten binnen de Kei, Eleos en Wier forensisch staan niet negatief ten opzichte van registratie, aangezien zij allemaal de meerwaarde ervan inzien voor de onderlinge communicatie en voor het op peil houden van de zorg. Door 'schrijven' worden namelijk belangrijke dingen omtrent cliënten vastgelegd die van belang kunnen zijn voor de verdere behandeling van de cliënt. Daarnaast zien de respondenten registratie ook als een middel om verantwoording af te leggen over hun werk. Immers: *"Elke arts moet kunnen vertellen waarom die heeft gedaan wat die heeft gedaan, dat is in de basis ook goed vind ik"* (behandelaar, de Kei).

Voorstanders van prestatiemeting in de literatuur zien prestatiemeting als een elegante manier van verantwoording afleggen. Instellingen hebben een verantwoordingsplicht richting de overheid en de maatschappij. Prestatiemeting bewerkstelligt volgens hen transparantie en maakt inzichtelijk welke producten een organisatie levert (De Bruijn, 2001 en 2004). Afdelingsmanager bij Eleos beaamt dat prestatiegericht werken tot meer transparantie leidt. Volgens haar wordt door middel van prestatiemeting duidelijk wat de organisatie doet, waardoor dat naar de buitenwereld ook helder kan worden gemaakt (externe transparantie). Daarnaast zorgt prestatiemeting ervoor dat beter wordt nagedacht over wat er binnen de organisatie wordt gedaan, waarom dat zo wordt gedaan en of dat eigenlijk wel de beste manier is (interne transparantie).

Ondanks dat respondenten de positieve gevolgen van registratie zeker inzien, ervaren zij de toenemende administratieve druk voornamelijk als een negatieve ontwikkeling. *"Heel veel dingen schieten gewoon hun doel voorbij. Ik vind dat ik soms meer bezig ben met administratie dan dat ik met directe klanten kan werken"* (behandelaar, de Kei).

5.4.2 Verantwoordings- en registratiedruk

"Als we ergens hinder van hebben is het niet eens zozeer dat het erg over prestaties gaat, de tendens is heel erg dat je steeds meer administratie krijgt in de zorg. Iedereen zegt dat moet niet, maar het gaat wel altijd over wantrouwen en dat je je moet verantwoorden" (behandelaar, de Kei). Alle drie de behandelaren binnen de Kei en de teammanager en maatschappelijk werker bij Wier forensisch geven expliciet aan dat de administratieve lasten zijn gestegen vanuit een verantwoordingsdruk. De roep om verantwoording in de zorg komt volgens hen vooruit uit een systeem van wantrouwen en achterdocht. *"Ik heb toch het idee dat het toeneemt (de administratieve last) en dat in ieder geval we er allemaal veel scherper op letten, omdat je het gevoel hebt dat er een soort wantrouwen bij komt kijken en dat je er op afgerekend zou kunnen worden"* (behandelaar, de Kei). De teammanager van

Wier forensisch stelt dat met name de DBC methodiek vanuit een paranoïde visie is ontwikkeld. *“Je moet je voorstellen dat een bakker de hele dag moet bijhouden nu ben ik aan het kneden, dat is code 139. Nu doe ik de gist erbij, dat is code 113. Nu zet ik de mixer aan, dat is code 131. Wat mij betreft is het de waanzin ten top”*.

De invoering van DBC's heeft tot gevolg gehad dat de administratieve druk is toegenomen. Vijf respondenten binnen de Kei geven dit expliciet aan. *“Ja veel meer schrijven. Je moet ieder contact schrijven en je kunt niet schrijven geen bijzonderheden. In het schrijven moet duidelijk zijn dat er een behandelgesprek is geweest”* (teammanager ambulante, de Kei). De teammanager kliniek ziet aan de mensen die werken met de DBC's dat ze altijd achterliggen of eerder moeten stoppen met hun werk. *“Zoals Rob die geeft dan hier houtbewerking met groepjes en dan moet hij een uur eerder stoppen om te gaan registreren, terwijl ik liever heb dat hij een uur langer doorwerkt met die jongens”*. De ambulante hulpverleners zijn van mening dat veel van de registratie puur wordt gedaan voor de zorgverzekeraar en amper toegevoegde waarde heeft voor de behandeling van de cliënten. Behandelaren binnen de Kei werden lange tijd uit de wind gehouden voor de administratieve druk door het secretariaat. Sinds kort moeten zij echter hun eigen agenda (Psygis) gaan bijhouden en daarin alle cliëntcontacten accorderen. Daarnaast levert het aanvragen van een indicatie, wat voor AWBZ cliënten verplicht is, veel administratieve rondslomp op voor de behandelaren.

Ook door de respondenten van Eleos en Wier forensisch wordt een toename aan registratiedruk ervaren door de invoering van de DBC's. De afdeling binnen Eleos moet een dubbele boekhouding leveren omdat ze prestatieafspraken hebben op basis van de oude AWBZ-parameters, maar moeten declareren in DBC's. Volgens de afdelingsmanager is de druk voor de medewerker heel groot geworden, omdat ze *alles* moeten registreren. De forensische kliniek heeft sinds 2008 te maken met DBBC's (Declaratie Behandeling en Beveiliging Combinatie) en moet daardoor ook meer registreren. Vooral de teammanager geeft af op het systeem. Naar zijn mening werkt het alleen maar bureaucratie in de hand en gaat de registratietijd ten koste van cliëntentijd. Medewerkers worden er onrustig van, omdat onduidelijk is waar ze op worden afgerekend. Ten slotte is de manager van mening dat de kwaliteit er niet bij is gebaat en de kosten juist stijgen in plaats van dalen.

Toenemende administratie kan volgens Tonkens (2003) en de Bruijn (2004) bureaucratie in de hand werken, doordat de organisatie gaat investeren in bureaucratische competenties om de eigen prestaties zo goed mogelijk te kunnen meten en controleren. Daarnaast stellen Noordegraaf en

Sterrenburg (2009b) dat de grote nadruk op het registreren van de handelingen kan leiden tot een grotere ervaren administratieve druk. Binnen Altrecht kunnen de in paragraaf 5.3.1 genoemde Psygis, het productieregistratiesysteem voor behandelaren, en de DBC-meter, waarin informatie wordt opgeslagen over de status van een DBC, als voorbeelden van bureaucratische competenties worden genoemd.

5.4.3 Gaming the numbers

Naast een toename van verantwoordings- en registratiedruk, kan prestatiegericht werken volgens verscheidende auteurs (De Bruijn, 2001 en 2004; Pollitt, 2003; Van Thiel & Leeuw, 2002) strategische gedrag in de hand werken. Daarmee doelen de auteurs op het verhogen van de productie volgens de criteria van het meetsysteem, zonder dat die productieverhoging enige betekenis heeft. De Bruijn (2001) noemt dit verschijnsel '*gaming the numbers*'; prestaties bestaan alleen op papier en hebben geen of een zeer beperkte maatschappelijke betekenis. Strategische gedrag binnen de Kei wordt door de behandelaren en de teammanagers zoveel mogelijk vermeden. Een behandelaar binnen de Kei gaf echter wel aan een bepaalde frictie te ervaren om cliënten te weigeren bij onderproductie: *"Ik voel wel de druk en als er dan iemand voor m'n neus staat die dan snel kan komen en ik zie geen heel groot bezwaar dan vind ik het wel moeilijk om daar niet aan toe te geven"*. De teammanagers zijn wel op zoek naar creatieve oplossingen om de productienormen te halen. De teammanager kliniek schrijft bijvoorbeeld mensen die maar voor één of twee weken gebruik maken van de crisisbedden van de kliniek wel in op basis van de AWBZ. Normaal wordt dit gedaan op basis van DBC's. Op deze manier heeft de kliniek een tijdje een bedbezetting van meer dan 100%, waardoor ze de volgende maand iets meer speling hebben op de bedbezetting. In dergelijke situaties is het halen van productie dus wel leidend, maar gaat het niet ten koste van de kwaliteit van de zorg. De teammanager ambulans zoekt wel naar creatieve oplossingen, zoals de weglekuren naar de kliniek, maar bedenkt geen uren die er niet zijn.

De teammanager van Wier forensisch is van mening dat de DBC methodiek fraude uitlokt. Het systeem geeft volgens hem vooral een impuls om goed na te denken over hoe contacten kunnen worden geboekt zodat ze het meeste geld opleveren. Het is een stimulans om vooral goed en handig te registreren, in plaats van goed te behandelen. De gegenereerde gegevens hebben volgens de teammanager weinig binding met de werkelijkheid.

5.4.4 Blokkeren van innovatievermogen en ambities

Binnen de Kei heeft de invoering van de DBC methodiek tot gevolg gehad dat sommige zorg *gratis* wordt geleverd om dezelfde zorg als voorheen te kunnen blijven leveren. Zorg die volgens het DBC systeem niet onder de behandeling valt of die langer dan de normtijd duurt, kan niet worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Zou de Kei zich strikt houden aan de behandelingskaders, de target en de normtijden, dan zouden ze niet meer de zorg kunnen leveren die ze willen leveren. Zoals in paragraaf 5.3.2 al aan bod kwam hebben ambulante hulpverleners officieel gezien een target van zeven cliëntcontacten per dag en geldt er voor ambulante cliëntcontacten een directe tijd van driekwartier en een indirecte tijd van een kwartier. Het ambulante team is bekend met de target en de normtijden, maar houdt zich hier niet aan. De teammanager ambulant kiest er bewust voor om dit niet te doen. *“Stel een cliënt wil een dag naar het graf van zijn moeder in Drenthe. Eigenlijk kun je dat niet doen, terwijl dat voor een behandeling heel zinnig zou kunnen zijn. Dus als het daarover gaat zou je heel veel zorg niet meer kunnen geven, terwijl dat voor ons een basis is voor een behandeling”*. Als het ambulante team zou werken zoals de DBC methodiek van hen vraagt zou meer productie kunnen worden gedraaid, maar zou een bezoek aan het graf in Drenthe of het begeleiden van een cliënt naar de huisarts onmogelijk zijn.

Uit bovenstaande kunnen twee dingen worden geconstateerd. In de eerste plaats wordt het bieden van zorg buiten de behandelkaders van de DBC of langer dan de normtijd ontmoedigd, doordat het niet wordt bekostigd. Het ontmoedigen van zorg buiten de DBC systematiek om kan tot gevolg hebben dat ambities en het innovatievermogen van de instelling worden geblokkeerd. In de literatuur (De Bruijn, 2001; Pollitt 2003; Van Thiel & Leeuw, 2002) wordt dit als een pervers effect van prestatie metingen genoemd. Bij de Kei komt dit perverse effect niet tot uiting, omdat ze op dit moment nog de vrijheid hebben om dat stukje extra zorg *gratis* te verlenen. Bij de afdeling binnen Eleos komt dit perverse effect al wel meer tot uiting. Zorg die niet kan worden gedeclareerd wordt door de afdeling over het algemeen niet gegeven. Soms is er wel een mouw aan te passen, maar ze kunnen niet altijd de zorg verlenen die ze het liefst zouden willen leveren. Binnen de Kei is echter ook de vraag hoe lang het verlenen van *gratis* zorg nog mogelijk is. Een behandelaar binnen de Kei stelt: *“We krijgen dat wel te horen en als devies mee, ho we zijn teveel dingen gratis aan het doen, waardoor je gewoon minder betaald werk kan doen. En je capaciteit gaat gewoon omlaag en daar proberen we wel op te letten. Want dat wordt steeds strenger. Daarin zeggen wij, dat stapje extra dat wij lopen wordt lang niet altijd meer betaald en dus moet het wel omlaag”*.

In de tweede plaats geeft de DBC methodiek een stimulans om meer te gaan produceren. Volgens de literatuur (Pollitt, 1990; Osborne & Gaebler, 1992; De Bruijn, 2001) is sturing op *output* een prikkel om beter te gaan presteren. Dit lijkt op het eerste gezicht een positief effect. Binnen de Kei zien we echter de keerzijde van deze prikkel. Zoals de Bruijn (2001) ook aangeeft kan prestatiegericht werken wel leiden tot een verhoging van de productie, maar is het mogelijk dat deze productie in professioneel opzicht geen of zelfs een negatieve betekenis heeft. Als het ambulante team binnen de Kei zou werken zoals de DBC methode van ze vraagt, zouden ze meer productie gaan draaien, maar minder tijd hebben voor cliënten. Dit gaat in hun ogen ten koste van de kwaliteit van de zorg. De verhoging van de productie zou in professioneel opzicht dan een negatieve betekenis hebben.

5.4.5 Prestatie- en werkdruk

De respondenten binnen de Kei zien met name bij andere instellingen dat prestatiegericht werken een prestatiedruk met zich mee brengt. Mensen op andersoortige afdelingen moeten bijvoorbeeld 75% van hun tijd declarabel zijn. Dit betekent dat over 75% van de werktijd verantwoording afgelegd dient te worden in termen als cliëntentijd, vergadertijd, enzovoort. Of er wordt bijvoorbeeld meer aangestuurd op het behalen van targets waardoor hulpverleners hun cliëntentijd moeten inkorten. Alle respondenten geven aan dat de prestatiedruk binnen de Kei nog niet zo hoog is als dat die in sommige andere instellingen volgens hen al wel is.

Binnen de afdeling van Eleos en Wier forensisch is de prestatiedruk nog niet zo hoog als respondenten binnen de Kei over andere instellingen stellen. Volgens respondenten binnen Eleos en Wier forensisch komt dit omdat ze nog niet werken met persoonlijke productiviteitsnormen waar medewerkers op af worden gerekend. Wel ligt er binnen Wier forensisch een druk op het vullen van de bedden, hier zal in paragraaf 5.5.2 verder op in worden gegaan. Respondenten binnen zowel Eleos als Wier forensisch stellen dat met name binnen ambulante afdelingen de prestatiedruk hoog ligt, omdat medewerkers daar op hun productiviteit worden afgerekend.

Ondanks dat respondenten binnen de Kei aangeven dat prestatiedruk met name binnen andere instellingen hoog is, ervaren de behandelaren en een ambulante hulpverlener dat deze druk wel steeds meer gaat toenemen binnen de Kei. *“Hier is het toch wel dat je soms een beetje druk voelt, tenminste dat is nu de laatste tijd gekomen, van ooh ik moet wel zoveel cliënten zien per dag want anders kom ik misschien niet aan m'n target. Dus dat ga je steeds wel meer voelen, maar aan het begin was dat helemaal niet zo”* (ambulante hulpverlener, de Kei). Daarnaast ervaren vooral de behandelaren een toename in de werkdruk binnen de Kei. Dit hangt nauw samen met de

administratieve druk. *“Wil je aan de eisen van de administratie voldoen dan moet dat af van andere tijd. Terwijl, stel dat ik daar een uur zou zitten en ik heb goede gesprekken met mensen dan is dat eigenlijk inhoudelijk veel meer waard dan dat ik een of andere brief op orde heb. Ja ik rafel de tijd dan toch maar af omdat ik anders hier in de knoei kom. Er blijft altijd een stuk werk liggen en ik offer regelmatig wat tijd van mezelf op om dingen af te maken”* (behandelaar, de Kei). Een andere behandelaar binnen de Kei stelt: *“Ik had voorheen al het gevoel dat ik hard werkte en dat heb ik nu nog meer. Ik merk dat ik thuis sneller geneigd ben om in te loggen om nog even wat af te maken omdat dat dan in je hoofd blijft hangen, meer dan voorheen. Het sluipt erin, want je wilt ook gewoon je klantcontacten goed bijhouden”*.

5.4.6 Tot slot

Prestatiegericht werken brengt verschillende gevolgen met zich mee voor GGZ-instellingen. In de eerste plaats wordt met name een toename van een verantwoording- en registratiedruk ervaren. Alle respondenten binnen zowel de Kei, als Wier forensisch en Eleos gaven aan een toename aan administratieve lasten te ervaren. De respondenten zien dat als een negatieve ontwikkeling, omdat *alles* moet worden geregistreerd en de registratie daarmee zijn doel voorbij schiet. Vooral de behandelaren ervaren de toenemende registratie als een controle op hun werk vanuit een wantrouwend systeem. Ondanks de negatieve kanten aan registeren brengt het ook met zich mee dat de zorg transparanter en efficiënter wordt. Meer transparantie wordt bewerkstelligd doordat zorgverleners verantwoording afleggen over hun werk. Meer efficiëntie wordt bereikt doordat instellingen worden aangezet om na te denken over waarom ze dingen op een bepaalde manier doen. In de tweede plaats kan prestatiegericht werken strategisch gedrag tot gevolg hebben. Binnen de Kei wordt dit zoveel mogelijk vermeden. Binnen Wier forensisch lokt de DBC methodiek bijvoorbeeld uit om vooral goed en handig te registeren. In de derde plaats kan prestatiegericht werken tot gevolg hebben dat het innovatievermogen en de ambities van een organisatie worden geblokkeerd. Binnen de Kei wordt dit omzeild door zorg dan maar *gratis* te verlenen, zodat de kwaliteit van de zorg op peil blijft. Binnen de afdeling van Eleos heeft prestatiegericht werken ervoor gezorgd dat zorg die niet kan worden gedeclareerd niet meer kan worden verleend. Ten slotte kan prestatiegericht werken tot gevolg hebben dat een hogere prestatie- en werkdruk wordt *ervaren*. De onderzochte instellingen stellen met name dat binnen andere instellingen en binnen ambulante afdelingen de prestatiedruk erg hoog is. Toch wordt ook binnen de Kei ervaren dat zowel de prestatie- als werkdruk steeds hoger wordt.

5.5 Prestatiegericht werken en kwaliteit, een spanningsveld?

Deze paragraaf geeft antwoord op de vraag in hoeverre managers en professionals een spanningsveld ervaren tussen prestatiegericht werken en het bieden van kwaliteit (deelvraag 3). In paragraaf 5.5.1 wordt besproken in hoeverre managers en professionals binnen de Kei dit ervaren. Paragraaf 5.5.2 gaat in op de ervaringen van de managers en professionals binnen de *check-cases* Wier forensisch en Eleos.

5.5.1 De verhouding tussen prestatie en kwaliteit binnen de Kei

Managers

Uit de interviews binnen de Kei wordt duidelijk dat met name de algemeen manager van Wier een spanningsveld ervaart tussen prestatie en kwaliteit. Volgens hem is kwaliteit ondergeschikt geraakt aan productie. In tegenstelling tot de algemeen manager geven de teammanagers aan dit spanningsveld niet te ervaren binnen de Kei. Volgens de teammanagers is dit te danken aan het feit dat ze flexibel om kunnen gaan met de productie-eisen en de productieafspraken gemakkelijk worden gehaald. De teammanager ambulante is er echter van overtuigd dat een spanning tussen prestatie en kwaliteit wel zou optreden wanneer de creatieve oplossing met de kliniek, de 'weglekuren', niet langer mogelijk zou zijn en het ambulante team daadwerkelijk zou moeten werken zoals de DBC methodiek van hen vraagt. Dit zou betekenen dat medewerkers zeven cliëntcontacten van driekwartier per dag moeten hebben. Volgens de teammanagers is dat voor de doelgroep waarmee zij werken onmogelijk, omdat de DBC methodiek geen rekening houdt met reistijden, *no-shows* en crisissituaties waardoor medewerkers langer dan driekwartier bij een cliënt zijn. Door de oplossing met de kliniek hoeven afspraken met cliënten niet afgeraffeld te worden en hebben medewerkers de vrijheid om dingen te ondernemen met cliënten. Over de relatie tussen prestatie en kwaliteit zegt de teammanager kliniek: *"Zolang het elkaar nog niet bijt en zolang wij onze productieafspraken halen, kunnen mensen van alles en nog wat doen (..) Het hoeft elkaar dus niet altijd te bijten en daar moeten wij voor zorgen dat het elkaar niet bijt"*. De relatie tussen prestatie en kwaliteit omschrijft hij eerder als voorwaardenscheppend: *"Goede zorg leveren is het belangrijkste. Maar omdat het nou zo in elkaar zit dat je alleen goede zorg kunt leveren als je je productie hebt gehaald, want anders heb je minder geld voor het jaar daarop en zul je collega's moeten ontslaan, is productie ook belangrijk"*. Kortom, het halen van productietargets lijkt zodoende een manier om de financiën veilig te stellen om kwaliteit te kunnen leveren.

Dat de algemeen manager wel een spanningsveld ervaart tussen prestatie en kwaliteit en de teammanagers niet, is mogelijk te verklaren aan de hand van het onderscheid dat in de literatuur wordt gemaakt tussen de organisatie- en provisiologica (WRR, 2004). De algemeen manager opereert vanuit de organisatiologica. Hij is verantwoordelijk voor de doelmatigheid van zijn afdeling en legt hier verantwoording over af aan het hogere management. Binnen de organisatiologica staan doelmatigheidseisen voorop. De teammanagers zijn naast hun managementfunctie ook nog werkzaam als groepsleiding of casemanager. Zij staan dus dicht bij de professie en zijn samen met de professionals verantwoordelijk voor de primaire dienstverlening. De teammanagers moeten wel verantwoording afleggen over de doelmatigheid van hun afdeling, maar door hun professionele loyaliteit stellen ze kwaliteit daarbij voorop (zie paragraaf 5.6).

Professionals

Beide GZpsychologen binnen de Kei stellen dat ze van een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit weinig merken omdat de prestatiedruk zoveel mogelijk buiten de deur wordt gehouden. De psychiater ervaart meer dan de GZpsychologen een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit. Productie draaien speelt volgens haar wel degelijk een rol binnen de Kei, waarbij het soms meer om de vorm dan om de inhoud kan gaan. Dit is te verklaren door de dubbelrol die de psychiater heeft; zij is zowel behandelaar als inhoudelijk manager van de afdeling. In de literatuur wordt duaal management gezien als een manier om managers en professionals te laten coproduceren (WRR, 2004: 152-153). In haar functie als manager en professional zal zij daarom vaker dan de GZpsychologen wrijving tussen de organisatie- en de provisiologica ervaren. Desondanks is de psychiater van mening dat ze er binnen de Kei erg goed in zijn om te zoeken naar manieren waarop de kwaliteit van de zorg op peil kan worden gehouden. Opvallend is dat alle drie de behandelaren aangeven meer een spanningsveld tussen administratie en kwaliteit te ervaren dan tussen prestatie en kwaliteit. Door de verhoogde administratieve last hebben ze minder tijd voor cliënten. Minder tijd voor de inhoud doet af aan de kwaliteit van de zorg en kan dus een spanningsveld tussen administratie en kwaliteit veroorzaken.

Beide ambulante hulpverleners zeggen geen spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit binnen de Kei te ervaren. Zij ervaren dit echter heel verschillend. De ene ambulante hulpverlener ervaart absoluut geen spanningsveld, omdat de productie volgens hem gemakkelijk wordt gehaald. De andere ambulante hulpverlener stelt dat binnen de Kei nog geen sprake is van dit spanningsveld doordat alle collega's hard werken en overuren draaien om zowel de productie te halen als goede zorg te bieden. Het feit dat medewerkers overuren draaien om zowel de productie te halen als

kwaliteit te bieden geeft aan dat er wel sprake is van een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit, al wordt dat door de ambulante hulpverlener niet zo onder woorden gebracht. De overuren maken het mogelijk de gewenste hoeveelheid tijd aan een cliënt te besteden, terwijl de target (aantal cliënten) toch gehaald wordt. Doordat de teammanager ambulant open communiceert over de richtlijn van vijf cliënten zit dit wel in het achterhoofd van de ambulante hulpverlener, ondanks dat ze weet dat de teammanager de ambulante hulpverleners daar niet op afrekent. Dit verklaart mogelijk ook het verschil tussen de ambulante hulpverleners. De een weet dat hij niet op de target wordt afgerekend en kan deze target daarom loslaten. De ander houdt de target wel in het achterhoofd en probeert door harder te werken en overuren te maken de target te halen zonder dit ten koste te laten gaan van tijd voor cliënten.

5.5.2 De verhouding tussen prestatie en kwaliteit in de check – cases

Wier forensisch

Binnen de forensische zorg ervaren alle drie de respondenten een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit. Dit spanningsveld wordt veroorzaakt door een productiedruk op het aantal op te nemen cliënten. Deze druk uit zich in een snellere doorstroming van justitiabelen naar een reguliere kliniek. *“Je krijgt natuurlijk wel druk op je, van ja eigenlijk moet er iemand van de forensische kliniek doorstromen naar de gewone kliniek. Want we moeten weer een justitieel persoon opnemen, want daar hebben we productietekort van. Terwijl ik dan denk er kan helemaal niemand doorstromen van de afdeling, want ze zijn daar goed op hun plek”* (behandelaar, Wier forensisch). Een productietekort van justitiële cliënten ontstaat doordat de kliniek met zowel justitie als de AWBZ productieafspraken heeft. Wanneer teveel cliënten vanuit de AWBZ worden opgenomen ontstaat er een productietekort aan de kant van justitie. Dit heeft tot gevolg dat justitiabelen sneller worden doorgeplaatst om bedden vrij te maken voor het opnemen van nieuwe justitiabelen en dat er een tijdelijke stop komt op het opnemen van AWBZ klanten. De maatschappelijk werker en tevens opnamecoördinator stelt dat bedden nou eenmaal gevuld moeten worden en daarom mensen sneller worden doorgeplaatst dan dat ze er klaar voor zijn. Hij bevestigt dat daarmee risico's worden genomen en dit ten koste kan gaan van de kwaliteit. *“Dat is wel heel schrijnend, dat je niet meer kijkt naar de inhoud van de zorg, maar naar productieverhoudingen van je financieringsgeld”* (maatschappelijk werker, Wier forensisch). Volgens de behandelaar had de kwaliteit van de zorg er vooral het afgelopen jaar onder te leiden, toen regelmatig trajecten zijn mislukt. In dit nieuwe jaar is er meer balans gekomen tussen

prestatie en kwaliteit door de manier waarop de behandelaar het spanningsveld hanteert. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 5.6.

Afdeling Eleos

Binnen de afdeling van Eleos is er niet heel duidelijk sprake van een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit. Volgens de manager is er wel eens een spanningsveld, maar kan die om zoveel redenen optreden. Volgens de psychiater komt een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit wel voor, maar moet die zoveel mogelijk worden vermeden. Immers: *“Zonder inhoud geen geld, zonder geld geen inhoud”*. Een conflict tussen prestatie en kwaliteit is volgens hem niet vruchtbaar, omdat ze allebei van belang zijn en niet zonder elkaar kunnen.

5.5.3 Tot slot

Binnen de Kei wordt een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit met name ervaren door de algemeen manager. De teammanagers ervaren geen spanningsveld omdat ze flexibel om kunnen gaan met de productie-eisen en de productieafspraken gemakkelijk halen. Volgens de behandelaren wordt de productiedruk zoveel mogelijk buiten de deur gehouden. Anderzijds geeft de overuren die de ambulante hulpverlener draait om zowel de productie te halen als kwaliteit te bieden een indicatie dat er wel sprake is van een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit.

In vergelijking met de Kei is er binnen Wier forensisch wel duidelijk sprake van een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit. Met name de snelle doorstroom van cliënten ten behoeve van de productie kan ten koste gaan van de kwaliteit van de behandeling. Binnen de afdeling van Eleos wordt niet heel duidelijk een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit ervaren.

5.6 Omgaan met een spanningsveld

Deze paragraaf gaat in op de vraag hoe managers en professionals omgaan met het spanningsveld dat tussen prestatie en kwaliteit kan optreden (deelvraag 4). Allereerst wordt besproken welke instrumenten managers inzetten om met het spanningsveld om te gaan en om het buiten de deur te houden. Vervolgens worden de manieren waarop de professionals ermee omgaan besproken.

5.6.1 Instrumenten van de manager

Monitoren en resultaatverantwoordelijke eenheden

Zoals in de vorige paragraaf al aan bod kwam ervaart met name de algemeen manager een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit. Volgens hem valt er niet te ontkomen aan het spanningsveld en moeten altijd keuzes worden gemaakt. De algemeen manager kiest ervoor om zich met name bezig te houden met het nakomen van de productie-eisen. Dit doet hij door de productie van de afdelingen elke twee maanden te monitoren. Daarnaast worden binnen Wier binnenkort resultaatverantwoordelijke eenheden gerealiseerd om beter om te kunnen gaan met de productie-eisen. Resultaatverantwoordelijke eenheden zijn eenheden die volledige verantwoordelijkheid dragen voor de bedrijfsmatige keuzes die ze maken en het budget dat ze beheren. Hierdoor ervaren de eenheden zelf de financiële voor- of nadelen van hun keuzes. In principe houdt de algemeen manager zich dus vooral bezig met het nakomen van de productieafspraken en niet zozeer met kwaliteit. Toch blijft volgens hem de kwaliteit gewaarborgd door de bevoegenheid van de medewerkers bij Wier.

Hitteschild functie

Beide teammanagers binnen de Kei hanteren het spanningsveld door de kwaliteit van de hulpverlening voorop te stellen, maar er tegelijkertijd ook zorg voor te dragen dat de productieafspraken worden nagekomen. Op dezelfde manier kijkt de teammanager van Wier forensisch hier tegen aan. Volgens hem moet je zorgen dat je aan de verplichtingen voldoet, maar je verder op het leveren van inhoudelijk goede zorg richten. Alle drie de teammanagers proberen het spanningsveld zoveel mogelijk weg te houden bij medewerkers: *“Het is heel belangrijk en heel fijn om dat zoveel mogelijk bij de groepsleiders en ambulante hulpverleners vandaan te houden. Zij moeten gewoon lekker hun werk doen, wij controleren of het goed is, of je de productie haalt en als het goed is dan moet je mensen daar niet mee belasten”* (teammanager kliniek, de Kei). En de teammanager ambulant van de Kei stelt: *“Dus ik reken mensen meer af op het moment dat ze de zorg niet goed leveren dan dat ze hun uren niet maken. Ik kan het ook doen want we hebben een gigantische overproductie”*. De teammanager ambulant gaat op een flexibele manier om met het nakomen van de productieafspraken, door te zoeken naar manieren waarop uren kunnen worden gecompenseerd of gegenereerd (uren compenseren tussen collega's of weglekuren naar de kliniek). Mocht er toch een onderproductie ontstaan vanwege het bieden van langere zorg aan cliënten dan stelt ze: *“Ik vind wel dat we goede zorg moeten verlenen, we gaan de boel niet flessen, niet uren verzinnen die er niet zijn en dan is het zoals het is, dit is gewoon de werkelijkheid”* (teammanager ambulant, de Kei).

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat de teammanagers de productiedruk bewust weghouden bij de medewerkers. Volgens Noordegraaf (2008) kunnen managers er bewust voor kiezen om de medewerkers te beschermen door de zakelijkheid in aansturing op prestaties te verzachten en in perspectief te plaatsen. Dit wordt in de literatuur ook wel 'het opwerpen van een hitteschild' genoemd (Weggeman, 2007: 160). Op dit moment lukt het de teammanagers om het spanningsveld weg te houden bij de medewerkers, maar of dat altijd zo zal blijven is nog onzeker: *"Wat belangrijk is, is dat de managers en behandelaren zoveel mogelijk die spanning kunnen weghouden bij de 24uurszorg en bij het ambulante team. En dat lukt nu nog, maar er zal een keer een moment komen dat dat niet meer lukt"* (teammanager kliniek, de Kei).

Kostenbewustzijn

Ondanks dat de productiedruk, dat een spanningsveld met kwaliteit kan veroorzaken, zoveel mogelijk moet worden weggelaten bij de medewerkers, stelt de teammanager kliniek dat het wel belangrijk is om medewerkers bewust te maken van de uitgaven. De reden hiervoor is dat de Kei een bezuinigingstaakstelling heeft gekregen. Medewerkers zijn zich hier ook daadwerkelijk van bewust doordat de overuren die ze maken niet meer worden uitbetaald en ze moeten bezuinigen op reis- en telefoonkosten.

Open communicatie

Volgens de afdelingsmanager van een afdeling binnen Eleos valt een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit niet altijd te voorkomen. Wanneer een spanningsveld optreedt kiest zij ervoor om 'met elkaar in gesprek te gaan'. In tegenstelling tot de Kei en Wier forensisch kiest de afdelingsmanager van Eleos ervoor om open te communiceren over productiedruk. *"Ik vind dat iemand die begrijpt waarom dingen zijn zoals ze zijn daar ook verantwoordelijkheid voor kan dragen en ook moet weten waarom het zo is"*. Het nakomen van de productieafspraken ziet zij als een verantwoordelijkheid van het gehele team.

5.6.2 Professionals en het spanningsveld

Professionele loyaliteit

Zowel de psychiater binnen de Kei, de psychiater bij Eleos, als psychologe binnen Wier forensisch zoeken in hun werk naar een evenwicht tussen prestatie en kwaliteit. De psychiater van de Kei stelt: *"Dus je zoekt een beetje naar waar kan ik zondigen tegen allerlei afspraken zonder dat dat meteen*

m'n kop kost, zonder dat ik voor de tuchtcommissie beland, want dat is primair mijn verantwoordelijkheid. Ik vind de eisen van mijn beroepsgroep belangrijker dan de kapes van Altrecht (...) Je doet je best en je moet een redelijk goede neus hebben voor waar je nat kunt gaan". De psychiater moet aan haar beroepsgroep rekenschap afleggen over de inhoud van haar behandelingen. Tegelijkertijd moet zij ook rekenschap afleggen over de doelmatigheid van de afdeling aan de instelling waarvoor ze werkt. Dit is een typisch voorbeeld van de klassieke professional zoals Wilensky (1964) die definieert. Volgens Noordegraaf (2004: 199) zijn professionals niet per definitie loyaal aan de organisatie waar ze werken, maar eerder loyaal aan hun professie. Bij de uitoefening van hun beroep spelen professionele autonomie en professionele waarden een grote rol. Dit wordt duidelijk uit het voorbeeld van de psychiater bij de Kei. Beroepsgroepen kunnen op basis van inhoudelijke en institutionele controle macht uit oefenen (Freidson, 2001).

Dit spanningsveld ervaart de behandelaar binnen Wier forensisch ook. Zij zoekt naar een balans tussen prestatie en kwaliteit door meer tegengas te geven: *"Door schade en schande wordt je wijs. Je wilt natuurlijk wel de afdeling helpen, dus probeer je dan snel door te plaatsen, maar op een gegeven moment zie je dat dat helemaal niet de gewenste effecten heeft, ja dan stop ik ermee (...) Harder tegengas bieden, maar ondertussen wel voor ogen houden dat je die productie moet draaien. Daar ben ik natuurlijk ook voor, maar niet ten koste van alles".* Door verantwoordelijkheid voor de inhoud te nemen, zorgt de behandelaar ervoor dat tegenwicht wordt geboden aan de algemeen manager die verantwoordelijkheid draagt voor de productie. In haar ogen mag die discussie over inhoud en productie er ook zeker zijn tussen haar en de algemeen manager. Dit botst wel eens, maar nooit vervelend. Op de schaal van Noordegraaf (2008) kan hier gesproken worden van een geringe botsing. Er zijn tegenstellingen tussen de manager en de professional, maar de relatie tussen beide is niet onherstelbaar. Beide perspectieven hebben elkaar nodig om de juiste balans tussen prestatie en kwaliteit te vinden.

Harder werken

Zoals in paragraaf 5.4 en 5.5 al aan bod kwam heeft prestatiegericht werken tot gevolg dat de werkdruk voor professionals hoger wordt. Binnen de Kei gaan professionals harder werken om aan alle prestatie- en registratienormen te voldoen. De behandelaren geven aan dat de werkdruk hoger is geworden en dat ze regelmatig hun eigen tijd opofferen om dingen af te krijgen. Zoals in paragraaf 5.5 als is besproken geeft met name één van de ambulante hulpverleners aan harder te gaan werken en overuren te maken om zowel aan de productienormen te voldoen als kwaliteit te bieden. Alle

hulpverleners zijn erg betrokken bij de Kei en de cliënten van de Kei. Vanuit die betrokkenheid werken ze hard om zowel productie als kwaliteit te waarborgen.

Vrijheid in het werk

Ondanks dat de werkdruk hoog ligt ervaren de behandelaren dat zij uit de wind worden gehouden voor bepaalde prestatiedruk. *“Maar ik weet wel dat wij uit de wind worden gehouden voor bepaalde dingen, ook omdat wij net anders werken (..) dus we hebben daarin wel degelijk onze eigen methodiek en handelswijze in kunnen ontwikkelen en daarin werden we aardig vrij gelaten”* (behandelaar, de Kei). Volgens de behandelaren zijn de algemeen manager en teammanagers vrij sterk in het buiten de deur houden van het spanningsveld. Daarnaast heeft de Kei vrijheid in de uitvoering van de behandelingen doordat ze met een complexe doelgroep werken en met veel verschillende en complexe financieringsbronnen te maken hebben. De ambulante hulpverleners ervaren ook veel vrijheid in de uitvoering van hun werkzaamheden. Één van de ambulante hulpverleners stelt dat kwaliteit boven productie kan worden gesteld en het spanningsveld daarmee hanteerbaar blijft doordat: *“Je die vrijheid hebt, je schuift wat, je vraagt of collega’s even wat dingetjes voor jou overnemen, waardoor je toch wat meer tijd aan die cliënt kunt besteden. Je bent zo vrij dus ja, of dan doe ik op die dag even wat meer cliënten zodat ik op een andere dag wat meer tijd heb voor andere zaken”* (ambulante hulpverlener, de Kei).

5.6.3 Tot slot

Managers en professionals proberen op verschillende manieren het spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit buiten de deur te houden. De algemeen manager richt zich met name op het monitoren van de productie om tijdig op de productie bij te kunnen sturen. De teammanagers binnen de Kei en Wier forensisch fungeren als hitteschild omdat ze de productiedruk zoveel mogelijk proberen weg te houden bij de medewerkers. Tegelijkertijd probeert de teammanager kliniek binnen de Kei de medewerkers wel meer bewust te maken van de kosten van het werk. De professionals binnen de Kei, Wier forensisch en Eleos gaan vanuit hun professionele loyaliteit op zoek naar manieren om de kwaliteit te kunnen blijven waarborgen. Dit doen ze bijvoorbeeld door niet altijd toe te geven aan de productiedruk en harder tegengas te bieden. Tegelijkertijd zijn professionals ook loyaal aan de instelling waar ze werken en gaan ze harder werken om zowel aan de prestatie- en registratie eisen te voldoen en kwaliteit te bieden.

Hoofdstuk 6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten uit de empirie antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Deze beantwoording wordt vervolgens onderbouwd aan de hand van het beantwoorden van de empirische deelvragen. Tot slot worden de belangrijkste verschillen tussen de *in-depth casestudy* en de *check-cases* besproken.

Dit onderzoek heeft tot doel gehad om in kaart te brengen hoe managers en zorgprofessionals omgaan met een spanningsveld dat tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan optreden. Om dit in kaart te kunnen brengen is eerst onderzocht in hoeverre en op welke wijze dit spanningsveld zich binnen de GGZ heeft geuit. De visie en ervaringen van managers en zorgprofessionals stonden daarbij centraal. De vraag die gedurende het onderzoek centraal heeft gestaan luidt: *In hoeverre en op welke wijze is er sprake van een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg binnen de GGZ, en hoe gaan managers en zorgprofessionals daarmee om?*

Concluderend kan worden gesteld dat een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg optreedt wanneer de productieafspraken door een GGZ-instelling niet worden gehaald. Dit spanningsveld ontstaat doordat dan meer nadruk komt te liggen op 'productie draaien' wat ten koste kan gaan van kwaliteit van zorg. Het spanningsveld uit zich dan in minder tijd voor cliënten, snellere doorplaatsing van cliënten en een hogere werkdruk. Zolang de productieafspraken gemakkelijk worden gehaald hoeft er geen sprake te zijn van een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg. Managers en zorgprofessionals proberen gezamenlijk het spanningsveld zo goed mogelijk buiten de deur te houden en te zoeken naar een balans tussen productie en kwaliteit. Managers dragen er zorg voor dat de productienormen worden gehaald. Ze proberen echter zoveel mogelijk een productiedruk weg te houden bij de professionals door te fungeren als 'hitteschild'. Professionals proberen tegenwicht te bieden wanneer ze merken dat productie de boventoon gaat voeren. Daarnaast gaan ze harder werken en overuren maken om zowel kwaliteit te bieden als de productienormen te halen. Tussen managers en professionals vinden wel botsingen plaats met betrekking tot productie en kwaliteit, maar tot nog toe er is geen sprake van een breuk tussen de organisatie- en professionele logica. Managers staan namelijk dicht bij de professie en komen zelf uit het veld. Professionals zijn loyaal naar de instelling waar ze werken en vinden het belangrijk om een bijdrage te leveren aan de doelstellingen van de instelling.

6.1 Deelconclusies

In deze paragraaf worden de empirische deelvragen beantwoord. In de eerste twee deelconclusies wordt geen onderscheid gemaakt tussen de *in-depth case* en de *check-cases*, omdat er meer overeenkomsten dan verschillen zijn. In de laatste twee deelconclusies wordt wel een onderscheid gemaakt tussen de drie verschillende *cases*, vanwege significante verschillen.

6.1.1 Prestatiegericht werken

Prestatiegericht werken wordt door de respondenten gezien als het voldoen aan de productieafspraken en daar verantwoording over afleggen. Professionals ervaren het als een ontwikkeling waarbij niet zozeer wordt gekeken naar de inhoud van de zorg, maar alleen wordt gekeken naar de productiecijfers. Prestatiegericht werken heeft binnen de onderzochte instellingen uiting gekregen aan de hand van de productieafspraken over het aantal bezette bedden of cliëntcontacten waar de afdelingen zich aan moeten houden om financiering voor de geleverde zorg te ontvangen. Deze productieafspraken zijn met verschillende financieringsbronnen, als de AWBZ, zorgverzekeraar en justitie, gemaakt. Voor de afdelings- en teammanagers is het nakomen van deze productieafspraken van belang. Professionals zijn wel bekend met de productienormen, maar niet tot in detail. Voor hulpverleners werkzaam op een kliniek gelden nog geen productiviteitsnormen. Ambulante medewerkers hebben wel te maken met persoonlijke targets. Professionals hebben het idee dat het er steeds meer naar toe gaat dat ze op hun productiviteit worden afgerekend. Binnen Altrecht zijn hier in 2009 al instrumenten voor bedacht. In de praktijk blijken deze instrumenten wel gebruikt te worden, maar ervaren professionals niet dat ze middels deze instrumenten op hun productiviteit worden afgerekend.

6.1.2 Gevolgen van prestatiegericht werken

Prestatiegericht werken heeft binnen de onderzochte instellingen met name gezorgd voor een toename van de administratieve lasten. Doordat hulpverleners schriftelijke verantwoording moeten afleggen over *alles* ontstaat een registratiedruk. Professionals krijgen het gevoel dat ze vanuit een wantrouwend systeem worden gecontroleerd. Desondanks brengt registratie ook meer transparantie en efficiëntie met zich mee. In de tweede plaats lokt prestatiegericht werken strategisch gedrag uit, omdat instellingen op zoek gaan naar creatieve oplossingen en nadenken over hoe ze de zorg zo slim en handig mogelijk kunnen registeren. In de derde plaats kan prestatiegericht werken het innovatievermogen en de ambities van een instelling blokkeren. Doordat niet meer alle zorg die een zorginstelling verleent wordt vergoed op basis van de DBC's, zijn instellingen genoodzaakt om de zorg

of niet meer te leveren of om dit *gratis* te doen. De Kei verleent bijvoorbeeld zorg die zij niet kan declareren gratis (bijvoorbeeld cliëntcontacten die langer duren dan de normtijd). Ten slotte kan prestatiegericht werken tot gevolg hebben dat een hogere prestatie- en werkdruk wordt *ervaren*.

6.1.3 Een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit?

De Kei

Binnen de Kei wordt door de teammanagers, de behandelaren en ambulante medewerkers op het eerste gezicht geen spanningsveld ervaren tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg. Dit betekent niet dat ze nooit een spanning tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg ervaren, maar dat ze het spanningsveld nu zo goed mogelijk buiten de deur weten te houden. Onder de oppervlakte liggen een aantal veronderstellingen die er zorg voor dragen dat een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit niet tot uiting komt. In de eerste plaats wordt het behalen van de productie vergemakkelijkt door een 'uitruil-principe'. De Kei wordt afgerekend op de productie die ze als afdeling draaien en niet zozeer op de individuele productie van de medewerkers. Dit heeft tot gevolg dat uren tussen medewerkers kunnen worden gecompenseerd. In de tweede plaats maken ambulante cliënten ook gebruik van de diensten van de kliniek. Deze 'weglekuren' zorgen voor een ontlasting van het ambulante team. In de derde plaats zorgen de verschillende financieringsbronnen en de complexe doelgroep waar de Kei mee werkt voor meer vrijheden in het werken met de DBC-methodiek. In de vierde plaats draait de Kei momenteel een overproductie, waardoor er geen grote druk op het behalen van de productienormen ligt. In de vijfde plaats wordt zorg die niet kan worden gedeclareerd *gratis* verleend om de kwaliteit van de zorg te blijven waarborgen. Ten slotte kan het feit dat een ambulante medewerker expliciet aangeeft overuren te maken om zowel aan de prestatie-eisen te voldoen als goede zorg te blijven verlenen een indicatie zijn van het maskeren van een spanningsveld binnen de Kei.

Wier Forensisch

Respondenten binnen Wier forensisch ervaren een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit vanwege een productiedruk. Deze productiedruk is ontstaan doordat de afdeling onderproduceert op de productieafspraken met justitie. Productiedruk zorgt ervoor dat het halen van productie de boventoon gaat voeren, waardoor kwaliteit van zorg onder druk komt te staan. Dit gebeurt binnen Wier forensisch wanneer cliënten sneller worden doorgeplaatst om ruimte te maken voor de opname van nieuwe cliënten of om lege bedden te voorkomen. De kwaliteit komt dan onder

druk te staan, omdat behandelingen een minder grote kans van slagen hebben en trajecten mislukken.

Afdeling Eleos

Binnen de afdeling van Eleos wordt een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit ervaren, maar deze is niet constant aanwezig.

6.1.4 Omgaan met een spanningsveld

De Kei

Managers en professionals binnen de Kei proberen het spanningsveld zo goed mogelijk buiten de deur te houden. De algemeen manager houdt zich voornamelijk bezig met het in kaart brengen van de productie van de verschillende afdelingen om hier zo nodig op bij te kunnen sturen. De teammanagers van de Kei stellen dat kwaliteit op de eerste plaats komt. Productie moet worden gehaald om kwaliteit te kunnen blijven bieden, dus houden de teammanagers de productie van de afdeling wel zo goed mogelijk in de gaten. De teammanagers proberen de productiedruk echter zoveel mogelijk weg te houden bij de hulpverleners door te fungeren als een 'hitteschild'. Tegelijkertijd probeert de teammanager kliniek de medewerkers meer bewust te laten worden van de kosten. Reiskosten worden nou eenmaal niet door de zorgverzekeraar vergoed en moeten vanwege de bezuinigingstaakstelling zo laag mogelijk worden gehouden. Professionals zoeken naar manieren om kwaliteit en productie samen te laten gaan. Ze zijn zich ervan bewust dat de productie moet worden gehaald omdat de afdeling anders een financieel probleem heeft. Hierdoor schipperen professionals wel eens tussen productie en kwaliteit. Vanuit hun professionele loyaliteit staat kwaliteit echter wel voorop. Daarnaast gaan professionals harder werken, overuren maken en offeren ze eigen tijd op om zowel aan de prestatie- en registratienormen te voldoen als kwaliteit van zorg te bieden.

Wier forensisch

Vanwege de loyaliteit van de professional aan de instelling heeft de organisatieloga een tijd lang de boventoon kunnen voeren. Doordat de professional bemerkte dat dit ten koste ging van de kwaliteit van de behandelingen en onrust bracht op de kliniek is zij meer tegengas gaan geven. Dit heeft tot gevolg gehad dat cliënten nu minder snel worden doorgeplaatst en de organisatie- en provisieloga meer in balans zijn gekomen waardoor de kwaliteit meer wordt gewaarborgd.

Afdeling Eleos

De afdelingsmanager zet voornamelijk in op open communicatie met de professionals. Het behalen van de productie wordt binnen de afdeling als een gezamenlijke verantwoording van manager en professionals gezien.

6.2 De Kei in vergelijkend perspectief

Respondenten binnen de Kei stellen dat het spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg binnen andere instellingen veel groter is. Om die reden is er met respondenten binnen een andere instelling en binnen een andere afdeling van Wier gesproken. Binnen Wier forensisch is het spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit inderdaad groter. Dit wordt veroorzaakt doordat zij een juiste balans moeten vinden in het aannemen van cliënten vanuit de AWBZ of justitie. Binnen de afdeling van Eleos wordt een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit wel ervaren, maar is die nog niet dermate groot dat de kwaliteit van de zorg daar erg onder lijdt.

Binnen alle drie de afdelingen worden professionals nog niet op hun persoonlijke productiviteit afgerekend. Professionals zijn echter bang dat persoonsgebonden productiviteitsnormen op de korte termijn wel worden ingevoerd. Respondenten van zowel de Kei, Wier forensisch als Eleos gaven aan dat de productiedruk met name voor ambulante medewerkers binnen ambulante afdelingen hoog ligt en medewerkers daar op hun persoonlijke productie worden afgerekend. Doordat de kliniek en het ambulante team van de Kei samen zorg dragen voor de ambulante productie is de productiedruk op het ambulante team volgens de respondenten van de Kei nog niet dermate hoog als binnen andere ambulante afdelingen.

6.3 Tot slot

Uit de casestudy wordt duidelijk dat een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg kan optreden wanneer een organisatie onderproduceert. Wanneer er overproductie is, is dit spanningsveld minder voelbaar. Factoren als de organisatiecontext, de doelgroep, de financieringsbronnen en de mate waarin de manager aanstuurt op productie, zijn bepalend voor de manier waarop het spanningsveld zich uit binnen de verschillende organisaties. Binnen de Kei heeft het spanningsveld zich door deze factoren niet geuit, terwijl dit binnen Wier forensisch wel het geval is. Binnen de afdeling van Eleos voert het spanningsveld niet de boventoon, omdat er sprake is van een balans tussen productie en kwaliteit.

Hoofdstuk 7. Discussie

In dit laatste hoofdstuk wordt middels een inhoudelijke discussie de verwachtingen vanuit de literatuur en de bevindingen bediscussieerd. Vervolgens vindt een methodologische discussie plaats over de gebruikte methode en technieken in dit onderzoek. Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

7.1 Inhoudelijke discussie

De verwachting vanuit het theoretische gedeelte van dit onderzoek was dat prestatiegericht werken een problematische verhouding met kwaliteit van zorg zou opleveren. Deze problematische verhouding zou tegelijkertijd kunnen zorgen voor een *clash* tussen de organisatie- en professionele logica, omdat managers aansturen op doelmatigheid en professionals eerder loyaal zijn aan hun professie dan aan de instelling waar ze werken.

In de eerste plaats blijkt uit dit onderzoek dat prestatiegericht werken alleen een problematische verhouding oplevert met kwaliteit wanneer een instelling onderproduceert, dus wanneer de productienormen niet worden gehaald. De druk om productie te draaien wordt verhoogd en dat kan ten koste gaan van inhoudelijke kwaliteit. Zolang de productienormen gemakkelijk worden behaald hoeft er geen sprake te zijn van een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit. Van een spanningsveld tussen prestatiegericht werken en kwaliteit van zorg is dus niet per definitie sprake.

In de tweede plaats blijkt uit dit onderzoek dat de scheidslijn tussen de organisatie- en professionele logica niet zo helder is als in de literatuur wordt gesteld. De relatie tussen managers en professionals is niet zwart-wit. Managers en professionals binnen de onderzochte GGZ-instellingen proberen gezamenlijk een spanningsveld tussen prestatie en kwaliteit te vermijden. Er ontstaat wel eens een botsing doordat managers meer gericht kunnen zijn op het behalen van de productie en professionals meer op de inhoud van hun werk. Deze botsingen worden door respondenten echter ook als productief aangeduid omdat daarmee een betere balans tussen prestatie en kwaliteit ontstaat. Deze botsingen hebben tot nu toe nog niet geleid tot een kloof tussen de organisatie- en professionele logica. Managers staan namelijk dicht bij de professie doordat ze zelf uit de sector komen. Professionals zijn naast hun loyaliteit naar hun professie ook loyaal naar de instelling waar ze werken en vinden het belangrijk om een bijdrage te leveren aan de doelstellingen van de instelling. In

de literatuur wordt te weinig rekening gehouden met deze samenwerking tussen managers en professionals die beide vanuit hun eigen professie rekening houden met elkaar.

7.2 Methodologische discussie

Een kwalitatief onderzoek leent zich om complexe processen en betekenissen die mensen daaraan geven te begrijpen en om sociale verschijnselen te beschrijven en te verklaren. Vanwege de omvang en de kwalitatieve aard van dit onderzoek kunnen echter geen kwantitatieve conclusies worden getrokken die geldend zijn voor de gehele GGZ sector. De resultaten zijn gebaseerd op veertien diepte-interviews binnen drie verschillende afdelingen van twee GGZ-instellingen. Het onderzoek heeft tot doel gehad om de ervaringen en betekenisgeving van managers en zorgprofessionals binnen de GGZ te beschrijven en te verklaren.

Kwalitatief onderzoek is voor een groot gedeelte gebaseerd op de interpretatie van de data door de onderzoeker. Er hebben interviews plaatsgevonden met vijf managers en acht professionals. Vier van de vijf managers waren de directe leidinggevendenden van de zorgverleningsteams. Er is met één algemeen manager gesproken. Voor volgend onderzoek zou het interessant zijn om ook hoger in de lijn van de organisatie te kijken.

7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

7.3.1 Vergelijking Rechtspraak en Medische sector

New Public Management (NPM) heeft voor een bedrijfsmatige focus gezorgd over de hele lengte van het publieke domein. Door NPM is een nadruk komen te liggen op sturing op prestaties en het koppelen van prestaties aan de financiering. Prestatiebeprestiging is behalve bij de GGZ ook ingevoerd bij de rechtspraak, politie en ziekenhuizen. Binnen de politie en de rechtspraak is deze invoering vrij geruisloos gegaan. In de gezondheidszorg heeft de invoering van prestatiebeprestiging echter tot veel weerstand geleid onder professionals. Artsen en rechters zijn het prototype van de klassieke professional. Hoe kan het dat de invoering van prestatiebeprestiging zoveel weerstand oproept bij artsen, maar we weinig horen van rechters?

7.3.2 Vergelijking Ziekenhuiszorg en GGZ

Het behandelen van een depressie is niet hetzelfde als het behandelen van een gebroken been. Prestatiebeprestiging is in de ziekenhuiszorg al in 2005 ingevoerd. De GGZ is pas later gevolgd, in

2008. Is er door medisch specialisten in de ziekenhuiszorg anders gereageerd dan door professionals in de GGZ? Hoe verhouden deze twee zich tot elkaar? Welke overeenkomsten en verschillen zijn zichtbaar tussen de manier waarop beide professionals omgaan met de gevolgen van de invoering van prestatiebekostiging? Dit zijn interessante vragen voor een vervolgonderzoek naar prestatiebekostiging in de medische sector.

7.3.3 Vergelijking met ambulante afdelingen

Respondenten binnen alle drie de cases van dit onderzoek gaven aan dat de prestatiedruk met name bij ambulante hulpverleners op ambulante afdelingen hoog is. Ambulante hulpverleners werken volgens de respondenten meer met persoonlijke targets en worden afgerekend op hun persoonlijke productiviteit. De reden hiervoor kan zijn dat productieafspraken die voor ambulante hulpverlening met de zorgverzekeraar worden gemaakt binnen ambulante afdelingen sneller worden doorvertaald naar het individuele niveau, omdat ambulante hulpverleners individueler te werk gaan. Binnen de klinieken van Wier forensisch en Eleos wordt ook op basis van DBC's gewerkt, maar doordat in teams wordt gewerkt, worden productietargets minder snel doorvertaald naar het individuele niveau. De Kei heeft een creatieve oplossing gevonden. Daar wordt het ambulante team ook op basis van DBC's bekostigd, maar door de samenwerking met de kliniek (die overigens op basis van de AWBZ wordt bekostigd) ervaren de hulpverleners geen enorme productiedruk.

Gedurende dit onderzoek is een ambulante afdeling benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Deze afdeling heeft haar medewerking niet verleend om de volgende reden: *"We hebben het momenteel erg druk binnen de poli (polikliniek waar cliënten heen komen voor hun afspraak) en medewerkers zijn al behoorlijk belast"*. Hieruit kan in ieder geval geconcludeerd worden dat de werkdruk op de afdeling momenteel hoog is. Of dit een verband houdt met productiedruk kan op basis van deze informatie niet worden geconcludeerd. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou daarom zijn om dit onderzoek binnen ambulante afdelingen uit te voeren. Interessant zou zijn om de uitkomsten van een onderzoek binnen ambulante afdelingen te vergelijken met de uitkomsten van dit onderzoek.

7.3.4 Herhaling van onderzoek in de toekomst

Veel GGZ-instellingen zitten momenteel nog in de overgangsfase tussen bekostiging op basis van de AWBZ en DBC's. Dit betekent dat instellingen wel moeten declareren in DBC's, maar de bekostiging nog aan de hand van de oude AWBZ-parameters plaatsvindt. Om die reden zou het interessant zijn om ditzelfde onderzoek uit te voeren over een aantal jaar wanneer de DBC-bekostiging volledig is

ingevoerd in alle GGZ-instellingen. Een dergelijk onderzoek zou inzichtelijk kunnen maken welke gevolgen volledige prestatiebekostiging heeft voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast zou dat ook relevant zijn met het oog op de steeds verdergaande bezuinigingen op de zorg. De Kei levert momenteel sommige zorg gratis om bepaalde zorg te kunnen blijven leveren. Wat zal er met dit stukje zorg gebeuren wanneer instellingen meer moeten bezuinigen? Vindt er dan kwaliteitsvermindering plaats?

Literatuurlijst

- Aa, W. van der & T. Elfring (2003). *Management van dienstverlenende bedrijven*. Schoonhoven: Academic Service
- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs
- Boyne, G.A., et al (2003) *Evaluating Public Management Reforms. Principles and practice*, Buckingham: McGraw-Hill, Open University Press
- Bruijn, H. de (2001) *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Utrecht: uitgeverij Lemma
- Bruijn, H. de (2004) *Meetbaarheid en maakbaarheid. Over de perverse gevolgen van Prestatiemeting*. Geraadpleegd via: www.academischeboekengids.nl
- Deetz, S. (1996). Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science*, 7(2), 191-207.
- Denzin, N.K., & Y.S. Lincoln (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Field, P.A., & J.M. Morse (1996). Principles of Analyzing Data. In P.A. Field & J.M. Morse (Eds.), *Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches* (pp. 91-115). Cheltenham: Stanley Thorens Ltd.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the Third Logic*. Cambridge: Polity Press
- Gastelaars, M. (1997) *Human Service' in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties*, Utrecht: swp.
- Hart, H. 't, H. Boeije & J. Hox (2005). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs
- Havenaar, J., P. van Splunteren en J. Wennink (2008) *Koersen op kwaliteit in de GGz*. Assen: Van Gorcum.
- Herweijer, M. (2010). Effecten van prestatiebekostiging. In: Verlet, D. en D. de Vos (red.) *Efficiëntie en effectiviteit van de publieke sector in de weegschaal*. pp. 93 – 99. Brussel: Josée Lemaitre
- Hoof, F. van, A. Knispel, D. Meije, B. van Wijngaarden en J. Vijselaar (2010) *Trendrapportage GGZ 2010, deel 1 Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Jansen, P., A. de Waal (2004) *Prestatiemanagement van betrokkenheid in de publieke sector*, in *Gedrag & Organisatie*, vol 17 (6).

- Jansen, T., G. van den Brink en J. Kole (2009) *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Leffers, F., T. Emons en C. Klaver (2008) GGZ-professionals laat u horen! In: *De psycholoog* november 2008. Pp 646-648
- Noordegraaf, M. (2004) *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*, Bussum: Coutinho.
- Noordegraaf, M. (2008). *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Den Haag: Uitgeverij Lemma
- Noordegraaf, M. (2011a) Prestatiemanagement. In Noordegraaf M., K. Geuijen & A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Lemma
- Noordegraaf, M. (2011b) Er zijn grenzen aan (lastige) vermenging van bedrijfsmatige en professionele standaarden. In Lamé, J. (red). *Spookrijders in de zorg. Pleidooi voor gezondheidszorg zonder meldplicht, privacyschending, afbraak van instituties, en zonder megalomane systemen*. Pp. 85-90. Delft: Eburon
- Noordegraaf, M. en J. Sterrenburg, (2009a). Publieke professionals en verantwoordingsdruk. In: Bovens, M.A.P & T. Schillemans (red). *Handboek Publieke verantwoording*. pp. 231-253. Den Haag: Lemma
- Noordegraaf, M. en J. Sterrenburg (2009b) De lasten van administratieve lasten voor professionals, In Th. Jansen, G. van den Brink & J. Kole (red.). *Beroepstrots*. Den Haag: SDU.
- Noordegraaf, M., K. Geuijen en A. Meijer (2011) Inleiding. In Noordegraaf M., K. Geuijen & A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Lemma
- Noordegraaf, M. en K. Geuijen (2011) Maatschappelijke opdrachten en publiek management. In Noordegraaf M., K. Geuijen & A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Lemma
- Osborne, D. en T. Gaebler (1992) *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, New York: Plume.
- Palm, I., F. Leffers, T. Emons, V. van Egmond, S. Zeegers (2008, oktober) *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Wetenschappelijk bureau SP en actiegroep Zorg geen Markt
- Plexus en BKB (2010) *Werken aan de Zorg, Kosten & Kwaliteit*, in opdracht van ministerie van VWS, op www.werkenaandezorg.nl
- Pollitt, C. (1990) *Managerialism in the public services: The Anglo-American experience*, Oxford: Basic Blackwell.
- Pollitt, C. (2003) *The essential Public Manager*, Maidenhead: McGraw-Hill

- Pollitt, C. en G. Bouckaert (2000) *Public management reform: A comparative analysis*, Oxford: Oxford University Press.
- Ridderbos, M. (2011) Financieel Management. In Noordegraaf M., K. Geuijen & A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Lemma
- Rigter H., F van Mierlo en S. Meijer (2010) Wat is forensische psychiatrie? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> , 23 juni 2010.
- Thiel, S. van, F.L. Leeuw (2002) *The performance paradox in the public sector*, in Public Performance & Management Review, vol. 25 (3), 267-281
- Thiel, S. van (2007). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Thiel, S. van (2009). Prestatiemeting in de publieke sector. In: *Overheidsmanagement*, 1, januari 2009
- Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*, Utrecht: nizw.
- Trappenburg, M. (2011) Professionals en managers. In Noordegraaf M., K. Geuijen & A. Meijer (red.), *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Lemma
- Tummers, L. (2010) *De bereidheid van GGZ-professionals om te werken met DBC's*. (proefschrift) Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Smullen, A. (manuscript). Institutionalizing professional conflicts through financial reforms.: The case of DBCs in Dutch Mental Healthcare. In Noordegraaf, M. & B. Steijn, *Professionals Under Pressure (working title)*. Amsterdam University Press.
- Waal, A.A. de en L.A.F.M. Kerklaan (2004) *De resultaatgerichte overheid*, in Public Controlling, vol. 9.
- Walburg, J.A. (1999). *Kwaliteit en gezondheidszorg*, in: Bestuurskunde, vol. 8:6, pp. 268-280
- Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie. Schiedam: Scriptum
- Wilensky, H.L. (1964) *The professionalization of Everyone?*, in: The American Journal of Sociology, vol LXX:2, pp 137-158

Bronnenlijst

- Altrecht (2011) *Wier*. Geraadpleegd via: <http://www.altrecht.nl/eCache/INT/52/919.htm>
- Altrecht (2010) *Jaardocument en Jaarrekening 2009*. Geraadpleegd via: <http://altrecht.nl/eCache/INT/53/234.html>
- Baltesen, F. (2008, 21 juni) Psychotherapeut wil ook een keer naar wc. In: *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd via: http://www.zorggeenmarkt.nl/opinie/080621-nrc-psychotherapeut_wil_ook_een_keer_naar_de_wc.pdf
- CIBG (2011) *BIG Register*. Geraadpleegd via: <http://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/default.aspx>
- DBC Onderhoud (2011) *Zorgprofielen GGZ 2011*. Geraadpleegd via: [http://www.dbconderhoud.nl/GetDocument.aspx?DocumentID=10024&name=Zorgprofielen-GGZ-2011---totaalbestand-\(v20100910\)&rnd=634307878366103560](http://www.dbconderhoud.nl/GetDocument.aspx?DocumentID=10024&name=Zorgprofielen-GGZ-2011---totaalbestand-(v20100910)&rnd=634307878366103560)
- De Gelderlander (2008, juli 21) Psychische zorg onder druk. In: *De Gelderlander*. Geraadpleegd via: <http://www.gelderlander.nl/algemeen/dgbinnenland/3447946/Psychische-zorg-onder-druk.ece>
- HKZ (2008) *Onderbouwing HKZ-model versie 2008*. Geraadpleegd via: <http://www.hkz.nl/images/stories/publicaties/def%20HKZ%20Onderbouwing%20HKZ%20model.pdf>
- Gemeente Utrecht (2011) *WMO in Utrecht*. Geraadpleegd via: <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=349477>
- GGZ Nederland (2011) *'Financiering GGZ'*. Geraadpleegd via: <http://www.ggz nederland.nl/beleid-in-de-ggz/beleidsthemas/financiering-ggz/wmo.html>
- GGZ Wegwijzer (2011) *De Kei*. Geraadpleegd via: http://www.ggzwegwijzer.nl/organisatie/department_detail.asp?id=27
- KiesBeter.nl (2011) *Organisatie van de GGZ*. Geraadpleegd via: <http://www.kiesbeter.nl/patienteninformatie/ggz/organisatievandeggz/default.aspx>
- Rijksoverheid, 2011a. *Geestelijke gezondheidszorg*, Geraadpleegd via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg>
- Rijksoverheid, 2011b. *Behandeling van Psychische problemen*, Geraadpleegd via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/behandeling-van-psychische-problemen>
- Rijksoverheid, 2011c. *AWBZ stap voor stap*, Geraadpleegd via:

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/awbz-zorg-stap-voor-stap>

- Rijksoverheid, 2011d. *Vergoeding van GGZ*, Geraadpleegd via:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vergoeding-van-ggz>
- Rijksoverheid, 2011e. *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, Geraadpleegd via:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>
- Rijksoverheid, 2011 f. *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*, Geraadpleegd via:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo>