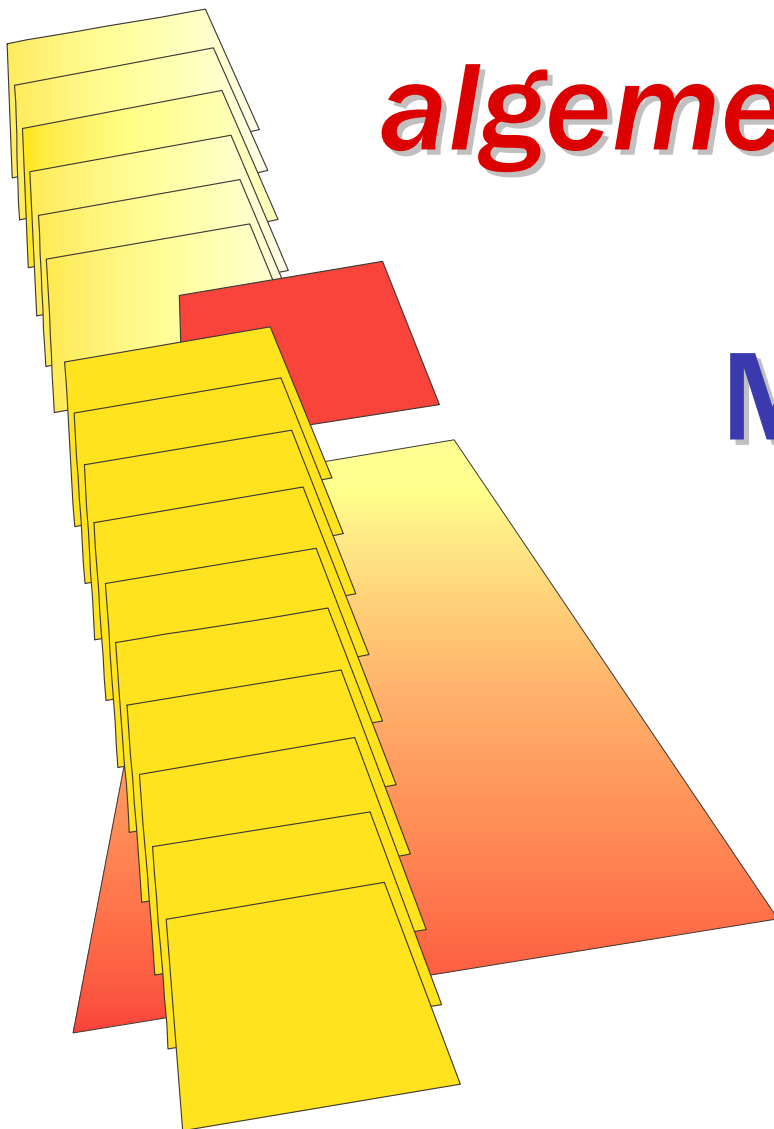




# ***Spiegelinformatie Jaarbericht algemene GGZ***

## **Mentaal**

## **2001**



**Werkgroep Output-2  
Ontwerp v.3 (aangevuld)**

## COLOFON

De Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland) is de brancheorganisatie van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Vrijwel alle instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn lid.

GGZ Nederland wil de politiek en het algemene publiek bewustmaken van het belang van een goede geestelijke gezondheidszorg met de daarvoor benodigde financiële middelen en passende wet- en regelgeving. Tevens ondersteunt GGZ Nederland haar leden bij het realiseren en verbeteren van preventie en zorgverlening aan mensen met problemen rond geestelijke gezondheid en verslaving.

De instandhouding en de verbetering van de informatievoorziening over de GGZ is een belangrijk instrument voor de realisering van deze doelen. GGZ Nederland coördineert de standaardisatie van de belangrijkste begrippen en treedt op als verantwoordelijke voor de landelijke informatievoorziening van de GGZ en de producten die hieruit voortkomen.

Landelijk bestaat vanaf januari 2000 een integraal informatiesysteem over de zorgverlening in de geestelijke gezondheidszorg en het niet-ambulante deel van de verslavingszorg. Gegevens voor dit systeem, ZORG-IS genaamd, worden per kwartaal aangeleverd. Daarnaast zijn er jaarlijkse enquêtes over het personeel (GPI), de financiën (Financiële Statistiek) en het zorgaanbod (Jaarenquête GGZ).

In opdracht van GGZ Nederland fungeert Prismant, Instituut van en voor de zorg, als bewerker van deze landelijke registraties. Uit dien hoofde zal Prismant vanaf 2002 spiegelinformatie uit het landelijk registraties gaan verstrekken naar de instellingen.

Deze publicatie bevat het ontwerp van de Spiegelinformatie Jaarbericht algemene GGZ voor de denkbeeldige instelling Mentaal. Alle cijfers in het ontwerp zijn fictief!

Uitgever: GGZ Nederland  
Australiëlaan 14 b  
Postbus 8400  
3503 RK Utrecht  
t 030 287 3333  
f 030 289 4870  
e [info@ggz nederland.nl](mailto:info@ggz nederland.nl)

Publicatienummer: 2001-166

Prijs: fl. 25,-/ € 11

### **Bestellingen**

Per fax o.v.v. het publicatienummer, aantal, ter attentie van en verzendadres. Voor publicaties waaraan kosten zijn verbonden ontvangt u een acceptgiro.

De toezending van een elektronische versie van de publicatie in pdf-formaat per e-mail kan zonder kosten worden aangevraagd bij Marlyn Kelly [mkelly@ggz nederland.nl](mailto:mkelly@ggz nederland.nl).



## **INHOUDSOPGAVE**

0	VOORWOORD	1
1	INLEIDING	3
1.1	Overzicht succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren	5
1.2	Samenvatting uitkomsten spiegelinformatie	7
2	STRATEGIE & BELEID	9
2.1	Consumptie algemene ggz in verzorgingsgebied	9
2.2	Marktaandeel instelling	11
3	MEDEWERKERS	13
3.1	Afgewogen personeelsopbouw	13
3.2	Evenwichtige in- en uitstroom personeel	13
3.3	Opleiding & bijscholing	15
4	MIDDELEN	17
4.1	Afgewogen inzet van middelen	17
4.2	Beheersing indirecte kosten	17
5	PROCESSEN	19
5.1	Spectrum stoornissen/aanmeldklachten	19
5.2	Maatverlenen in bereik en intensiteit zorg	23
5.3	In- en doorstroming cliënten algemene ggz	25
6	WAARDERING DOOR CLIËNTEN EN VERWIJZERS	27
7	WAARDERING DOOR MEDEWERKERS	29
7.1	Welbevinden personeel	29
8	WAARDERING DOOR DE MAATSCHAPPIJ (P.M.)	31
9	EINDRESULTATEN	33
A.	Operationele eindresultaten	33
9.1	Vermindering van klachten en stoornissen	33
9.2	Tijdige zorgverlening	35
9.3	Samenwerking behandelaar en cliënt	37
B.	Financiële eindresultaten	39
9.4	Realiseren van productieafspraken	39
9.5	Budgetbewaking	39
	VERANTWOORDING	41
	BIJLAGE: ONDERSTEUNING BENCHMARKING GGZ	1
	SAMENSTELLING REFERENTIEGROEP	4



## 0 VOORWOORD

GGZ Nederland is bezig met een ingrijpende vernieuwing van de landelijke registraties. De modernisering is erop gericht de landelijke informatievoorziening meer dienstbaar te maken voor de verantwoording en de sturing van de ggz op regionaal niveau. Voor dit doel wordt voor de directie en het management van instellingen een drietal informatieproducten ontworpen. De informatieproducten zijn geënt op de landelijke registraties die in beheer zijn bij Prismant. Een belangrijke voedingsbron vormt het nieuwe informatiesysteem ZORG-IS. Prismant, het instituut van en voor de zorg dat is voortgekomen uit de fusie van NZi en SIG, zal de nieuwe informatieproducten gaan uitgeven.

De producten brengen in beeld hoe een instelling vergeleken met branchegenoten presteert op een aantal relevante aspecten. Gespiegeld wordt met een referentiegroep van vergelijkbare instellingen en met de totale ggz-consumptie van het verzorgingsgebied. De spiegelinformatie is exclusief bedoeld voor de betreffende instelling.

Het voorliggende concept Spiegelinformatie Jaarbericht algemene GGZ is het tweede ontwerp in de nieuwe reeks. In mei 2001 verscheen het ontwerp Kwartaalbericht ZORG-IS. Dit bevat de overzichten die per kwartaal vanuit ZORG-IS zullen worden belicht. Een deel van deze overzichten is ook in het Jaarbericht opgenomen. Het Jaarbericht heeft een bredere scope dan het Kwartaalbericht. Het combineert informatie over de zorg met die over het personeel en de financiën. De gegevens worden ontleend uit ZORG-IS, de Financiële Statistiek, de Jaarenquête GGZ, het GPI en de databestanden van het CTG. Het Jaarbericht GGZ is te beschouwen als de opvolger van het oude NZi Management-informatiepakket. Het zal vanaf 2002 eenmaal per jaar verschijnen. Het streven is de informatie over het voorgaande jaar nog voor de zomer terug te rapporteren.

Kwartaal- en Jaarberichten zijn papieren uitgaven die de belangrijkste informatie op hoofdlijnen weergeven. Het zijn vooral signalementen. Als er opvallende of onverwachte uitkomsten zijn of om andere reden behoefte bestaat aan bredere of meer gedetailleerde informatie kunnen instellingen terecht in het landelijke Datawarehouse GGZ. Het landelijke Datawarehouse GGZ wordt het derde informatieproduct in de nieuwe reeks. Het is een gegevenspakhuis waarin de gegevens uit de landelijke enquêtes en registraties in voorbewerkte vorm elektronisch worden opgeslagen samen met relevante referentiegegevens zoals bevolkingscijfers. Het datawarehouse wordt via internet toegankelijk voor (staf)medewerkers van de lidinstellingen. Deze kunnen met behulp van een internetbrowser meer in detail informatie opvragen en nadere analyses verrichten. De software van het datawarehouse garandeert dat iedere gebruiker alleen toegang heeft tot het gegevensbereik dat in het gebruikersprofiel voor de instelling is vastgelegd. Het landelijk Datawarehouse GGZ wordt medio 2002 operationeel. GGZ Nederland heeft Prismant inmiddels opdracht gegeven met de bouw ervan te beginnen.

Het ontwerp Spiegelinfo Jaarbericht algemene GGZ is gemaakt voor een denkbeeldige instelling. Alle opgenomen cijfers zijn fictief. Het ontwerp is gericht op de algemene regionale functies van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. In 2002 zullen voor de categoriale geestelijke gezondheidszorg afzonderlijke, aangepaste jaarberichten worden ontworpen. De proeve van het Jaarbericht is onder verantwoordelijkheid van de werkgroep Output-2 uitgewerkt door Heijnen & Rozendaal Organisatie-adviseurs. GGZ Nederland houdt zich aanbevolen voor uw commentaar. U kunt hiervoor contact opnemen met Henk Heijnen, telefoon 020-4630629, of uw e-mail richten aan [h.heijnen@hradvies.nl](mailto:h.heijnen@hradvies.nl).



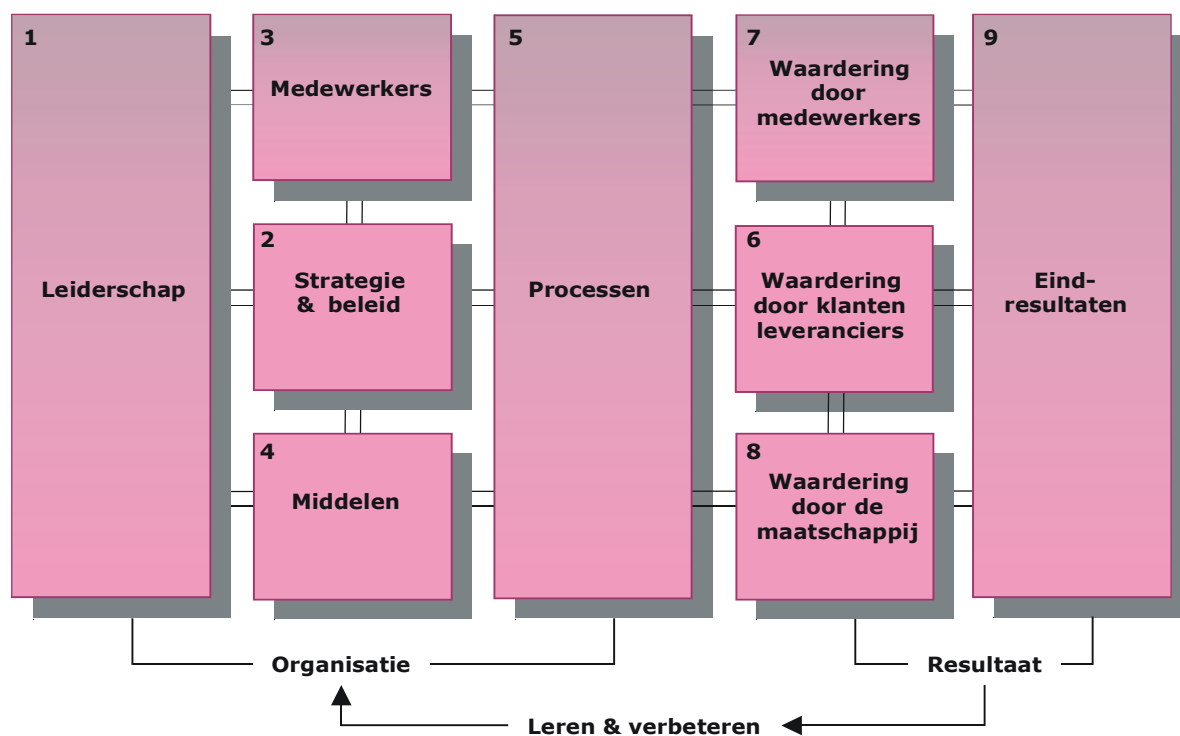
## 1 INLEIDING

Het Spiegelinfo Jaarbericht algemene GGZ sluit aan bij de systematiek die de werkgroep Output-2 heeft uitgewerkt voor een nieuwe landelijke informatievoorziening voor de sturing en verantwoording van de ggz. Deze systematiek kent twee ordeningsprincipes.

Het eerste is dat de landelijke informatieverzorging wordt toegespitst op een beperkte set van vitale succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren. De voorliggende set is afgeleid uit het onderzoek dat de werkgroep Output-2 heeft verricht naar de manier waarop ggz-managers, cliënten en financiers prestatie-indicatoren clusteren en rangordenen. Het Spiegelinfo Jaarbericht geeft voor zover de landelijke gegevensverzameling dit toelaat een of meer overzichten over de onderscheiden succesbepalende factoren. De informatiebehoefte kan in de loop van tijd enigszins verschuiven. Waar mogelijk wordt hiermee bij de ontwikkeling van het product rekening mee gehouden.

Het tweede ordeningsprincipe is dat de informatievoorziening moet aansluiten bij de besturingsmodellen die in de zorg worden gehanteerd om als instrument voor de sturing en verantwoording van de ggz te kunnen dienen. Momenteel zijn de Balanced Scorecard (BSc) en het kwaliteitsmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) de meest gangbare modellen voor de besturing in de ggz. Beide modellen hebben onderling een grote overlap. De werkgroep heeft voor de overzichten aansluiting gezocht bij het model met de meest gedetailleerde indeling. Van genoemde twee is dat het INK-model.

**Schema 1: Model Instituut Nederlandse Kwaliteit**



Het INK-model wordt in veel ggz-instellingen gebruikt om de organisatie te sturen en te verbeteren. Het model bevat negen aandachtsgebieden: vijf zogenaamde Organisatiegebieden en vier Resultaatgebieden. De Organisatiegebieden zijn voorwaardenschepend voor de Resultaatgebieden.



In schema 1 staan de velden naast elkaar als afzonderlijke stukken van een blokkendoos. Als met het INK-model wordt gewerkt ontstaat echter een verzameling van cirkels of regelkringen. De cirkelgang is die van: Plannen, Doen, Checken en Aanpassen.

Bij het werken met het INK-model speelt de informatievoorziening een belangrijke rol. Deze rol is gerichte en consistente feedback te verschaffen voor de invulling van de component van het Checken. Voor feedback kijkt men natuurlijk primair naar de beoogde uitkomsten in de resultaatgebieden. Omdat deze worden bewerkstelligd door de inrichting van de organisatie is het voor de sturing evenzeer belangrijk feedback te krijgen over de mate waarin de doelstellingen voor de organisatiegebieden zijn gehaald. Een effect van het werken met het INK-model is dan dat factoren, die voor het functioneren van de instelling belangrijk zijn, zowel afzonderlijk als in hun onderlinge verband in beeld worden gebracht. Men krijgt zo doende meer zicht op de samenhang.

Het INK-model wordt gebruikt voor het verbeterproces. Men loopt hiertoe de negen aandachtsgebieden met behulp van de informatievoorziening systematisch na. Ook in de meest uitgewerkte sturingsmodellen blijven echter nog vele interne en externe factoren buiten beeld die invloed kunnen hebben op de prestaties van een instelling. Om geleverde prestaties naar waarde te kunnen schatten is spiegelinformatie over de prestaties van vergelijkbare instellingen van groot belang. Het Spiegelinfo Jaarbericht GGZ laat daarom de instelling zien hoe deze ten opzichte van een referentiegroep van vergelijkbare instellingen scoort op relevante prestatie-indicatoren voor de onderscheiden aandachtsgebieden.

Het Spiegelinfo Jaarbericht GGZ wordt gevoed vanuit de landelijke ggz-registraties en het CTG. Hoewel wordt gewerkt aan verbetering van de landelijke registraties bestaan hierin nog een aantal lacunes. Niet alle aandachtsgebieden kunnen daarom nu al worden gevuld.

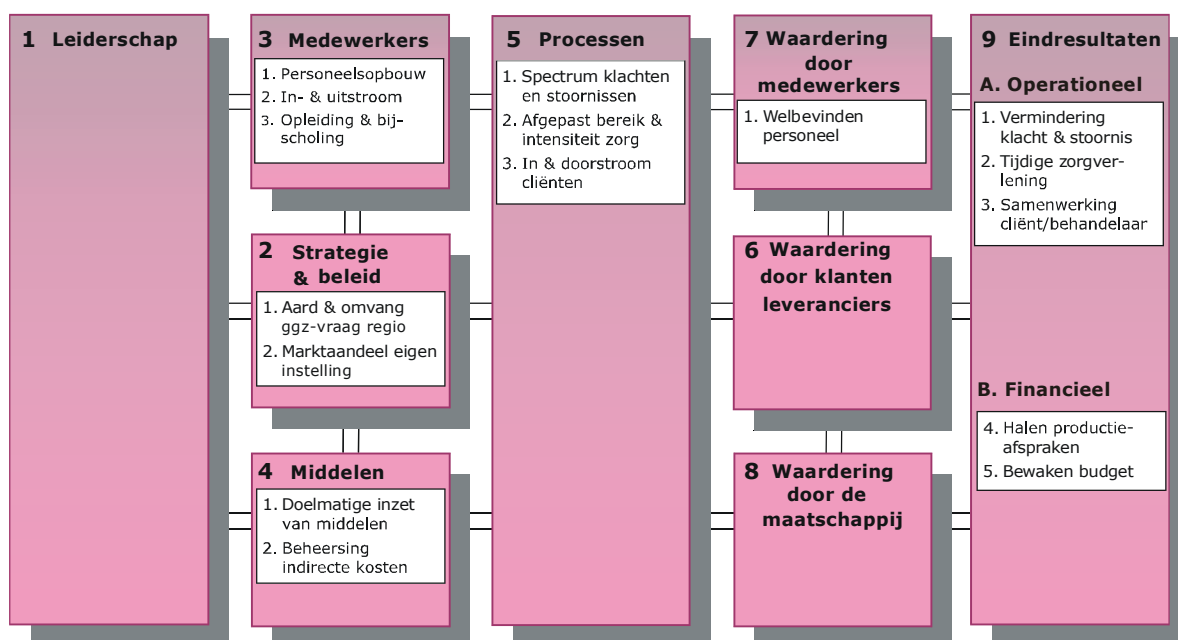
Voor het aandachtsgebied Leiderschap zijn landelijk nog geen succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren geformuleerd. Het Spiegelinfo Jaarbericht algemene GGZ gaat geheel aan dit aandachtsgebied voorbij. In de navolgende paragrafen komen wel de overige aandachtsgebieden aan de orde. Bij de nummering is de aanduiding aangehouden van het betreffende aandachtsgebied in het INK-model. Enkele aandachtsgebieden zoals 6. Waardering door cliënten en verwijzers en 8. Waardering door de maatschappij worden momenteel niet vanuit de landelijke informatievoorziening bestreken. GGZ Nederland zal het komend jaar aandacht besteden aan de invulling van deze gebieden.

Schema's 2 en 3 geven een overzicht van de succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren waarover in het Spiegelinfo Jaarbericht algemene GGZ wordt gerapporteerd. Bij de toedeling van de indicatoren aan de aandachtsgebieden van het INK-model is gelet op de uitkomsten van het onderzoek van Output-2 naar de samenhang tussen prestatie-indicatoren. Tijdigheid van zorgverlening en Samenwerking tussen cliënt en behandelaar, in onderzoek centrale factoren binnen het prestatiecluster Effectiviteit, zijn om die reden toebedeeld aan het aandachtsgebied Eindresultaten in plaats van dat van Processen. Wanneer de wachtlijstproblematiek een andere betekenis krijgt kan ook dit veranderen.

In verband met de start van het zorginformatiesysteem en vanwege de matige dekkingsgraad van enkele andere landelijke registraties in de laatste jaren wordt in de overzichten weinig gebruik gemaakt van trendcijfers. De branche is met steun van het ministerie VWS hard bezig de zorgadministratie en de externe aanlevering van de gegevens te verbeteren. De bedoeling is na enige tijd een spiegeling naar de situatie in de voorgaande jaren aan de Spiegelinfo Jaarberichten toe te voegen.

## 1.1 Overzicht succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren

**Schema 2 Weergegeven succesbepalende factoren per INK-aandachtsgebied**



**Schema 3 Weergegeven prestatie-indicatoren (PI)**

- PI 2.1.1 GGZ-consumptie per inwoner van het verzorgingsgebied
- PI 2.1.2 Uitgaven consumptie algemene ggz per inwoner verzorgingsgebied naar leeftijd in Euro
- PI 2.2.1 Marktaandeel instelling in het GGZ-gebruik van inwoners uit het verzorgingsgebied
- PI 2.2.2 Marktaandeel Mentaal in eigen verzorgingsgebied per zorgcircuit in Euro
- PI 3.1.1 Geslacht, leeftjidsverdeling en lengte dienstverband personeel
- PI 3.2.1 In- en uitstroom van personeel gerelateerd aan leeftijd, geslacht, lengte dienstverband
- PI 3.3.1 Kaart spreiding opleidingsplaatsen in Nederland
- PI 4.1.1 Productiekosten in % gerealiseerde productiewaarde (prestatie x standaardtarief)
- PI 4.2.1 Kengetallen indirecte kosten
- PI 5.1.1 Cliënt en hulpvraagkenmerken bij inschrijving
- PI 5.1.2 Kenmerken opnames in kortdurende klinische zorg
- PI 5.1.3 Verdeling diagnoses ingeschreven cliënten
- PI 5.1.4 Percentage Psychiatrische begindiagnose 'Onbekend'
- PI 5.2.1 Verdeling productiewaarde naar geboden zorgpakket in % van totale productiewaarde
- PI 5.2.2 Aantal cliënten naar geboden zorgpakket in % van het totaal aantal geholpen cliënten
- PI 5.3.1 Coëfficiënt nieuwe / totaal aantal actieve inschrijvingen naar circuit en zorgpakket
- PI 5.3.2 Aantal cliënten per 100.000 € productiewaarde naar zorgcircuit en zorgpakket
- PI 7.1.1 Ziekteverzuim en aandeel WAO in uitstroom van personeel
- PI 7.1.2 Uitstroom personeel binnen 1 jaar na in dienst treden
- PI 9.1.1 Verschil begin- en eindscore niveau functioneren naar zorgcircuit & diagnosegroep
- PI 9.1.2 Percentage GAF-scores = 'Onbekend' of 'Missing'
- PI 9.2.1 Wachtijd van aanmelding tot behandeling naar zorgcircuit en verstrekking
- PI 9.2.2 Gemiddelde wachtijd van aanmelding tot behandeling naar zorgcircuit in dagen
- PI 9.3.1 Uitgeschreven cliënten naar reden beëindiging van zorg naar zorgcircuit
- PI 9.3.2 Percentage 'Voortijdige beëindiging van zorg naar zorgcircuit
- PI 9.4.1 Verschil feitelijke en afgesproken productie in % totale waarde afgesproken productie
- PI 9.5.1 Exploitatiesaldo, verplichtingen, groei productiewaarde & personeelskosten tov vorig jaar

**TOELICHTING**

De tabel op de pagina hiernaast geeft een overzicht van de belangrijkste uitkomsten. De nummers van de prestatie-indicatoren corresponderen met de indeling in schema 2. Toegevoegd is PI 5.4 die betrekking heeft op de hoeveelheid patiënten met een juridische maatregel.

Het overzicht geeft de waarde van uw eigen instelling weer, met daarnaast de gemiddelde waarde van de spiegelgroep. Omdat “gemiddelde waarde” niets zegt over de verdeling zijn ook de beide uiterste waarden zoals gevonden in de spiegelgroep opgenomen.

Deze samenvatting biedt in een oogopslag de belangrijkste uitkomsten van het achterliggende rapport.

**1.2 Samenvatting uitkomsten spiegelinformatie**

Nr.	Prestatie-indicator	Instelling	Referentiegroep		
			Gemiddeld	Minimum	Maximum
PI 2.1	Gemiddelde consumptie per inwoner van het verzorgingsgebied	92,50	101,44	70,50	140,23
PI 2.2	Percentage marktaandeel instelling in eigen verzorgingsgebied	56,5	78,6	58,7	92,5
PI 3.1	Percentage dienstverband korter dan één jaar	31,3	25,8	14,9	32,5
PI 3.2	Percentage uitstroom personeel met dienstverband korter dan één jaar	47,9	51,5	18,9	55,0
PI 3.3	Opleidingsplaatsen psychiaters per 20 miljoen ggz-budget	2,1	1,2	0,0	2,6
PI 4.1	Kosten cliëntgebonden personeel in percentage gerealiseerde productiewaarde	38,1	42,0	28,5	43,8
PI 4.2	Kosten automatisering als percentage van de totale kosten	1,1	1,2	0,5	2,5
PI 5.1	Percentage inschrijvingen met diagnose 'onbekend'	23,2	30,5	23,2	55,1
PI 5.2	Percentage klinische zorg in het totale productiepakket	62,3	65,2	62,8	67,8
PI 5.3	Coëfficiënt nieuwe inschrijvingen / cliënten met zorg	0,68	0,56	0,35	0,72
PI 5.4	% Klinische inschrijvingen met juridische maatregel	39,2	42,5	12,1	47,0
PI 7.1	% Ziekteverzuim totaal	8,3	7,9	6,3	10,4
PI 9.1	% Uitschrijvingen met verbeterd niveau van functioneren	40,1	37,5	25,6	42,6
PI 9.2	Percentage cliënten met start behandeling binnen 7 weken	52,4	50,6	39,5	54,1
PI 9.3	Percentage "voortijdig" uitgeschreven cliënten	15,3	26,9	16,5	53,0
PI 9.4	% Gerealiseerd van afgesproken totale productiewaarde	93,8	94,6	92,7	99,9
PI 9.5	Exploitatiesaldo als % van totale kosten	-0,5	0,4	-1,2	3,1

(fictieve cijfers; het ontwerp van deze bladzijde is later toegevoegd)

## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

De regionale vraag naar ggz is voor de strategie en het beleid van de instelling een belangrijke indicator. In de spiegelinfo wordt deze vertaald in gemanifesteerde ggz-consumptie. Tussen regio's bestaan hierin aanmerkelijke verschillen. Deels zijn deze gerelateerd aan de bevolkingssamenstelling, deels aan het historisch aanwezige aanbod.

PI 2.1.1 toont de gemiddelde ggz-consumptie (in geld uitgedrukt) per inwoner van de bevolking in het verzorgingsgebied. Berekend is hoeveel geld in het verslagjaar per inwoner van het verzorgingsgebied aan algemene ggz is besteed (exclusief categoriale zorg). In de kolommen is het gemiddelde bedrag weergegeven voor de verschillende leeftijdsgroepen. Per kolom is onderscheiden aan welke zorgpakketten dit geld is besteed. De gemiddelde uitgaven per leeftijdsgroep van de eigen regio zijn vergeleken met die van de verzorgingsgebieden van de referentiegroep.

### GGZ-gebruik per inwoner in Euro:

Het ggz-gebruik per inwoner is uitgedrukt in de productiewaarde van de hoeveelheid zorg die cliënten woonachtig in het verzorgingsgebied in de verslagperiode hebben geconsumeerd, gedeeld door het aantal inwoners van het verzorgingsgebied.

#### Berekening:

Productiewaarde = aantal prestaties (behandeldagen, contacten) gedurende de verslagperiode X standaardtarief voor de betreffende zorgsoort;

standaardtarief = CTG normbedrag voor loon- en materiële kosten per zorgsoort in Euro

aantal inwoners = CBS-cijfers voor het betreffende gebied (ongewogen aantal).

### Verzorgingsgebied:

Het verzorgingsgebied is de regio voor de verzorging waarvan de instelling zich primair verantwoordelijk stelt. Uitgegaan wordt van de landelijke standaardindeling. De bevolkingssomvang van het verzorgingsgebied is ontleend aan de meest recente publicatie van het CBS.

### Zorgcircuit:

Het zorgcircuit is in de landelijke registratie afgeleid uit het item *Gewenst zorgcircuit*. Bij afwezigheid van dit kenmerk (alle inschrijvingen vóór 2000) is zorgcircuit afgeleid uit de CTG-zorgsoort en de leeftijd van de cliënt. Ouders en verzorgers, die zijn ingeschreven vanwege de behandeling van hun kinderen, worden voor zover dit uit ZORG-IS herleidbaar is toegerekend aan het zorgcircuit Jeugd.

### Regio referentiegroep:

De gemiddelde waarden van de verzorgingsgebieden van de instellingen in de referentiegroep.

### Zorgpakket:

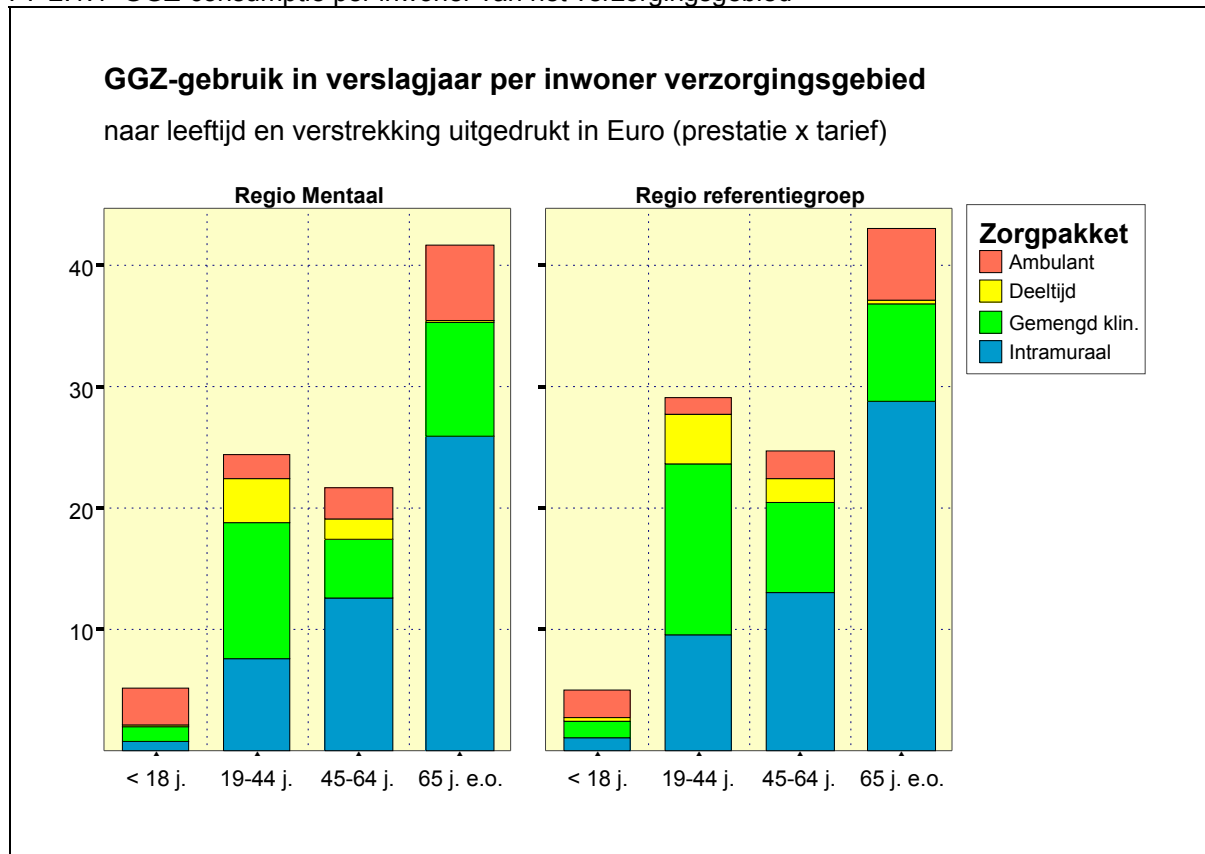
Zorgpakket wordt bepaald op basis van de samenstelling van de zorg die de cliënt tijdens een inschrijving in het verslagjaar heeft ontvangen. De indeling gaat uit van drempelwaarden. Als een drempel is overschreden wordt de cliënt in het verslagjaar ingedeeld bij het zorgpakket met de hoogste drempelwaarde. De drempelwaarde voor overgang van "Gemengd klinisch" naar "Intramuraal" is dat het aantal geleverde verpleegdagen meer dan 50% bedraagt van de inschrijvingsduur in het verslagjaar.

Bron: ZORG-IS

## 2 STRATEGIE & BELEID

### 2.1 Consumptie algemene ggz in verzorgingsgebied

#### PI 2.1.1 GGZ-consumptie per inwoner van het verzorgingsgebied



#### PI 2.1.2 Uitgaven consumptie algemene ggz per inwoner verzorgingsgebied naar leeftijd in Euro

Uitgaven ggz-consumptie in 2001	< 18 j.	19-44 j.	45-64 j.	>65 j.	Totaal
Eigen verzorgingsgebied	5,03 €	24,26 €	21,65 €	41,66 €	92,60 €
Verzorgingsgebied referentiegroep	4,95 €	28,98 €	24,60 €	42,90 €	101,44 €
Vershil	+0,08 €	-4,72 €	-2,96 €	-1,24 €	-8,84 €
Uitgaven ggz-consumptie in 2000	< 18 j.	19-44 j.	45-64 j.	>65 j.	Totaal
Eigen verzorgingsgebied					
Verzorgingsgebied referentiegroep					
Vershil					

## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

Het marktaandeel van de instelling binnen het eigen verzorgingsgebied wordt in een vraaggerichte markt een belangrijke prestatie-indicator voor de strategie en het beleid.

PI 2.2.1 focust op de totale consumptie van de algemene ggz (in geld uitgedrukt) van de bevolking in het verzorgingsgebied. De kolommen geven weer hoe dit geld over verschillende zorgcircuits is verdeeld. Per kolom is aangegeven aan welke zorgpakketten dit geld is besteed. De totale consumptie van de eigen regio is vergeleken met het deel dat de instelling hiervan heeft verzorgd. Het gebruik van de categoriale zorg blijft hier buiten beschouwing.

### GGZ-gebruik in Euro:

Het GGZ-gebruik is uitgedrukt in de totale productiewaarde van de hoeveelheid zorg die cliënten woonachtig in het verzorgingsgebied in de verslagperiode hebben geconsumeerd. Het gebruik van de categoriale zorg blijft hier buiten beschouwing.

#### Berekening:

Productiewaarde = aantal prestaties (behandeldagen, contacten) gedurende de verslagperiode X standaardtarief voor de betreffende zorgsoort;

standaardtarief = CTG normbedrag voor loon- en materiële kosten per zorgsoort in Euro.

### Eigen verzorgingsgebied:

Het verzorgingsgebied is de regio voor de verzorging waarvan de instelling zich primair verantwoordelijk stelt. Uitgegaan wordt van de landelijke standaardindeling. De bevolkingsomvang van het verzorgingsgebied is ontleend aan de meest recente publicatie van het CBS.

### Marktaandeel:

Het marktaandeel is het aandeel van de instelling in de zorg die is geleverd aan cliënten woonachtig in het eigen verzorgingsgebied. De productie die de instelling heeft gemaakt voor inwoners van andere regio's is in PI 2.2.1 buiten beschouwing gelaten.

### Zorgcircuit:

Het zorgcircuit is in de landelijke registratie afgeleid uit het item *Gewenst zorgcircuit*.

Bij afwezigheid van dit kenmerk (alle inschrijvingen vóór 2000) is zorgcircuit afgeleid uit de CTG-zorgsoort en de leeftijd van de cliënt. Ouders en verzorgers, die zijn ingeschreven vanwege de behandeling van hun kinderen, worden voor zover dit in ZORG-IS herkenbaar is toegerekend aan het zorgcircuit Jeugd.

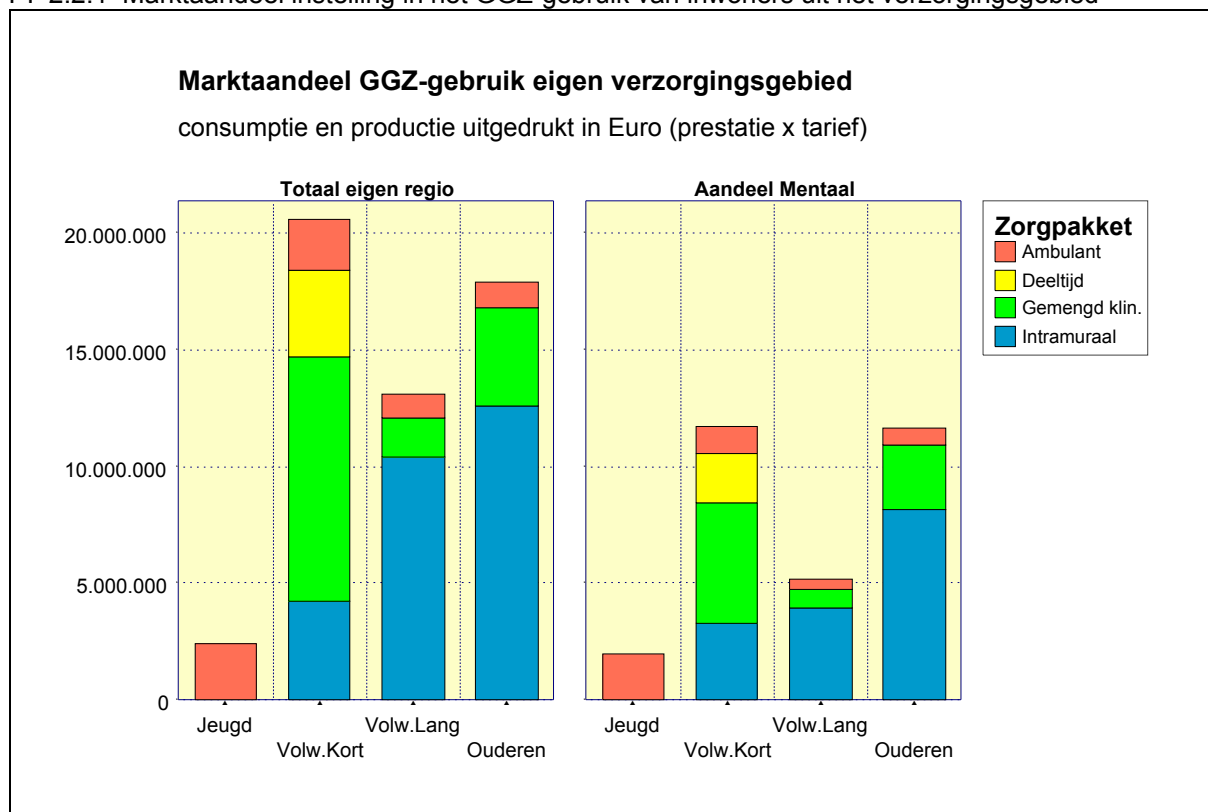
### Zorgpakket:

Zorgpakket wordt bepaald op basis van de samenstelling van de zorg die de cliënt tijdens een inschrijving in het verslagjaar heeft ontvangen. De indeling gaat uit van drempelwaarden. Als een drempel is overschreden wordt de cliënt in het verslagjaar ingedeeld bij het zorgpakket met de hoogste drempelwaarde. De drempelwaarde voor overgang van "Gemengd klinisch" naar "Intramuraal" is dat het aantal geleverde verpleegdagen meer dan 50% bedraagt van de inschrijvingsduur in het verslagjaar.

Bron: ZORG-IS

## 2.2 Marktaandeel instelling

### PI 2.2.1 Marktaandeel instelling in het GGZ-gebruik van inwoners uit het verzorgingsgebied



### PI 2.2.2 Marktaandeel Mentaal in eigen verzorgingsgebied per zorgcircuit in Euro

GGZ-productie Mentaal	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Uit eigen regio	2.002.560	11.680.760	5.194.000	11.619.720	30.497.040
Uit andere regio's	5.709	67.509	43.200	20.180	136.598
<b>Totaal Mentaal</b>	<b>2.008.269</b>	<b>11.748.269</b>	<b>5.237.200</b>	<b>11.639.900</b>	<b>30.633.638</b>

GGZ-gebruik eigen regio	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Aandeel Mentaal	2.002.560	11.680.760	5.194.000	11.619.720	30.497.040
Aandeel ov. instellingen	422.520	8.893.360	7.885.640	6.236.160	23.437.680
<b>Totaal verzorgingsgebied</b>	<b>2.425.080</b>	<b>20.574.120</b>	<b>13.079.640</b>	<b>17.855.880</b>	<b>53.934.720</b>



**TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN****Vraagstelling overzicht**

Binnen het INK aandachtsgebied Medewerkers zijn de evenwichtige opbouw en de in- en uitstroom van het personeel belangrijke prestatie-indicatoren. Hetzelfde geldt voor opleiding en bijscholing.

PI 3.1.1 vergelijkt een aantal relevante kenmerken van de personele opbouw in de eigen instelling met die van de referentiegroep.

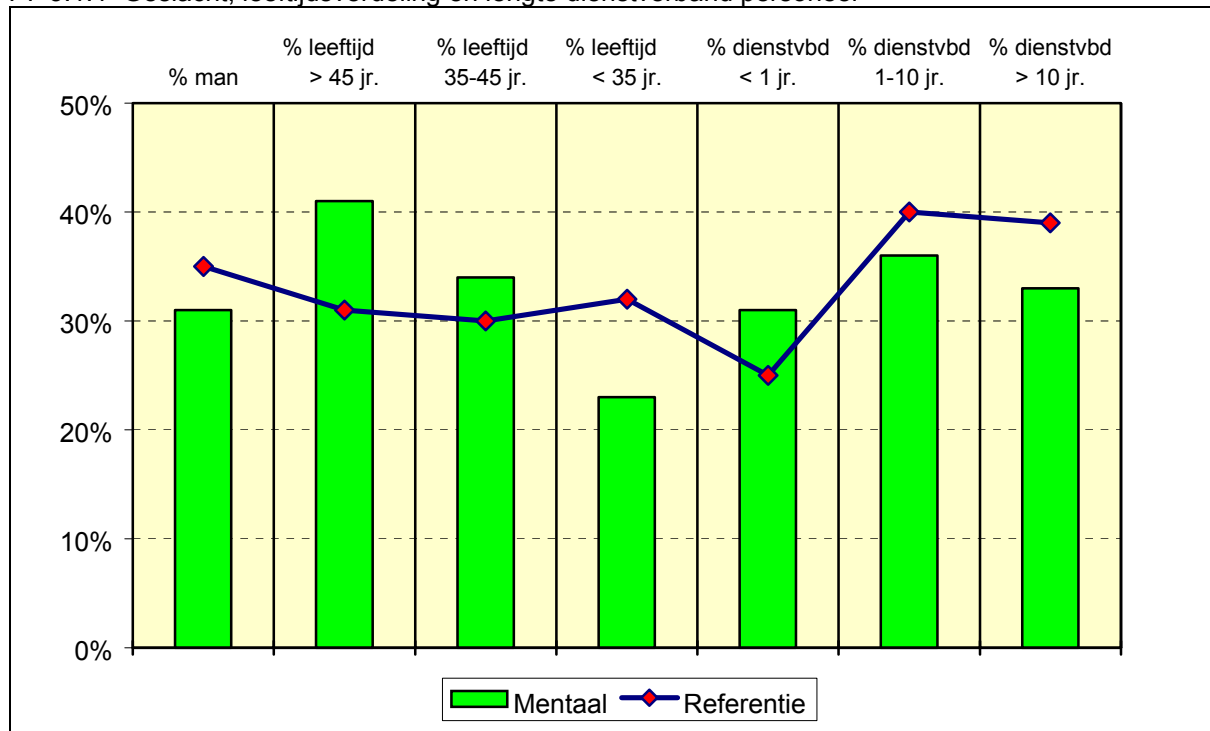
In PI 3.2.1 wordt op een aantal kenmerken van de in- en uitstroom van het personeel vergeleken met die van de referentiegroep.

Bron:  
GPI

### 3 MEDEWERKERS

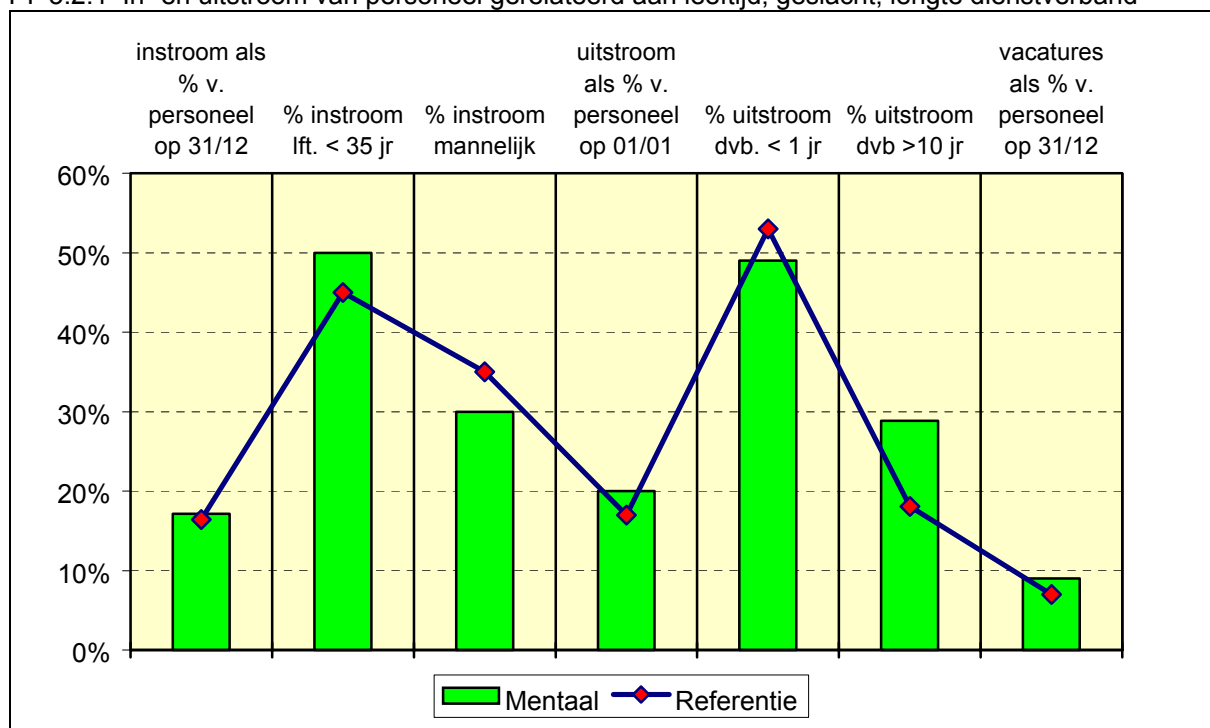
#### 3.1 Afgewogen personeelsopbouw

PI 3.1.1 Geslacht, leeftijdsverdeling en lengte dienstverband personeel



#### 3.2 Evenwichtige in- en uitstroom personeel

PI 3.2.1 In- en uitstroom van personeel gerelateerd aan leeftijd, geslacht, lengte dienstverband



## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

PI 3.3.1 brengt in kaart hoe de opleidingsplaatsen voor psychiaters A & B, klinisch psychologen (inbegrepen psychotherapeuten en gezondheidspsychologen) en verpleegkundige specialisten geografisch over Nederland zijn verdeeld

*(Het voorbeeld geeft een impressie; een echte kaart is nog niet gemaakt).*

De locatie van de opleiding is gelijkgesteld aan de gemeente waar de instelling statutair is gevestigd. De aantallen worden gesommeerd per WZV-regio's.

Het aantal opleidingsplaatsen wordt getoond naast of boven de kolommen *(in het voorbeeld staat het aantal inwoners)*.

Het aantal opleidingsplaatsen in de WZV-regio wordt vergeleken met een ander kengetal over de regio. *Voorgesteld wordt dit te vergelijken met de omvang van het GGZ-budget in de betreffende regio (bron Financiële Statistiek).*

### Bronnen:

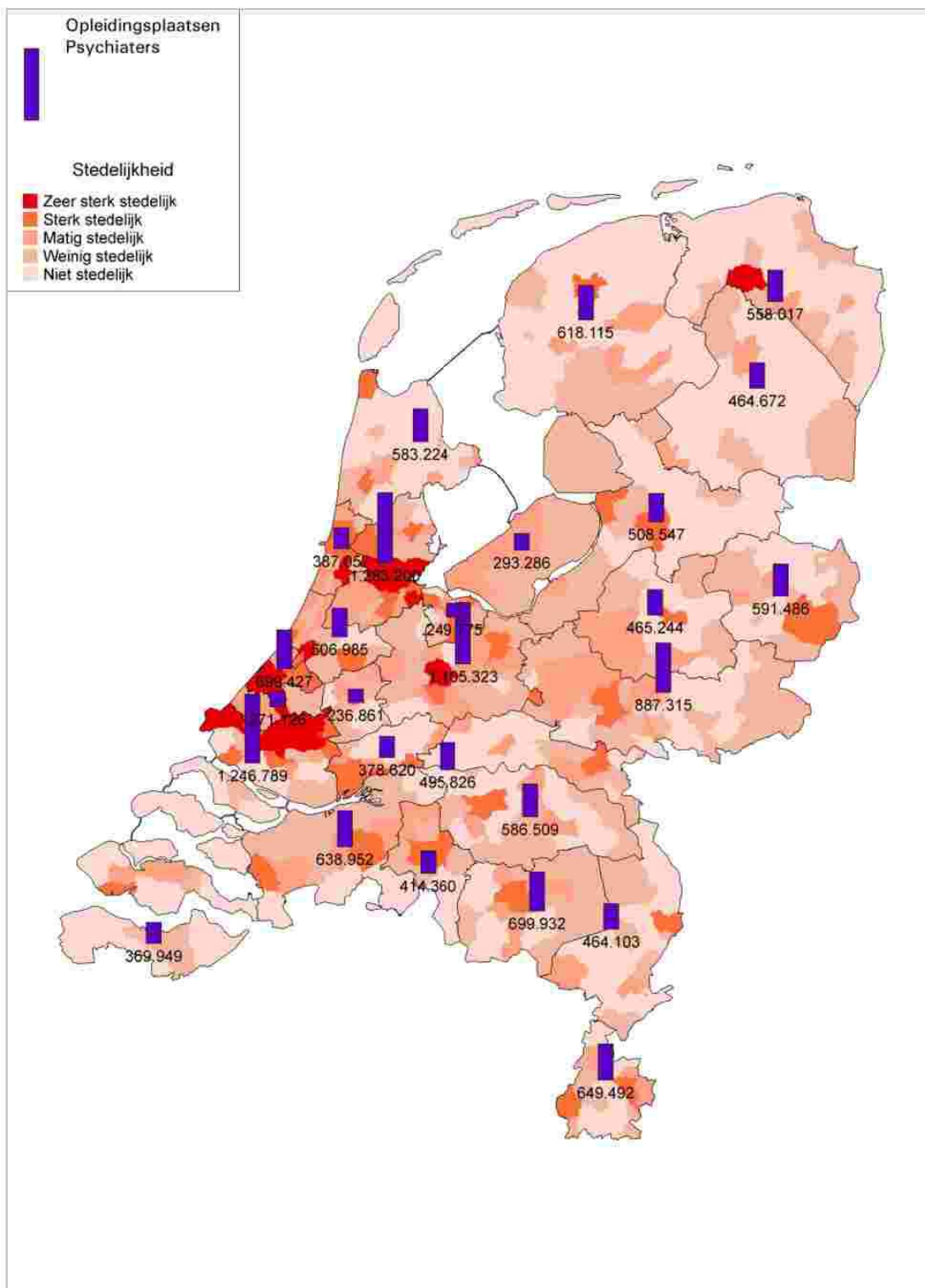
Landelijk bestaan voor het aantal opleidingsplaatsen overzicht als bronnen:

Budgetformulier CTG (alleen opleidingsplaatsen psychiaters A&B) en

Jaarenquête GGZ, hfd. 8 Opleidingen (psychiaters A & B, klinisch psychologen en verpleegkundige specialisten). Vooralsnog wordt uitgegaan van de CTG-opgave.

### 3.3 Opleiding & bijscholing

PI 3.3.1 Kaart spreiding opleidingsplaatsen in Nederland



## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

De doelmatige inzet van middelen en de beheersing van indirecte kosten zijn belangrijke aandachtspunten voor het aandachtsgebied Middelen. Omdat over personeel en kosten in de landelijke registraties alleen op instellingsniveau gegevens beschikbaar zijn is de productiewaarde hier berekend voor de totale zorgproductie inclusief de categoriale zorg.

PI 4.1.1 toont de verhouding tussen de (standaard)waarde van de geleverde zorg en de kosten die voor de productie zijn gemaakt. De kolommen laten zien hoe de productiekosten zijn opgebouwd. De uitkomsten voor de eigen instelling worden vergeleken met de gekozen referentiegroep. De kostenopbouw sluit aan op het rekenschema van de Financiële Statistiek (FS). De betreffende rekennummers worden hieronder genoemd.

**Gerealiseerde productiewaarde:** Het totaal van de feitelijke productie berekend uit totaal aantal opgegeven prestaties (ZORG-IS) maal het standaardtarief van het CTG.

**Totale kosten:** Totale kosten (FS nr. 4) min Kosten en opbrengsten van hulpbedrijven (FS nr. 49).

**Netto kosten:** Totale kosten min zakelijke lasten, verzekeringen (FS nr. 454) en afschrijvingen vaste activa (FS nr. 48) en kosten en opbrengsten van hulpbedrijven (FS nr 49).

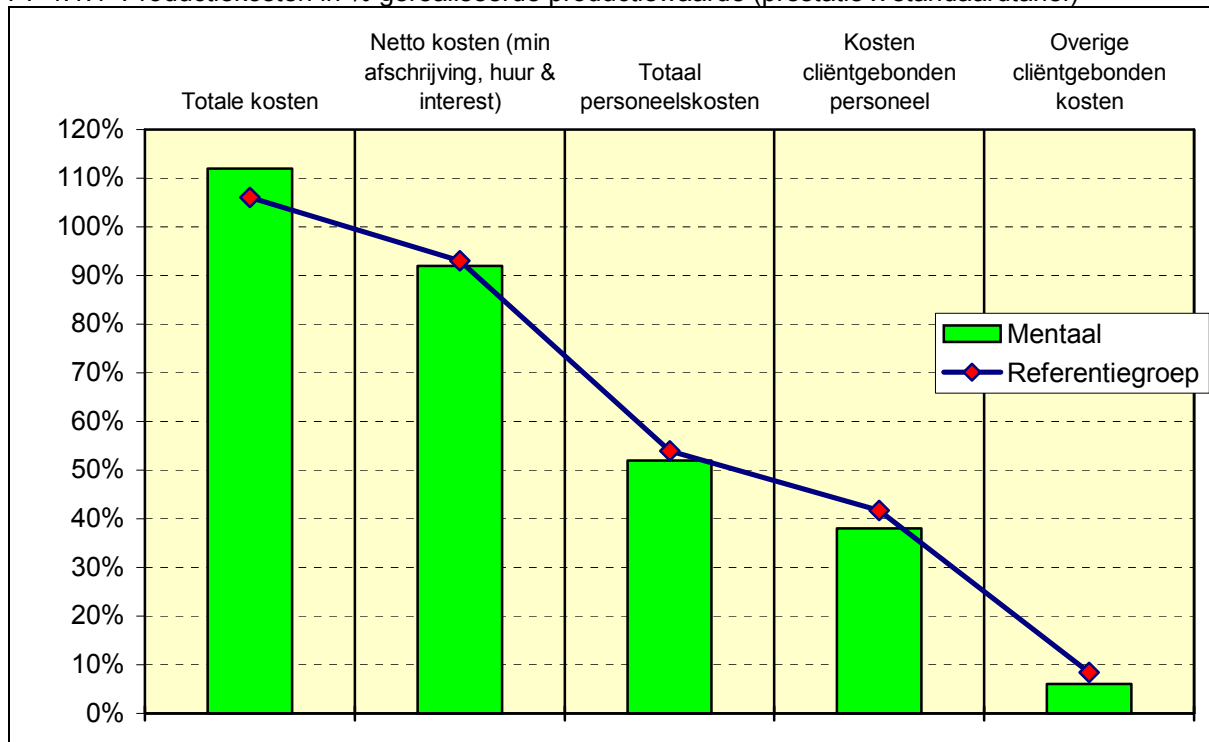
**Overige cliëntgebonden kosten:** Kosten van voeding (FS nr. 43), Andere hotelmatige kosten (FS nr. 44) en Patiënten- cq bewonersgebonden kosten (FS nr. 46). Deze kosten zijn niet inbegrepen in de twee voorafgaande kolommen over de personeelskosten.

PI 4.2.1 vergelijkt een aantal kengetallen over de indirecte kosten in de eigen instelling met die van de referentiegroep.

## 4 MIDDELEN

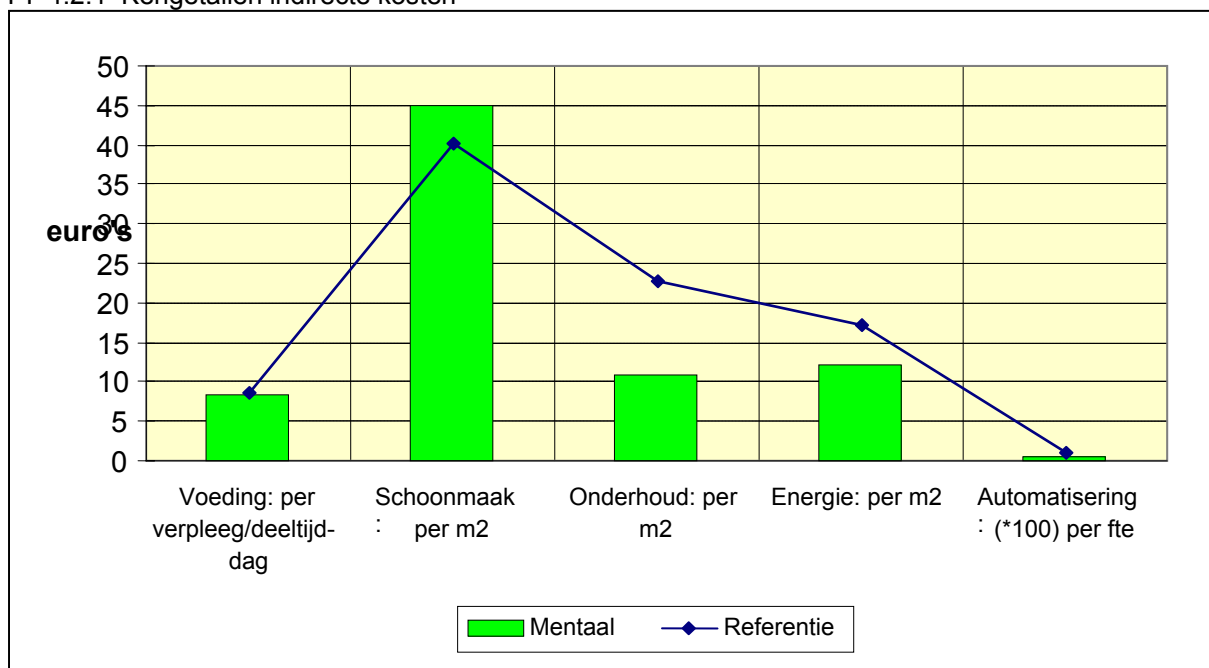
### 4.1 Afgewogen inzet van middelen

PI 4.1.1 Productiekosten in % gerealiseerde productiewaarde (prestatie x standaardtarief)



### 4.2 Beheersing indirecte kosten

PI 4.2.1 Kengetallen indirecte kosten



## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

Een belangrijke succesbepalende factor voor het INK aandachtsgebied Processen is het spectrum van stoornissen en aanmeldklachten waarmee in de instelling wordt gewerkt. Verschillende patronen van klachten en stoornissen hebben hun eigen impact op de benodigde middeleninzet en de te verwachten resultaten.

PI 5.1.1 toont een aantal relevante kenmerken op het moment van inschrijving. Bij een geïntegreerde instelling is dit veelal de inschrijving in de ambulante zorg. Het kolompercentage is steeds gerelateerd aan alle inschrijvingen in de verslagperiode.

PI 5.1.2 geeft informatie over kenmerken die specifiek relevant zijn voor kortdurende klinische opnames.

De percentages van de eerste drie kolommen zijn afgezet tegen het totaal van de kortdurende klinische zorg. De eerste kolom geeft aan welk deel van de klinische opnames snel is gevolgd op de inschrijving bij de instelling. De tweede kolom geeft aan welk aandeel (in verpleegdagen) de zorgsoort Kortdurende klinische zorg met intensieve begeleiding en bescherming heeft binnen de kortdurende klinische zorg.

Alle opnames waar bij aanvang of tijdens de behandeling sprake is geweest van een juridische maatregel zijn geteld als onvrijwillige opnames.

Het percentage onvrijwillige opnames uit de eigen regio die elders worden gerealiseerd is afgezet tegen het totaal aantal onvrijwillige opnames van cliënten woonachtig in het verzorgingsgebied.

Het percentage onvrijwillige opnames in de eigen instelling van cliënten woonachtig in andere regio's is afgezet tegen het totaal van de onvrijwillige opnames in de instelling.

In ZORG-IS worden klinische opnames afgeleid uit het Maandoverzicht productie. Cliënten worden geacht kortdurend klinisch te zijn opgenomen als in één maand tenminste één verpleegdag is opgegeven met CTG-zorgsoort V.1.1, V1.2 of V1.3.

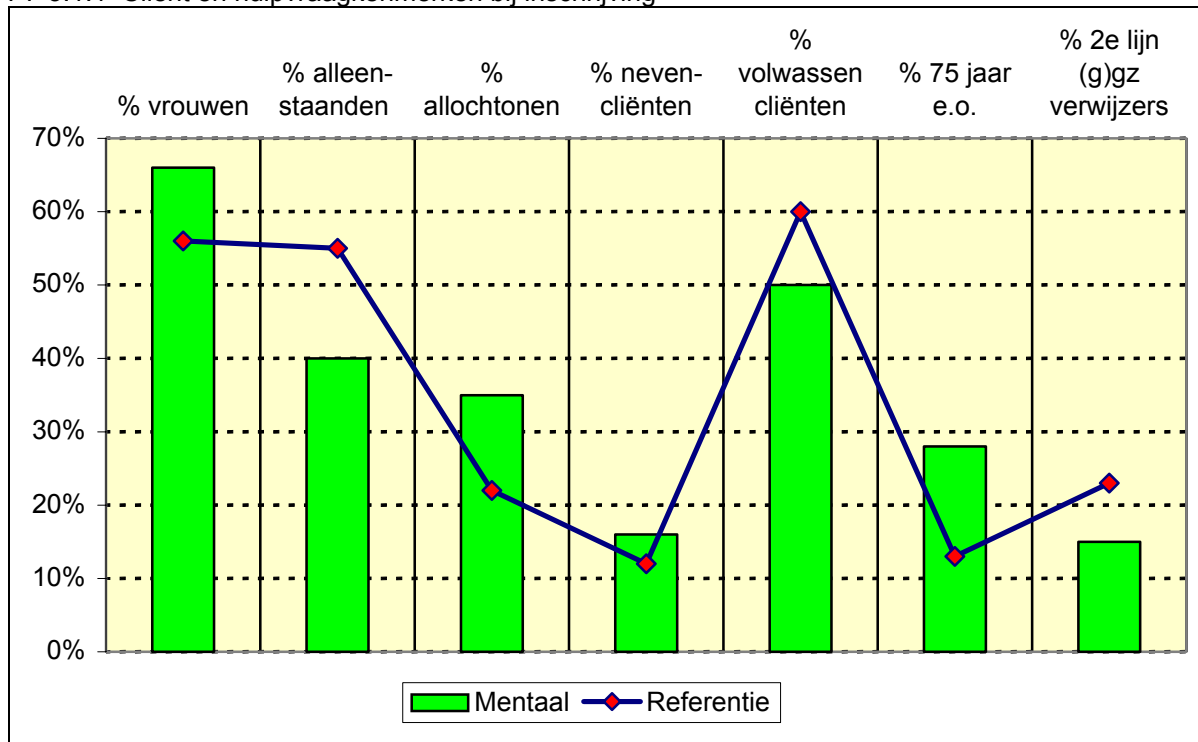
Een kortdurende klinische opname wordt in ZORG-IS beschouwd als beëindigd wanneer in een volgende maand geen klinische zorgprestaties zijn opgegeven. Binnen een inschrijving kan een cliënt meerdere malen worden opgenomen. Deze opnames worden in de overzichten afzonderlijk geteld.

Bron: ZORG-IS

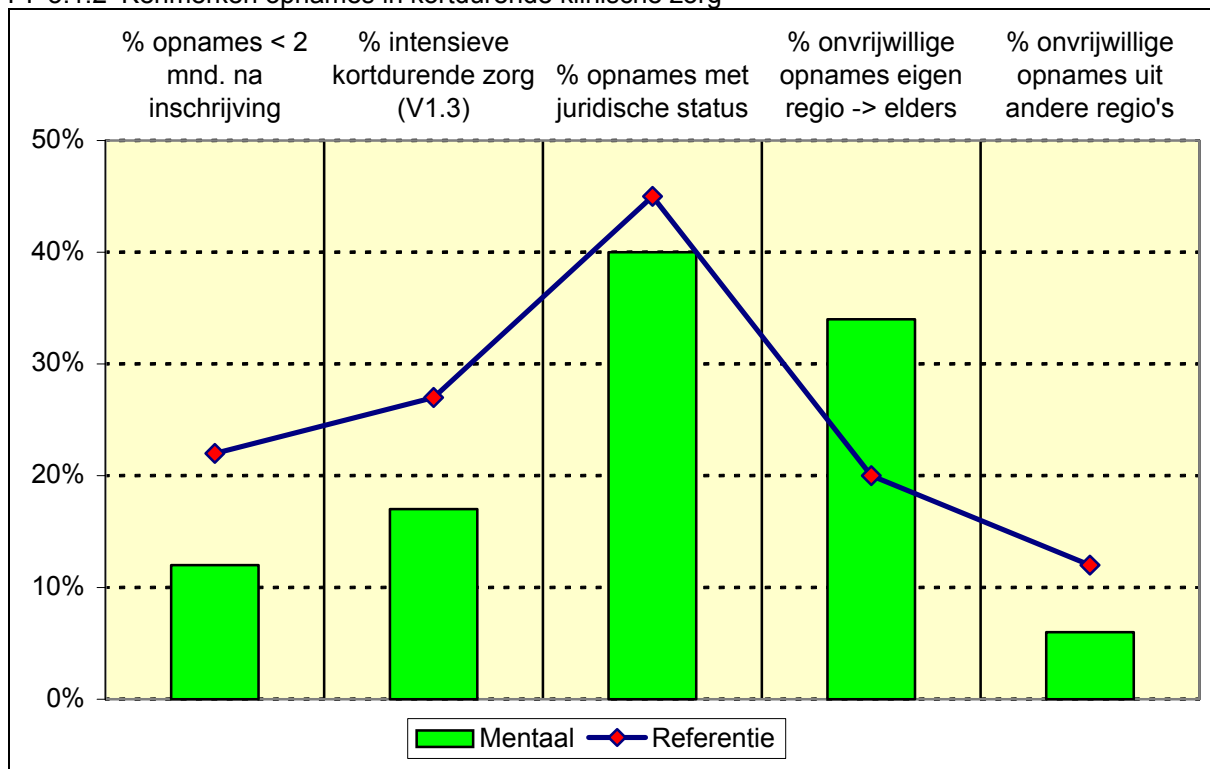
## 5 PROCESSEN

### 5.1 Spectrum stoornissen/aanmeldklachten

PI 5.1.1 Cliënt en hulpvraagkenmerken bij inschrijving



PI 5.1.2 Kenmerken opnames in kortdurende klinische zorg



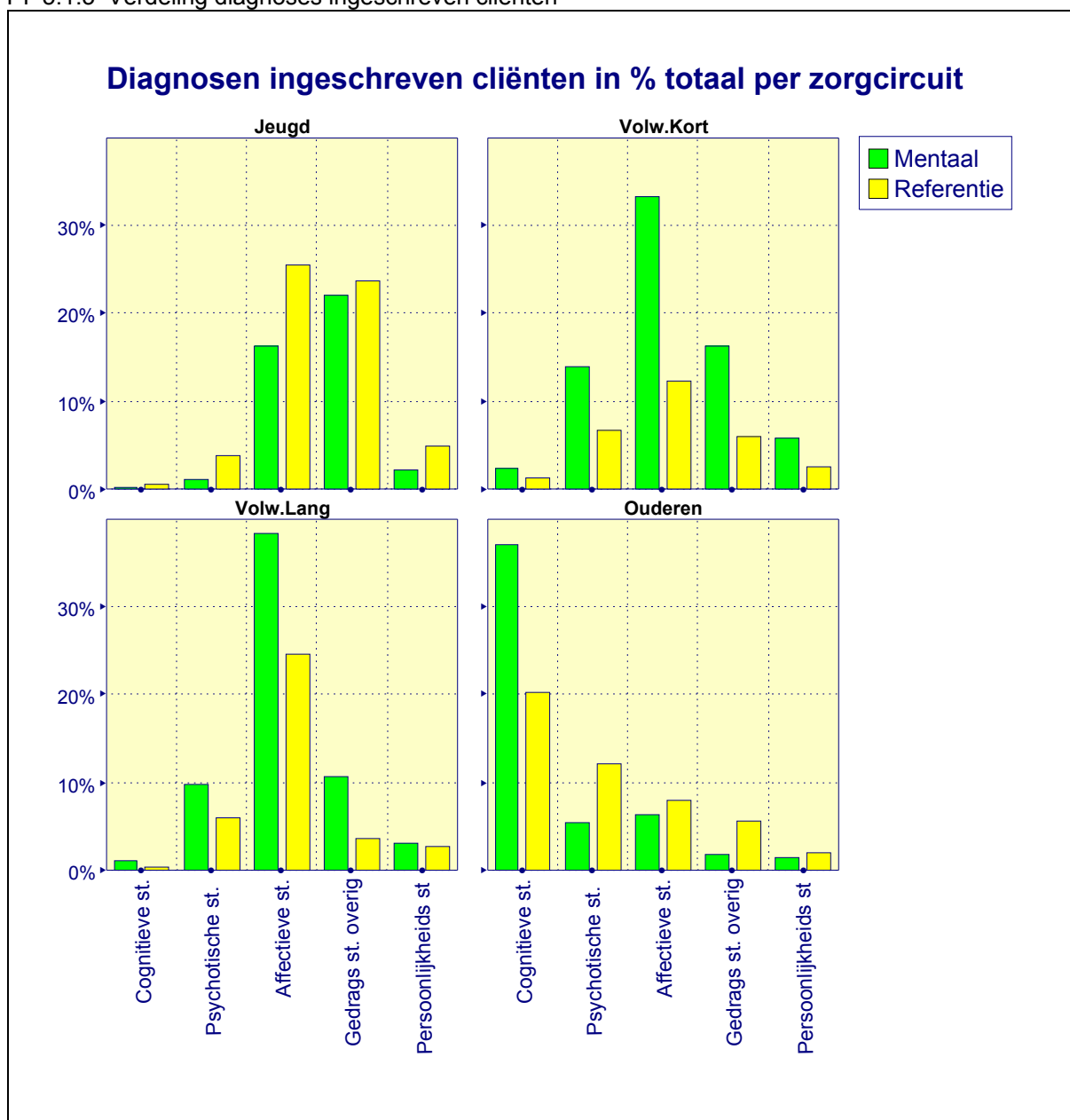


**TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN****Vraagstelling overzicht**

In PI 5.1.3 worden de psychiatrische begindiagnosen weergegeven bij de inschrijvingen in de algemene zorgcircuits. Bij een geïntegreerde instelling is dit veelal een inschrijving in de ambulante zorg. Bij de groepering van de diagnoses is zoveel mogelijk aangesloten bij de doelgroepen van de belangrijkste Zorgprogramma's die heden ten dage in de GGZ worden ontwikkeld.

Bron: ZORG-IS

PI 5.1.3 Verdeling diagnoses ingeschreven cliënten



PI 5.1.4 Percentage Psychiatrische begindiagnose 'Onbekend'

	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Mentaal deze periode %	27,0	25,6	12,6	18,5	23,2
Mentaal deze periode absoluut					
Referentie deze periode %	45,3	26,3	18,5	24,6	30,5
Referentie deze periode abs.					

Mentaal vorig jaar %					
Referentiegroep vorig jaar %					

## **TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN**

### **Vraagstelling overzicht**

Het maat verlenen in bereik en intensiteit van zorg is in de moderne ggz een belangrijke succesbepalende factor. Maat verlenen kan op een aantal aspecten worden vergeleken.

PI 5.2.1 laat de verdeling zien van de in het verslagjaar geleverde productiewaarde (tegen standaardtarief) over de verschillende pakketten zorg. De kolommen tonen het percentage van de totaal geleverde productiewaarde. De uitkomsten voor de eigen instelling worden vergeleken met de referentiegroep.

PI 5.2.2 laat zien hoeveel cliënten in de verslagjaar met de geleverde zorg zijn bediend. De kolommen tonen het percentage van het totale aantal cliënten dat in het verslagjaar in zorg is geweest. Meerdere inschrijvingen van dezelfde cliënten in het verslagjaar zijn in dit overzicht opgeteld en beschouwd als één inschrijving. De uitkomsten voor de eigen instelling worden vergeleken met de referentiegroep.

### **Productiewaarde**

Het aantal prestaties (behandeldagen, contacten) gedurende de verslagperiode maal het standaardtarief voor de betreffende zorgsoort;  
standaardtarief = CTG normbedrag voor loon- en materiële kosten per zorgsoort in Euro.

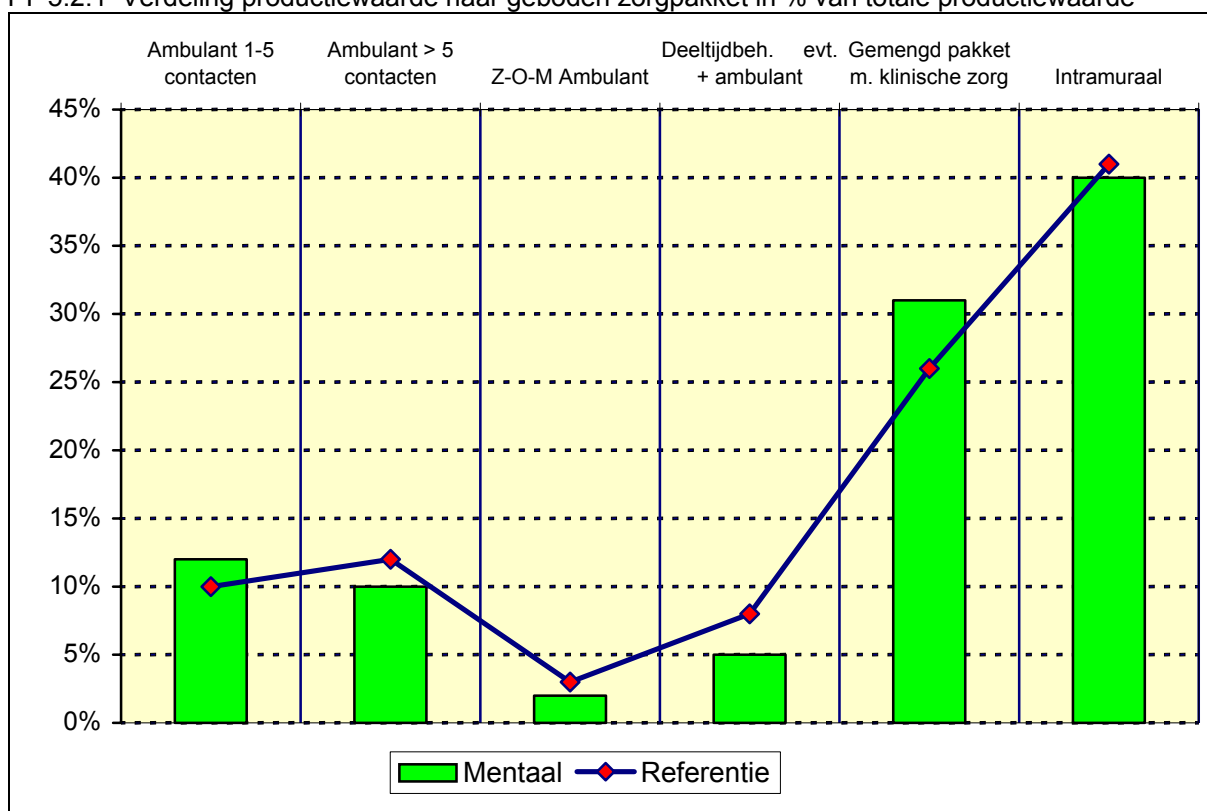
### **Zorgpakket:**

Zorgpakket wordt bepaald op basis van de samenstelling van de zorg die de cliënt tijdens een inschrijving in het verslagjaar heeft ontvangen. De indeling gaat uit van drempelwaarden. Als een drempel is overschreden wordt de cliënt in het verslagjaar ingedeeld bij het zorgpakket met de hoogste drempelwaarde. De drempelwaarde voor overgang van "Gemengd klinisch" naar "Intramuraal" is dat het aantal geleverde verpleegdagen meer dan 50% bedraagt van de inschrijvingsduur in het verslagjaar.

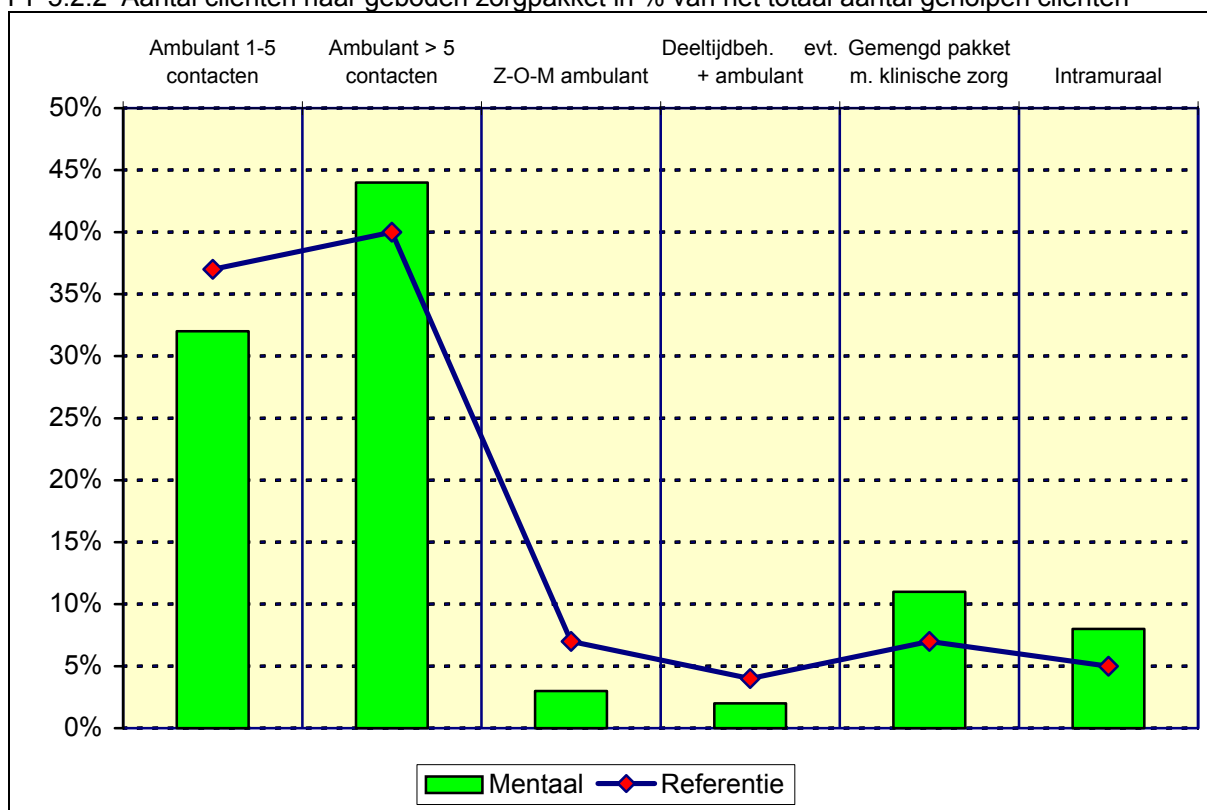
Bron: ZORG-IS

## 5.2 Maatverlenen in bereik en intensiteit zorg

PI 5.2.1 Verdeling productiewaarde naar geboden zorgpakket in % van totale productiewaarde



PI 5.2.2 Aantal cliënten naar geboden zorgpakket in % van het totaal aantal geholpen cliënten



## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling van dit overzicht

De doorstroming van cliënten in de algemene GGZ is, vanwege de verscheidenheid aan zorgproducten die gedurende een inschrijving kunnen worden verstrekt, lastig in beeld te brengen. Cliënten kunnen kort en intensief in zorg zijn geweest of langdurig met minder frequente contacten. Cliënten kunnen snel worden uitgeschreven en zo nodig meerdere malen opnieuw worden ingeschreven of langdurig blijven staan ingeschreven.

Voor het snelle overzicht is gekozen voor een simpele op de cliënt toegesneden maat.

PI 5.3.1 toont de verhouding tussen het aantal nieuwe inschrijvingen waarbij zorg is verleend en het totaal aantal cliënten dat in het verslagjaar zorg heeft ontvangen. De coëfficiënt varieert tussen 0 en 1. De waarde 0 betekent dat in de verslagperiode geen nieuwe inschrijvingen hebben plaatsgevonden. De waarde 1 betekent dat alle cliënten die zorg hebben ontvangen in de verslagperiode zijn ingeschreven.

PI 5.3.2 brengt per zorgcircuit en zorgpakket in beeld hoeveel actieve ingeschrevenen in de verslagperiode zijn behandeld binnen een standaardiseerde hoeveelheid productie (ter waarde van 100.000 €). De uitkomsten voor de eigen instelling worden vergeleken met de gemiddelde waarden voor de referentiegroep.

### Productiewaarde:

Het aantal prestaties (behandeldagen, contacten) gedurende de verslagperiode maal het standaardtarief voor de betreffende zorgsoort;  
standaardtarief = CTG normbedrag voor loon- & materiële kosten per zorgsoort in Euro.

### Zorgcircuit:

Het zorgcircuit van overzichten over 2002 is afgeleid van het item *Soort zorgverlening (=CTG-tarief)*. Er bestaan geen aparte CTG-tarieven voor volwassenen en ouderen. Daarom is het onderscheid tussen de zorgcircuits Volwassenen en Ouderen in de overzichten gebaseerd op de leeftijd van de cliënten. Ouders en verzorgers, die zijn ingeschreven vanwege de behandeling van hun kinderen en verwanten, vallen in het CTG-tarief voor volwassenen. Zij zijn toch toegerekend aan de zorgcircuits Jeugd of Ouderenzorg als dit bij de inschrijving zo is opgegeven in het Waarschijnlijk circuit van zorg. Vanaf 2003 is de indeling in circuits gebaseerd op de eigen opgave van het zorgcircuit door de instelling.

### Zorgpakket:

Zorgpakket wordt bepaald op basis van de samenstelling van de zorg die de cliënt gedurende de inschrijving heeft ontvangen in de totale verslagperiode van het DWH (het verslagjaar en de twee voorafgaande jaren). De indeling gaat uit van drempelwaarden. Als een drempel is overschreden, wordt de cliënt ingedeeld bij het zorgpakket met de hoogste drempelwaarde. De drempelwaarde voor de overgang van “Gemengd klinisch” naar “Residentieel” is dat het aantal geleverde verpleegdagen (in de kliniek) of verzorgingsdagen (in de RIBW) meer dan 50% bedraagt van de inschrijvingsduur in het verslagjaar. Het zorgpakket wordt ook “Residentieel” als gedurende de inschrijving geen sprake is van klinische zorg is maar wel van verblijf in een RIBW.

Bron: Zorgis

### 5.3 In- en doorstroming cliënten algemene ggz

PI 5.3.1 Coëfficiënt nieuwe / totaal aantal actieve inschrijvingen naar circuit en zorgpakket

<b>Mentaal</b>					
Zorgcircuit	Ambulant	Deeltijd	Gemengd klin.	Residentieel	Totaal
Jeugd					
Volwassenen Kort					
Volwassenen Lang					
Ouderen					
<b>Referentiegroep</b>					
Zorgcircuit	Ambulant	Deeltijd	Gemengd klin.	Residentieel	Totaal
Jeugd					
Volwassenen Kort					
Volwassenen Lang					
Ouderen					

PI 5.3.2 Aantal cliënten per 100.000 € productiewaarde naar zorgcircuit en zorgpakket

<b>Mentaal</b>					
Zorgcircuit	Ambulant	Deeltijd	Gemengd klin.	Residentieel	Totaal
Jeugd					
Volwassenen Kort					
Volwassenen Lang					
Ouderen					
<b>Referentiegroep</b>					
Zorgcircuit	Ambulant	Deeltijd	Gemengd klin.	Residentieel	Totaal
Jeugd					
Volwassenen Kort					
Volwassenen Lang					
Ouderen					

**TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN**

De waardering van cliënten en van leveranciers zijn voor elke instelling uitermate belangrijke succesfactoren. De ggz-instellingen zijn in 2001 met steun van GGZ Nederland begonnen met het opzetten van een systematische registratie van de waardering van de cliënten.

Vanuit de landelijke registratie kan in dit stadium nog geen spiegelinformatie over deze succesfactor worden verstrekt.

## **6 WAARDERING DOOR CLIËNTEN EN VERWIJZERS**

GGZ Nederland onderzoekt of de in juli 2001 uitgebrachte Thermometer voor de cliëntenwaardering in 2003 kan worden gekoppeld aan de ZORG-IS.



**TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN**

Voor het welbevinden van het personeel zijn in de landelijke registratie alleen indirecte maten beschikbaar. De belangrijkste zijn: het ziekteverzuim, de WAO en de zeer snelle uitstroom van personeel.

In PI 7.1.1 wordt een aantal kenmerken van het ziekteverzuim en van het percentage WAO in de uitstroom van het personeel weergegeven voor de eigen instelling en de referentiegroep. Deze kenmerken worden gebruikt als indirecte indicator van het welbevinden van het personeel.

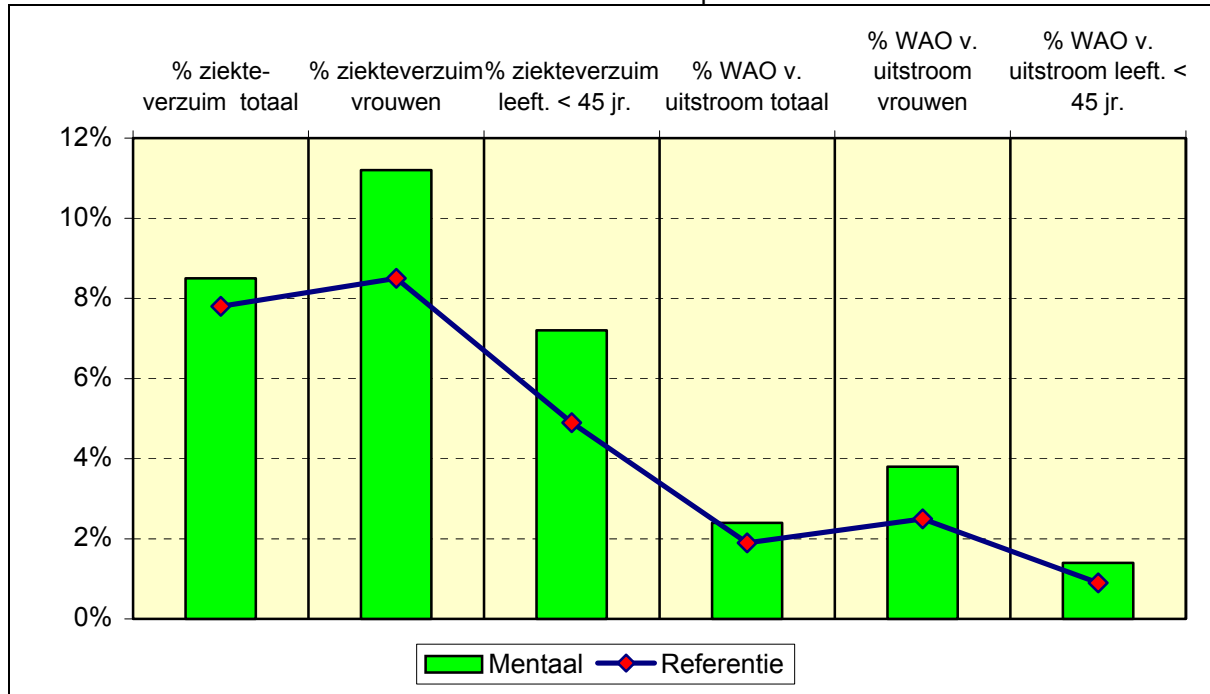
In PI 7.1.2 wordt een aantal kenmerken vergeleken van de uitstroom van personeel binnen een jaar na in dienst treden. Ook deze kenmerken worden gebruikt als indirecte indicator van het welbevinden van het personeel.

Bron: GPI

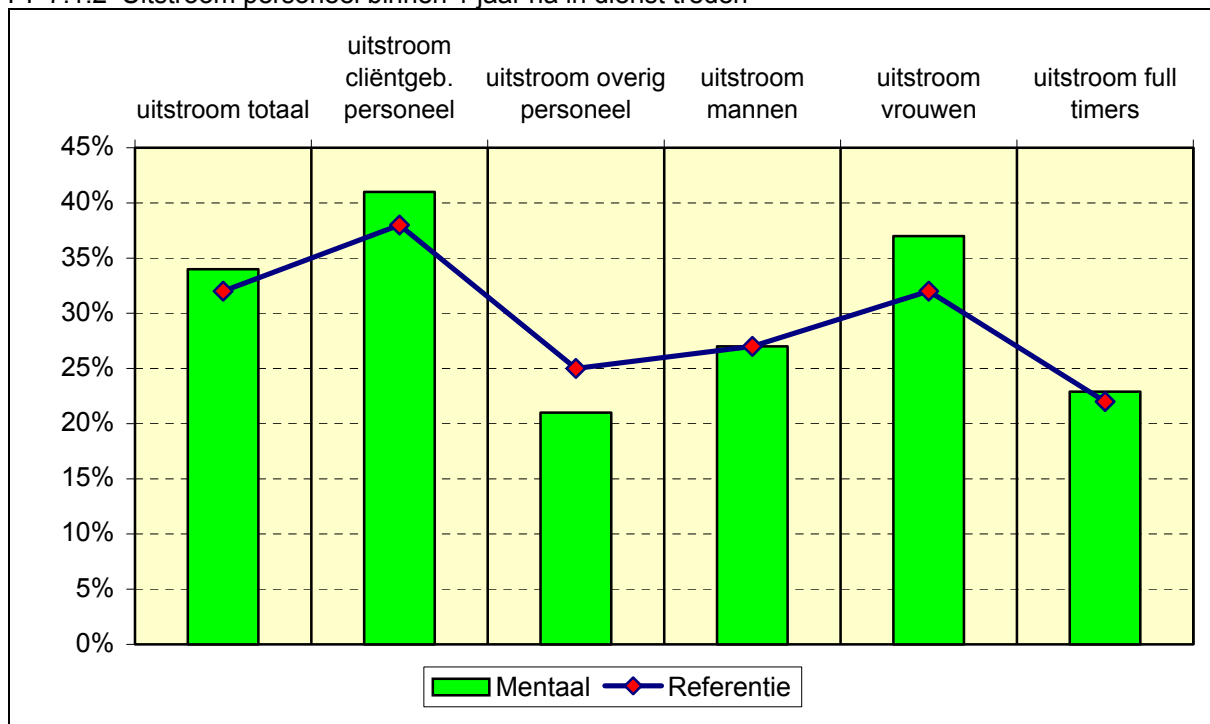
## 7 WAARDERING DOOR MEDEWERKERS

### 7.1 Welbevinden personeel

PI 7.1.1 Ziekteverzuim en aandeel WAO in uitstroom van personeel



PI 7.1.2 Uitstroom personeel binnen 1 jaar na in dienst treden



**TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN**

## **8 WAARDERING DOOR DE MAATSCHAPPIJ (P.M.)**

De waardering door de maatschappij is voor elke instelling een uitermate belangrijke succes bepalende factor. Hoe deze te meten is nog niet geoperationaliseerd en er worden geen landelijke cijfers over bijgehouden. Vanuit de landelijke registratie kan in dit stadium nog geen spiegelinformatie over deze succesbepalende factor worden verstrekt.

Dit dummy hoofdstuk is ingevoegd om de relatie tussen hoofdstuknummering en prestatie-indicatoren te bewaren.

## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

De verbetering van het niveau van functioneren en de vermindering van klachten zijn een belangrijke succesbepalende factor voor het INK aandachtsgebied Eindresultaten.

In PI 9.1.1 wordt getoond in welke mate gedurende de inschrijving een substantiële verbetering is opgetreden in het niveau van functioneren van de cliënt. Deze effectscores worden weergegeven voor groepen van cliënten met verschillende soorten van stoornissen bij opname. De uitkomsten van de eigen instelling worden vergeleken met de gemiddelde waarden van de referentiegroep.

PI 9.1.2 signaleert in welke mate GAF-scores zijn afgenomen bij uitgeschreven cliënten die een beperkte periode zijn ingeschreven geweest.

### Verandering niveau functioneren (GAF)

De overzichten betreffen de cliënten die in de verslagperiode zijn uitgeschreven.

De verandering in het niveau van functioneren wordt berekend als voldoende informatie bekend is over de GAF-scores op de momenten start behandeling en einde behandeling. In dat geval wordt de GAF-score bij de start van de behandeling afgetrokken van de GAF-score bij het einde behandeling. De cliënt wordt ingedeeld in de categorie “Eindmeting beter” als het verschil tussen GAF-scores op de momenten van einde en begin groter of gelijk is aan +10. Als het verschil kleiner of gelijk is aan -10 wordt de cliënt ingedeeld in de categorie “Eindmeting verslechterd”. Bij tussenliggende uitkomsten wordt de eindmeting als gelijk beschouwd.

Bron: ZORG-IS

### Percentage GAF-scores = “Onbekend” of “Missing”

In PI 9.1.2 is sprake van ”Onbekend“ indien een van de twee (of beide) GAF-scores 0 is of ontbreekt. Het percentage is heeft betrekking op het totaal van de uitschrijvingen in het betreffende zorgcircuit in de verslagperiode.

Bron: ZORG-IS

### Zorgcircuit:

Het zorgcircuit is in de landelijke registratie afgeleid uit het item *Gewenst zorgcircuit*.

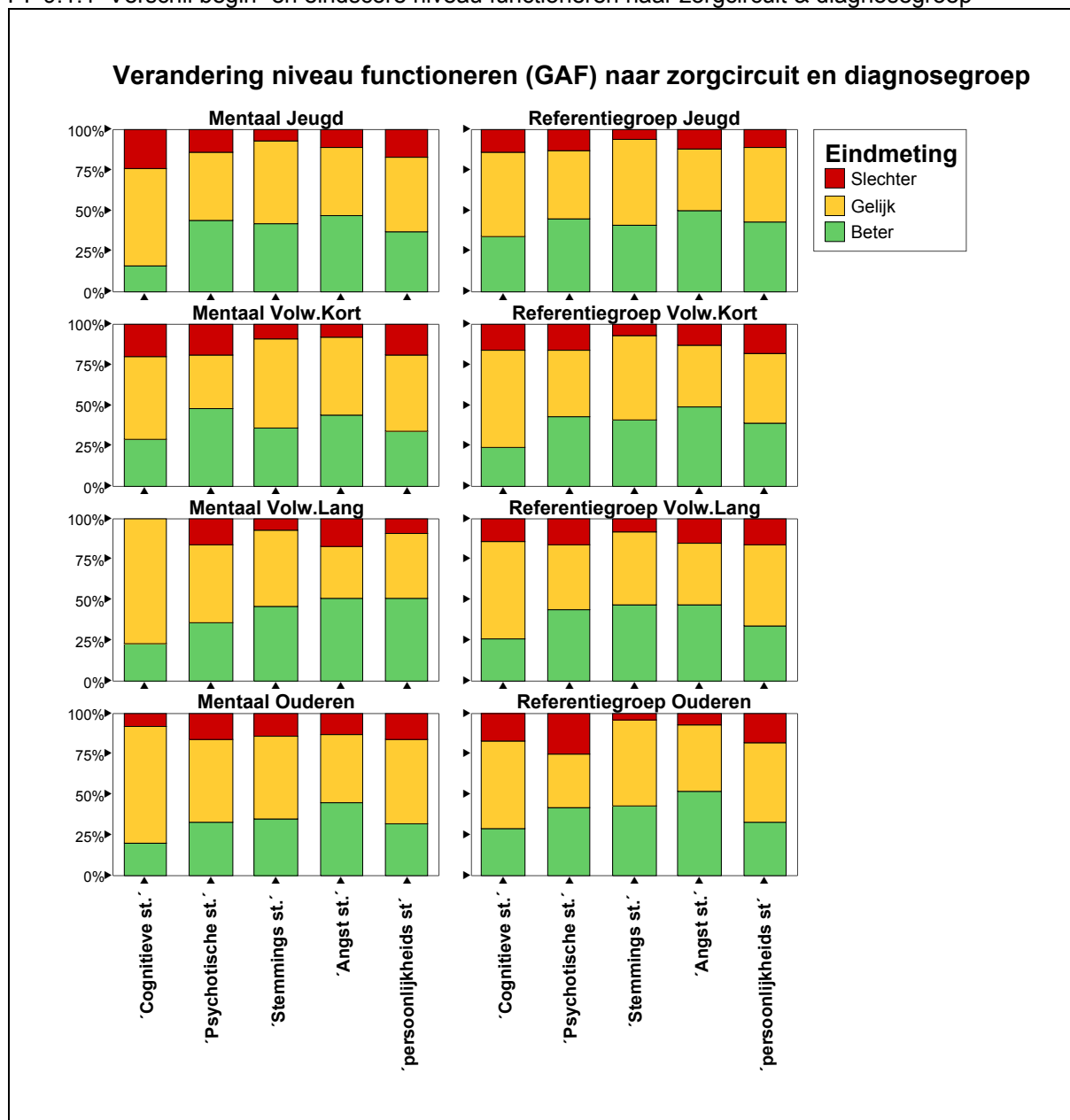
Bij afwezigheid van dit kenmerk (alle inschrijvingen vóór 2000) is het zorgcircuit afgeleid uit de CTG-zorgsoort en de leeftijd van de cliënt. Ouders en verzorgers, die vanwege de behandeling van hun kinderen zijn ingeschreven, worden voor zover dit in ZORG-IS herkenbaar is toegerekend aan het zorgcircuit Jeugd.

## 9 EINDRESULTATEN

### A. Operationele eindresultaten

#### 9.1 Vermindering van klachten en stoornissen

##### PI 9.1.1 Verschil begin- en eindscore niveau functioneren naar zorgcircuit & diagnosegroep



##### PI 9.1.2 Percentage GAF-scores = 'Onbekend' of 'Missing'

	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Mentaal deze periode	27,0	35,6	12,6	18,5	23,2
Referentiegroep deze periode	42,3	46,3	36,4	27,2	35,4
Mentaal vorig jaar					
Referentiegroep vorig jaar					

## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

Uit het onderzoek van de werkgroep Output-2 kwam naar voren dat de tijdigheid van de hulpverlening moet worden beschouwd als een van de belangrijkste succesbepalende factoren binnen het prestatiecluster Effectiviteit. Om deze reden is het overzicht van de wachttijden nadrukkelijk geplaatst binnen het INK aandachtsgebied Eindresultaten.

PI 9.2.1 geeft het percentage cliënten aan dat binnen de gestelde termijn van de Treek-normen in behandeling is genomen. Het overzicht is uitgesplitst naar het zorgcircuit en de verstrekking met de hoogste drempelwaarde in de maand van het Einde wachten. De uitkomsten van de eigen instelling worden vergeleken met de gemiddelde waarden van de referentiegroep.

PI 9.2.2 toont de gemiddelde wachttijd in dagen tussen Datum aanmelding en Datum einde wachten. De gemiddelde waarden zijn gesommeerd per zorgcircuit.

### **Wachttijd tot behandeling:**

Wachttijd van *Datum aanmelding* tot *Datum start geïndiceerde behandeling* van alle cliënten bij wie de geïndiceerde behandeling in de verslagperiode is gestart. Getoond wordt de gemiddelde wachttijd van alle cliënten voor het onderscheiden aanbod.

#### Berekening:

Aantal dagen tussen datum eerste contact en datum start geïndiceerde behandeling; datum start geïndiceerde behandeling moet vallen binnen de verslagperiode; gemiddelden gelden voor het aantal wachtenden voor het onderscheiden zorgaanbod.

### **Vershil wachttijd met referentiegroep:**

Het aantal wachtdagen binnen hetzelfde zorgcircuit in de referentiegroep is afgetrokken van het aantal wachttijden voor de overeenkomstige categorie in de instelling.

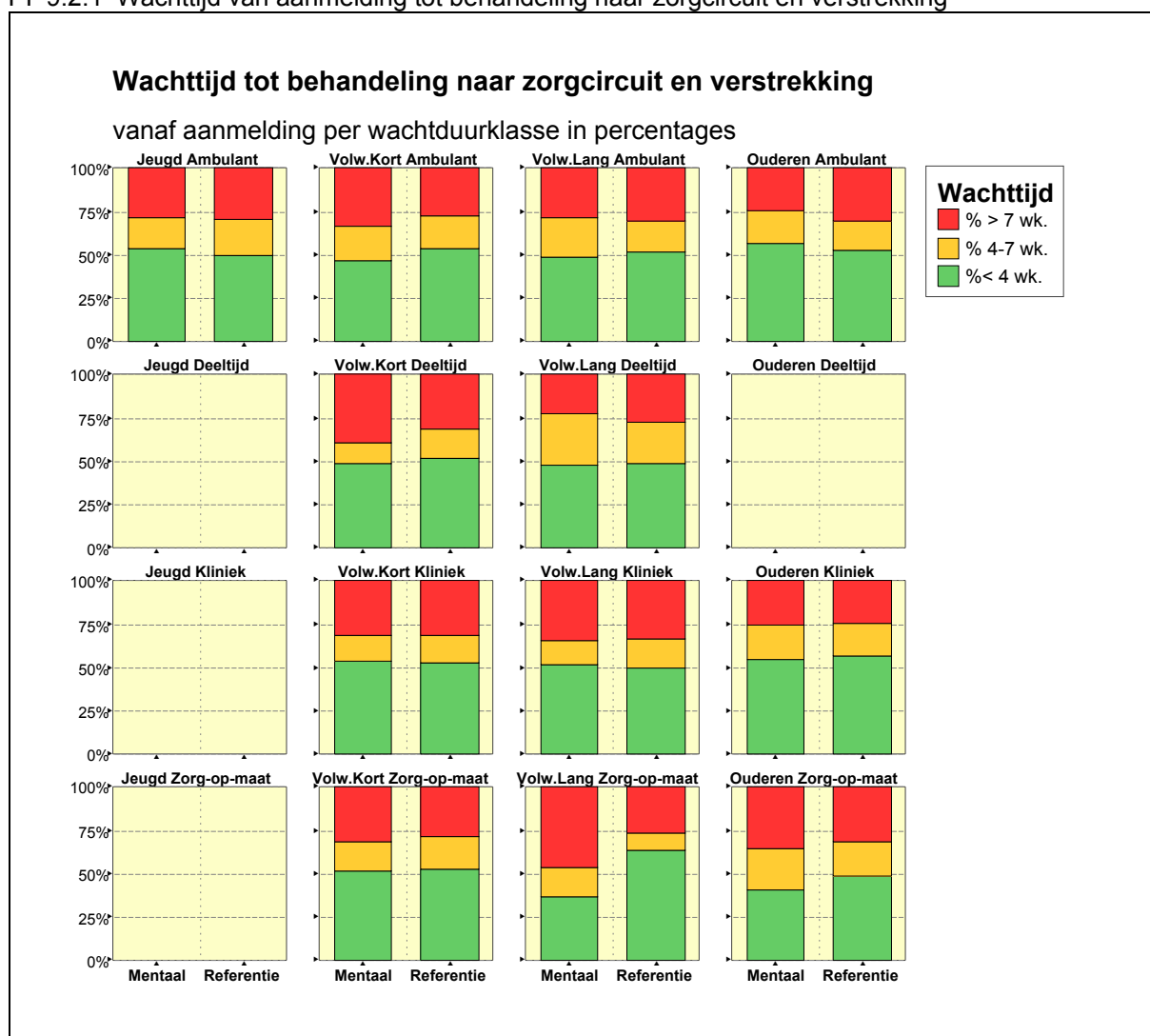
### **Zorgcircuit:**

Het zorgcircuit is afgeleid uit het item *Gewenst zorgcircuit*.

Bron: ZORG-IS

## 9.2 Tijdige zorgverlening

### PI 9.2.1 Wachtijd van aanmelding tot behandeling naar zorgcircuit en verstrekking



### PI 9.2.2 Gemiddelde wachttijd van aanmelding tot behandeling naar zorgcircuit in dagen

Gemiddelde wachttijd in 2001	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Instelling	38	18	31	30	29
Referentiegroep	39	23	39	30	31
Vershil	-1	-5	-8	0	-2

Gemiddelde wachttijd in 2000	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Instelling					
Referentiegroep					
Vershil					



## TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

### Vraagstelling overzicht

De samenwerking tussen behandelaar en cliënt is een belangrijke succesbepalende factor binnen het prestatiecluster Effectiviteit. In de ggz is deze relatie vaak ingewikkeld omdat een deel van de cliënten min of meer tegen hun zin gebruik maakt van de zorg. Voor de spiegelinformatie is het zicht op de relatie behandelaar en cliënt toegespitst op de wijze van beëindiging van de inschrijving.

### Reden einde zorg:

De overzichten betreffen alleen cliënten die in de verslagperiode als cliënt van de instelling zijn uitgeschreven.

De categorie-indeling van “Reden einde zorg” in PI 9.3.1 en PI 9.3.2 is als volgt opgebouwd:

Voortijdig =	<u>ZGS item Reden beëindiging</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eenzijdige beëindiging door hulpverlener</li> <li>• Eenzijdige beëindiging door cliënt</li> <li>• Overlijden (suïcide)</li> <li>• Ontbreken toestemming verzekeraar / zorgkantoor</li> </ul>
en / of	<u>Inschrijfduur &lt; 15 dagen &amp; Niet doorverwezen naar ggz)</u>
Doorverwezen =	<u>ZGS item Verwezen naar / vervolg-zorgaanbieder</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwezen naar instelling van geestelijke gezondheidszorg</li> </ul>
Regulier =	<u>ZGS item Reden beëindiging</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wederzijdse beëindiging, in overleg</li> <li>• Oplegging of beëindiging juridische maatregel</li> <li>• Proefverlof TBS</li> <li>• Verhuizing</li> <li>• Overlijden (anders dan suïcide)</li> <li>• Anders</li> </ul>
Missing (niet weergegeven)	<u>ZGS item Reden beëindiging</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onbekend</li> </ul>

Bron: ZORG-IS

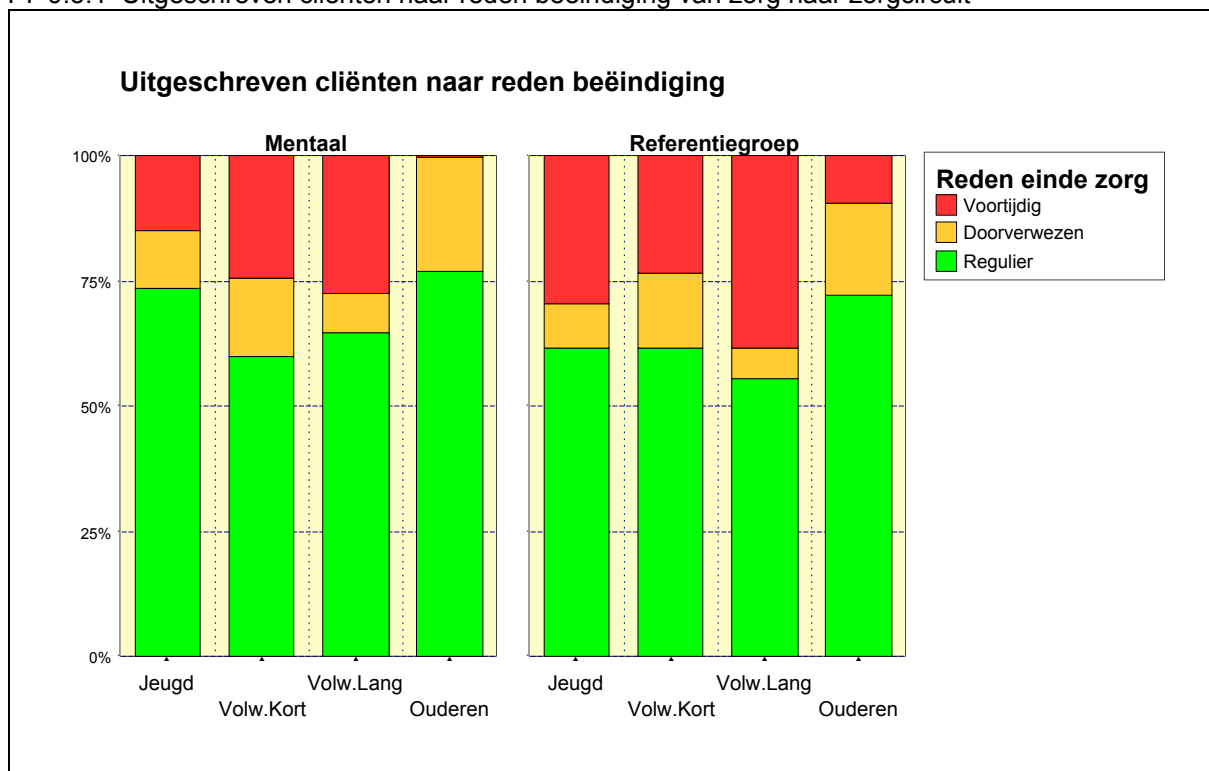
### Zorgcircuit:

Het zorgcircuit is in de landelijke registratie afgeleid uit het item *Gewenst zorgcircuit*.

Bij afwezigheid van dit kenmerk (alle inschrijvingen vóór 2000) is zorgcircuit afgeleid uit de CTG-zorgsoort en de leeftijd van de cliënt. Ouders en verzorgers die zijn ingeschreven vanwege de behandeling van hun kinderen worden voor zover dit in ZORG-IS herkenbaar is toegerekend aan het zorgcircuit Jeugd.

### 9.3 Samenwerking behandelaar en cliënt

#### PI 9.3.1 Uitgeschreven cliënten naar reden beëindiging van zorg naar zorgcircuit



#### PI 9.3.2 Percentage 'Voortijdige beëindiging van zorg naar zorgcircuit

	Jeugd	Volw.Kort	Volw.Lang	Ouderen	Totaal
Instelling in deze periode %	13,1	23,9	27,1	0,2	15,3
Instelling in deze periode abs.					
Referentie in deze periode %	28,4	23,0	58,3	7,2	26,9
Referentie in deze periode abs.					
Instelling vorig jaar %					
Referentie vorig jaar %					

## **TOELICHTING OP DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN**

### **Vraagstelling overzicht**

Voor de financiële eindresultaten kwamen uit het onderzoek van de werkgroep Output-2 twee succesbepalende factoren als zeer belangrijk naar voren. Dat zijn het realiseren van de productieafspraken en het bewaken van het budget.

In PI 9.4.1 wordt voor de eigen instelling en de referentiegroep aangegeven in welke mate de productieafspraken voor de verschillende soorten van verstrekkingen gerealiseerd zijn.

In PI 9.5.1 wordt voor zowel de eigen instelling als voor de Referentie groep een aantal essentiële kenmerken weergegeven voor de sturing en beheersing van de financiële resultaten. De groei van de productiewaarde heeft betrekking op het totale zorgvolume inclusief de categoriale functies.

Bron: Financiële Statistiek, CTG

B. Financiële eindresultaten

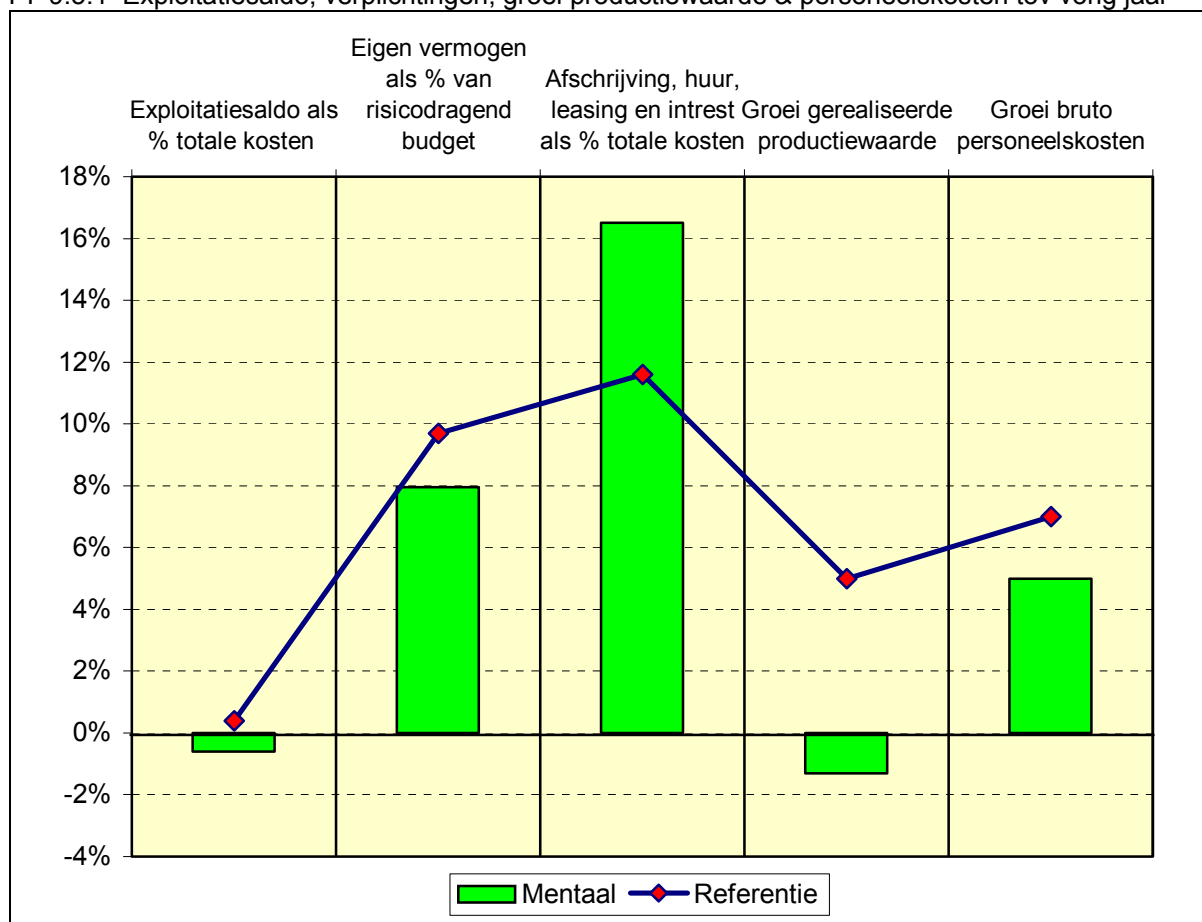
9.4 Realiseren van productieafspraken

PI 9.4.1 Verschil feitelijke en afgesproken productie in % totale waarde afgesproken productie

Mentaal					
ZORGCIRCUIT	Ambulant	Deeltijd	Klinisch	Zorg-op-maat	Totaal
Jeugd					
Volwassenen Kort					
Volwassenen Lang					
Ouderen					
TOTAAL					
Referentiegroep					
ZORGCIRCUIT	Ambulant	Deeltijd	Klinisch	Zorg-op-maat	Totaal
Jeugd					
Volwassenen Kort					
Volwassenen Lang					
Ouderen					
TOTAAL					

9.5 Budgetbewaking

PI 9.5.1 Exploitatiesaldo, verplichtingen, groei productiewaarde & personeelskosten tov vorig jaar





## VERANTWOORDING

De uitkomsten van de eigen instelling worden in het Jaarbericht gespiegeld met de gemiddelde waarden van de door de instelling gekozen referentiegroep van instellingen. Wanneer niet alle instellingen van de referentiegroep bij aanmaak van het Jaarbericht hebben aangeleverd aan alle registraties waaruit gegevens moeten worden onttrokken, wordt in de paragraaf Verantwoording aangegeven welk deel van de gegevens van welke instellingen zijn meegenomen.

In de voorafgaande overzichten wordt veel informatie vanwege de vergelijkbaarheid uitgedrukt in procenten. In de paragraaf Verantwoording worden de belangrijkste kengetallen van de instelling en het gemiddelde van de referentiegroep voor de capaciteit, de productie, het budget en de omvang van categoriale functies zowel in percentages als in absolute cijfers weergegeven. Ook wordt aangegeven welke spreiding zich ten aanzien van deze kengetallen voordoet in de referentiegroep.

In het Spiegelinformatie Jaarbericht algemene GGZ worden de categoriale functies van de instelling in de overzichten over de zorgverlening buiten beschouwing gelaten tenzij dit anders is aangegeven.

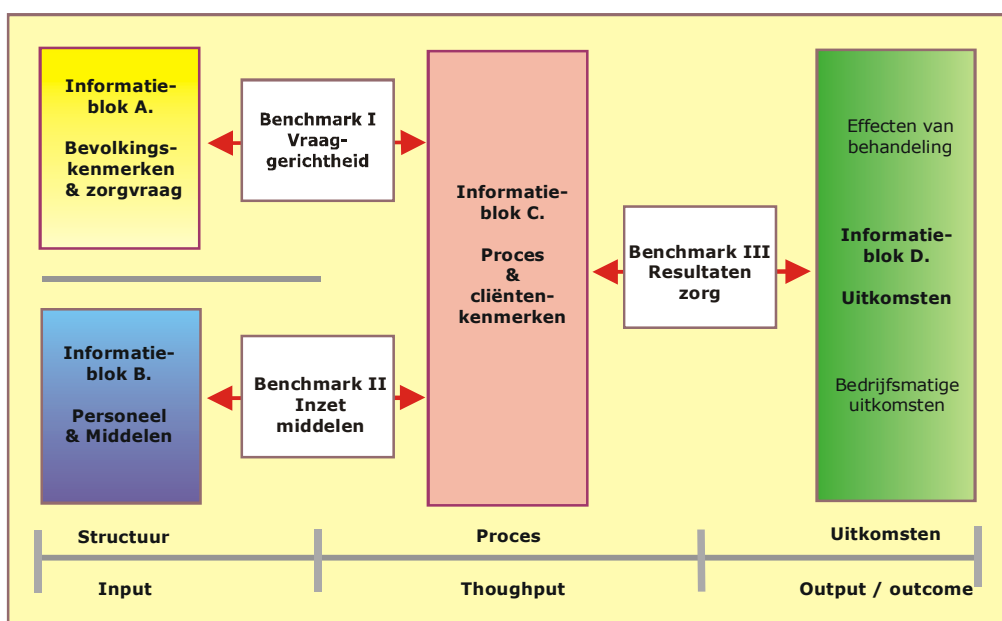
Informatie over personeel en financiën is over het algemeen in de landelijke registraties alleen op het niveau van de hele instelling beschikbaar. Dit kan de vergelijking tussen instellingen die wel of geen categoriale functie vervullen beïnvloeden. In de overzichten worden de gegevens over het personeel en de kosten van zorg om deze reden steeds afgezet tegen de gestandaardiseerde productiewaarde van het totale zorgaanbod.



## BIJLAGE: ONDERSTEUNING BENCHMARKING GGZ

Een belangrijk nevendoeel van de spiegelinformatie over de ggz is ondersteuning te geven aan de benchmarking in de ggz. Benchmarking is een bijzondere vorm van vergelijken van bedrijfsprocessen. Als men dit branchebreed doet - de overheid en de financiers vragen dit – is een strakkere structuur en een minder vrijblijvende opzet nodig. Als aanzet hiertoe heeft GGZ Nederland een model gedefinieerd waarin de branchebrede prestatievergelijking wordt toegespitst op vaste thema's. Doel van het model is tevens inzicht te geven in de onderlinge samenhang van de kengetallen. Het model voor de benchmarking sluit nauw aan bij het INK-model dat bij de spiegelinformatie wordt gebruikt voor de prestatievergelijking en de positiebepaling van instellingen. Beide modellen zijn in schema weergegeven. Overeenkomstige gebieden hebben hieronder een gelijke kleur gekregen.

### Model benchmarking ggz



### INK-model met succesbepalende factoren ggz





## LEESWIJZER MODEL BENCHMARKING

De kerngedachte van het model is dat kengetallen in samenhang moeten worden gezien om echt zeggingskracht te hebben. Het model benchmarking legt relaties tussen kenmerken van de zorgvraag in het verzorgingsgebied, de inzet van personeel en middelen, het zorgverleningproces en de resultaten.

Het model is verdeeld in blokken. Deze blokken geven telkens een onderdeel weer van het model.

Informatieblok A: Kenmerken regiobevolking en zorgvraag

Informatieblok B: Kosten: personeel en middelen

Informatieblok C: Kenmerken van het proces en de in zorg zijnde cliënten

Informatieblok D: Uitkomsten (zorginhoudelijk en bedrijfsmatig)

Elk blok geeft op zichzelf waardevolle informatie, maar de belangrijkste benchmarks ontstaan wanneer de informatie met elkaar in verband wordt gebracht. In het schema wordt dit inzichtelijk gemaakt door de pijlen die de blokken met elkaar verbinden.

### *Voorbeeld benchmark I*

Het vergelijken tussen instellingen van het aantal nieuwe cliënten (Informatieblok C) op zichzelf heeft beperkte waarde. Interessant wordt het als deze informatie in verband wordt gebracht met bijvoorbeeld de omvang van het verzorgingsgebied en het marktaandeel (Informatieblok A). Dan wordt ook inzichtelijk of de ene instelling meer nieuwe cliënten ziet dan de andere.

### *Voorbeeld benchmark II*

Het is interessant om de relatie te leggen tussen middelen en kenmerken van het zorgproces. Wat kost bijvoorbeeld een gemiddelde verpleegdag in de ene instelling en in de andere instelling? Voor het duiden van de verschillen kan worden teruggegrepen op andere gerelateerde kengetallen: een hogere verpleegdagprijs kan bijvoorbeeld te verklaren zijn door de aanwezigheid van zwaardere klinische afdelingen. Een andere vraag is: wat geeft de ene instelling uit aan overhead en directe zorgverlening en hoe zit dat bij een andere instelling?

### *Voorbeeld benchmark III*

Een algemeen cijfer voor cliënttevredenheid binnen de instelling (Informatieblok D) heeft beperkte zeggingskracht. Het wordt pas echt interessant als de cliënttevredenheid in verband wordt gebracht met kenmerken van het zorgproces (Informatieblok B). Dan is vergelijking mogelijk tussen klinische of ambulante zorg van instellingen, of een vergelijking tussen verschillende diagnosegroepen.

Op dit moment is het model vanuit de landelijke informatie voorziening nog maar ten dele te vullen. Benchmarks over uitkomsten van de zorg zijn nog nauwelijks voorhanden. Daarom is dit model opgezet als een groeimodel. In het komende jaar wordt het model verder ontwikkeld door de kengetallen aan te vullen en te verbeteren. Het model benchmarking ggz en de kengetallen ervan zijn beschreven in de *Eindrapportage van de werkplaats 'benchmarking grote steden'*, december 2002. Deze is verkrijgbaar bij GGZ Nederland.

Benchmarking gaat verder dan het vergelijken van cijfers. De bedoeling is dat instellingen van elkaar leren om zo de prestaties te verbeteren. Hiervoor zijn intensievere contacten nodig dan het raadplegen van de jaarberichten met spiegelinformatie. Het spiegelen van de cijfers biedt hiertoe wel een aanzet. Daarom zijn de kengetallen uit de drie tot dusverre ontwikkelde benchmarks in het nevenstaande overzicht opgenomen. Het overzicht geeft welke rangorde de eigen instelling inneemt ten opzichte van de andere instellingen in de referentiegroep.

De kengetallen uit de informatieblokken komen grotendeels overeen met die van de spiegelinformatie. De lijst en de definitie van kengetallen staat in de bovengenoemde publicatie. De cijfers voor de informatieblokken zijn in deze bijlage niet opnieuw weergegeven.

**Rangorde kengetallen thema's benchmarking** (instelling & instellingen spiegelgroep)

<b>1. Benchmark I</b>	<b>Vraaggerichtheid</b>	<b>Laagste</b>			<b>Rangorde</b>		<b>Hoogste</b>	
1.1	Nieuwe inschrijvingen per 1.000 inwoners regio	A	B	15	F	D	E	C
1.2	Eerste opnames per 1.000 inwoners eigen regio	B	F	C	1,3	A	E	D
1.3	Aantal wachtenden per 1.000 inw. regio op 31-12.	C	E	D	6,3	F	A	B
1.4	Marktaandeel binnen eigen verzorgingsgebied	A	B	85,2%	D	E	F	C
1.5	% Start behandeling met wachttijd < 7 weken	B	A	F	82,5%	D	E	C
1.6	% Nieuwe inschrijvingen zonder klinische zorg	A	91,1%	B	F	D	E	C
1.7	Stijging/daling nieuwe inschrijvingen tov. vorig jr	D	B	F	C	A	-12,2%	E
1.8	Stijging /daling eerste opnames tov. vorig jaar	A	B	9,2%	F	D	E	C
1.9	% Uitschrijvingen binnen 1 jaar na inschrijving	F	B	A	44,2%	D	E	C
1.10	Standaardwaarde ggz-gebruik eigen regio p. cliënt	E	B	D	F	3.900	A	C
1.11	Standaardwaarde ggz-aanbod instelling per cliënt	A	B	4.107	F	D	E	C
<b>2. Benchmark II</b>	<b>Inzet middelen</b>	<b>Laagste</b>			<b>Rangorde</b>		<b>Hoogste</b>	
2.1	% Exploitatiegelden besteed aan directe zorg	A	B	68,7%	F	D	E	C
2.2	% Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	F	B	C	A	8,2%	E	D
2.3	% Instroom WAO / arbeidsplaatsen	A	C	1,5%	B	D	E	F
2.4	Aandeel PNIL in totaal personeelskosten	A	B	2,1%	F	D	E	C
2.5	% Ambulant in productiewaarde geleverde zorg	D	A	E	F	22,7%	C	B
2.6	% Zorg-op-maat in productiewaarde gelev. zorg	D	B	F	13,3%	A	C	E
2.7	Gemidd. tarief dag kortdurende klinische zorg	172	B	F	A	C	D	E
2.8	Gemidd. tarief dag langdurende klinische zorg	A	B	115	F	D	E	C
2.9	Gemidd. tarief kortdurende deeltijdbehandeling	D	112	B	F	A	E	C
2.10	Gemidd. tarief langdurende deeltijdbehandeling	E	A	D	F	94	B	C
2.11	Gemidd. tarief psychotherapiecontact	D	71	A	B	F	E	C
2.12	Gemidd. tarief behandeling-/begeleidingscontact	A	B	F	64	4	E	C
2.13	Gemidd. tarief psychotherapiecontact jeugd	A	B	D	F	92	E	C
2.14	Gemidd. tarief behand-/begeleidingcontact jeugd	F	A	E	B	D	67	C
<b>3. Benchmark III</b>	<b>Resultaten zorg</b>	<b>Laagste</b>			<b>Rangorde</b>		<b>Hoogste</b>	
3.1	Verbetering sociaal functioneren (GAF-scores)	B	17,3%	A	F	D	E	C
3.2	Totale kosten per cliënt in actieve zorg	A	B	D	F	5.667	E	C

(De letters van instellingen komen overeen met de opgave van de spiegelgroep op pagina 4)

---

## **SAMENSTELLING REFERENTIEGROEP**

A Levenslust
B Geestkracht
C De Waterlanden
D GGZ Flevoland
E GGZ De Zandstreek
F GGZ Lössland