

FRED LEFFERS & THIJS EMONS

Het echec van de marktwerking

Wat zijn de problemen in de GGZ en hoe die op te lossen?*

Sinds het kabinet-Balkenende II voeren begrippen als doelmatigheid, efficiëntie en marktprikkels de boventoon in het GGZ-beleid. Maar heeft dat tot nog toe wel een gunstig effect gehad op de praktijk? Financiële problemen, bureaucratie, minder kwaliteit en een te hoge werkdruk worden in dit artikel als gevolgen van dit beleid gezien. Hoe kunnen we uit deze impasse komen?

Het op het ministerie van vws ontwikkelde beleid heeft grote gevolgen voor de dagelijkse praktijk.¹ Dit geldt zeker voor het actuele beleid van marktwerking en kostenbeheersing. De eerste berichten hierover kwamen in de zomer van 2008 naar buiten. Er werd onder meer melding gemaakt van grote financiële problemen, afnemende kwaliteit van zorg, aantasting van het beroepsgeheim, toenemende bureaucratie en hoge werkdruk (Baltesen, 2008a; Berkeljon, 2008; Ligtvoet & Van Gennip, 2008). Sindsdien is het niet meer stil geworden in en rond de sector. Het is onmiskenbaar dat de wereld van de GGZ ingrijpend is veranderd (Kersten & Van de Pasch, 2009; Van der Oord & Geurts, 2008; Van Rooijen, 2008).

Anno 2009 geldt met name in de curatieve GGZ marktwerking als panacee, met de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) als vehikel. Het spel is op de wagen. Tegelijkertijd is het overheidsbeleid inhoudelijk richtingloos. Ofwel er is een vrije markt gecreëerd waaraan de overheid nauwelijks sturing of richting geeft (Heertje, 2008; Van Hoof, Vijselaar & Kok, 2009). Een situatie die angstig veel lijkt op die van de financiële sector voorafgaand aan de kredietcrisis. Een situatie ook die volkomen haaks staat op het voortschrijdende inzicht dat de overheid in de afgelopen jaren publieke

taken heeft verwaarloosd door ze over te laten aan de markt. Terwijl her en der steeds meer afstand van dit neoliberale beleid wordt genomen – zie bijvoorbeeld het recent verschenen jaarverslag van de Raad van State (2009) – krijgt diezelfde marktwerking in de GGZ juist alle ruimte. De vraag wat nu de impact hiervan op de structuur en inhoud van de zorg zal zijn, is volgens Van Hoof et al. nog niet goed te beantwoorden. Dat zien wij anders. In de dagelijkse praktijk zijn de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel namelijk wel degelijk voelbaar. Helaas dringen de alarmerende signalen die het veld hierover afgeeft, tot op heden nog nauwelijks door tot de beleidsmakers. De kloof tussen beleidsmakers en professionals is daarvoor te groot (Leffers, Zeegers & Palm, 2008; Van de Pol, 2008).

Welke impact hebben de stelselwijzigingen op de praktijk?

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de GGZ, besloot de actiegroep Zorg Geen Markt,² in samenwerking met het Wetenschappelijk Bureau van de SP, een uitgebreid onderzoek te doen onder de professionals in de GGZ. Dit onderzoek resulteerde in het rapport *De GGZ ontwricht* (Palm e.a., 2008), dat op 25 oktober 2008 aan Minister Klink van Volksgezondheid werd overhandigd. Meer dan vijfduizend zorgverleners deden aan het onderzoek mee. De conclusies liegen er niet om. Uit het rapport blijkt dat de voornaamste doelstelling van de stelselwijzigingen, hogere kwaliteit tegen lagere kosten, niet wordt gehaald. Integendeel: de kwaliteit staat juist onder druk en de kosten worden eerder hoger dan lager. Kortom, er gaat in de ogen van de professionals iets heel erg mis. We zullen de problemen beschrijven langs de lijnen van de drie P's waar het tegenwoordig in de GGZ om draait: de Productie, de Procedure en de Profilering. Daarbij putten wij primair uit het onderzoeksrapport *De GGZ ontwricht*, aangevuld met informatie uit andere bronnen.

Productie: alles draait om geld

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben vrijwel alle zorgaanbieders in de GGZ grote financiële problemen (Van Rooijen, 2008). Oorzaken zijn onder meer dat behandelingen pas achteraf – na gemiddeld 8 maanden – worden betaald, dat de versnippering in de financiering tot veel financiële onzekerheden leidt en dat verzekeraars forse budgetkorting opleggen of een lage prijs bedingen die soms niet eens de kosten dekt.

De financiële nood versterkt het productiedenken zoals dat in de afgelopen jaren toch al stevige voet aan de grond had gekregen (Duis, 2006). Hulpverleners worden onder druk gezet om steeds meer te produceren, wat

neerkomt op zo veel mogelijk cliënten zien in zo min mogelijk tijd. Driekwart van de hulpverleners meent dat geld belangrijker is geworden dan de cliënt. Financiële paniek heeft in diverse instellingen al geleid tot drastische maatregelen, waarbij vooral bezuinigd wordt op zorg en personeel.

Er is een duidelijke tendens naar korte, snelle standaardbehandelingen. Soms kiest een instelling hier om strategische redenen zelf voor, soms wordt het afgedwongen door de verzekeraar vanuit het idee dat deze behandelingen goedkoper of effectiever zijn. Voor zorg op maat, écht aansluiten bij de cliënt en zijn wensen, is nauwelijks nog ruimte.

Procedure: verlamdende bureaucratie

Van de werkers in de GGZ zegt 96 procent last te hebben van bureaucratie. Twee derde is meer dan 20 procent van de tijd kwijt aan verantwoording, registratie en administratie. Tijd die ten koste gaat van het zorginhoudelijke werk. Bovendien leiden de bureaucratische controlemechanismen tot een

zorgwekkende blikvernuwing waarbij alle aandacht gaat naar het goed voor de dag komen bij de boekhouders (Leffers, Emons, e.a., 2008a). Hulpverleners verliezen echter hun creativiteit en bezieling – en daardoor hun effectiviteit – als het systeem hen dicteert wat ze moeten doen (De Groot, 2001; Derksen, 2008a, 2008b; Lietaer, 1999). Daarnaast komen ook de kwaliteit van zorg en de efficiency in het gedrang, omdat professionals zich in allerlei bochten moeten wringen om de dagelijkse werkelijkheid in de hokjes van het systeem te persen (Kersten & Van de Pasch, 2009; Kindermans, 2008). Zorg die niet goed in de hokjes past, raakt in de knel.

De professionals ervaren het DBC-systeem als het summum van de bureaucratie. Negen van de tien zorgverleners wil dit in hun ogen ontwrichtende controlemechanisme afschaffen. Nog afgezien van de enorme hoeveelheid registratietijd die het systeem vergt, stuit de toepassing ervan binnen de GGZ op fundamentele professioneel-

Zorg die niet goed in de hokjes past, raakt in de knel



Foto: Iryna Shpulak

inhoudelijke bezwaren. Zo heeft de diagnosecomponent van de DBC's, de DSM-IV-classificatie, in de praktijk nauwelijks een relatie met de gekozen behandelmethodes. Dit maakt het onverantwoord en onwetenschappelijk om op basis van de DSM-IV-classificatie uitspraken te doen over de benodigde behandeling en de financiering daarvan (Bouman, 2006; Jongedijk, 2001; Kalmthout, 2008; Kindermans, 2008; Van den Berg, 2006). Toch gebeurt dat nu wel.

Een tweede bezwaar is dat inhoudelijke informatie moet worden doorgegeven aan overheid en verzekeraars. Dit schendt de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de hulpverlener. Bovendien kan nauwelijks gegarandeerd worden dat deze gevoelige informatie niet zal worden misbruikt. Het gevolg is dat de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt wordt ondermijnd, terwijl dit juist in de GGZ een wezenlijk onderdeel van de behandeling is (Lo Galbo, 2009).

Profilering: beeldvorming belangrijker dan inhoud

Zorginstellingen moeten met elkaar wedijveren om contracten met verzekeraars binnen te slepen. Dit dwingt ze om te investeren in allerlei activiteiten. Hierbij is het imago belangrijker dan de inhoud van de zorg. Zo wordt veel geld geïnvesteerd in het behalen van keurmerken, terwijl deze nauwelijks inzage geven in de kwaliteit van de zorg (Trommelen & De Visser, 2009). Daarnaast wringen zorginstellingen zich in allerlei bochten om hun 'producten' ogenschijnlijk sneller, goedkoper en transparanter te maken. In de 'onderhandelingen' met verzekeraars is men sterk gericht op aanpassing (Van Rooijen, 2008). Het leidt tot forse ingrepen in de zorg. Extra pijnlijk is dat deze ingrepen worden verkocht als een 'kwaliteitsslag', terwijl het in werkelijkheid om bezuinigingen gaat.

Sommige instellingen gaan nog een stap verder. Zij proberen zich actief te onderscheiden van hun voormalige collega-instellingen, om zodoende voor de eigen onderneming een zo goed mogelijke positie te verwerven. Een strategie die funest is voor de samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze verminderde samenwerking bemoeilijkt het leveren van gestroomlijnde en kwalitatief goede zorg.

Een voorbeeld van zo'n zich actief profilerende zorgaanbieder is PsyQ (Baltesen, 2008b). Zij spreken precies de taal die beleidsmakers en verzekeraars willen horen: mensen in psychische nood worden er snel en goedkoop behandeld. Daarnaast beweren ze 'effectief' te zijn en 'betere kwaliteit' te leveren, zonder deze claims te onderbouwen. Hierbij wordt handig ingespeeld op het vooroordeel dat de reguliere GGZ problemenodeloos ingewikkeld maakt en onnodig lang behandelt. Intussen verdienen ze geld door de zorg af te stemmen op het DBC-systeem. Ze doen zo veel

mogelijk datgene wat geld oplevert. Cliënten met complexe problematiek worden doorgeschoven naar de concurrent, van wie de verzekeraar – mede dankzij PsyQ – nu juist het beeld heeft dat er op bezuinigd kan worden.

Hoe kon het zo mis gaan?

Het voorgaande maakt duidelijk dat de seinen in de GGZ op rood staan. Hoe kon het zo ver komen? In onze visie hebben diverse, elkaar versterkende factoren een rol gespeeld.

Tunnelvisie in het overheidsbeleid

Het huidige GGZ-beleid is pas sinds enkele jaren in zwang. Met het aantreden van het kabinet-Balkenende II in 2003 verdwenen zorginhoudelijke begrippen als vermaatschappelijking en extramuralisering – die tot dan toe de boventoon voerden – vrij abrupt naar de achtergrond. In plaats daarvan gingen termen als doelmatigheid, efficiency en marktprikkels de beleidsnotities domineren. Kostenbeheersing en marktwerking werden belangrijke, zo niet de belangrijkste beleidslijnen (Van Hoof e.a., 2009).

Hoe relatief jong het huidige beleid ook is en hoezeer er ook sprake is van een trendbreuk ten opzichte van eerder beleid, de beleidsmakers op het ministerie lijken er onwrikbaar in te geloven. De ruimte voor twijfel is nihil en daarmee ook de mogelijkheden voor het integreren van feedback uit de dagelijkse praktijk. En zo gaat men stug door met het uitvoeren van beleid dat in de dagelijkse praktijk geen draagvlak heeft.

Branchevereniging was te meegaand

De brancheorganisatie GGZ Nederland en de beroepsverenigingen hebben de sector niet goed vertegenwoordigd. Vanuit het verlangen net zo serieus genomen te worden als de somatische zorg – inclusief bijbehorende honoraria – probeerden ze een goede partner te zijn voor de beleidsmakers. In dit proces raakten ze gaandeweg het contact met hun achterban kwijt en lieten ze zich mede verantwoordelijk maken voor het huidige systeem (Huygen, 2008; Lo Galbo, 2009). Dit geldt zeker voor GGZ Nederland. Uit recente uitspraken van Bontje, lid Raad van Bestuur van zorgverzekeraar UVIT, blijkt dat GGZ Nederland zelfs een voorvechter was van het DBC-systeem (Mengelberg, 2009). Van daaruit wordt ook begrijpelijk waarom GGZ Nederland in de afgelopen jaren meermalen volkomen onterecht heeft gesteld dat er voor de invoering van DBC's binnen de sector een groot draagvlak bestaat (zie bijvoorbeeld GGZ Nederland, 2006). Inmiddels wordt door directeur Jos de Beer erkend dat er 'weerstand' is, maar die zou al 'over zijn hoogtepunt heen' zijn (Van Delft, 2008). Sterker nog, in een recent artikel beweert De Beer nog steeds dat er

niets mis is met het DBC-systeem (De Beer, 2009). Een en ander maakt pijnlijk duidelijk hoezeer het contact met de achterban zoek is.

Tot op heden zijn zowel de branche- als de beroepsverenigingen nauwelijks in staat gebleken om hun inschattingfouten toe te geven. Ze houden zich afzijdig of spreken nog steeds de taal die de minister en de zorgverzekeraars willen horen.

Directies namen onvoldoende stelling

De raden van bestuur van GGZ-instellingen werkten in meerderheid, actief of passief, mee aan de veranderingen. Men verloor zich in eenzijdige beeldvorming over de kansen van het nieuwe stelsel en wilde of durfde het niet aan om het echte verhaal te vertellen. Vanuit strategische overwegingen of uit angst dat de instelling negatief in het nieuws zou komen en de relatie met beleidsmakers en verzekeraars schade zou oplopen. Intussen staken de bestuurders hun energie in schaalvergrotingen en in pr, teneinde voor de eigen instelling een sterke uitgangspositie te creëren. Met de inhoud van de zorg hielden zij zich steeds minder bezig. In combinatie met de schaalvergroting leidde dit ertoe dat ook de raden van bestuur het contact met hun professionals langzaam aan verloren.

Inmiddels erkennen de meeste raden van bestuur de enorme financiële problemen waarin hun instelling en de sector terecht zijn gekomen. Tegelijkertijd blijven zij, al dan niet voor de bühne, vasthouden aan het huidige stelsel (Van Rooijen, 2008). Slechts een enkele bestuurder durft het aan publiekelijk de volle omvang van de problemen te benoemen (Baltesen, 2008a; Peeters, 2008).

Professionals hebben het laten lopen

Veel GGZ-professionals hebben zich nooit verdiept in de beleidsmatige ontwikkelingen rond hun vak (Mentaal beter, 2008). Dit had als gevolg dat anderen de toekomst van hun vak bepaalden. Intussen groeide de onvrede. Hulpverleners raakten murw door de aanhoudende schaalvergrotingen en reorganisaties. Met het groeien van de onmacht kozen steeds meer professionals eieren voor hun geld. Ze schikten zich in de rol van bureaucratische werknemer die van het management duidelijke voorschriften wil over wat hij wel en niet moet doen. Heel geleidelijk, bijna sluipenderwijs, transformeerden steeds meer professionals in gewone werknemers (Van der Lans, 2008).

GGZ-professionals hebben te weinig gedaan om de vooroordelen te corrigeren die de politiek, en deels de publieke opinie, ten opzichte van de sector koestert. Dit geldt met name voor de misvatting dat er op de GGZ flink bezuinigd kan worden, voortkomend uit het idee dat problemen nodeloos

ingewikkeld worden gemaakt en onnodig lang worden behandeld. Zo hadden de professionals nadrukkelijker voor het voetlicht moeten brengen wat de beperkingen zijn van protocollaire behandelingen in de dagelijkse praktijk (Derksen, 2008a, 2008b; Kindermans, 2008). Hetzelfde geldt voor het gebruik van de DSM-IV-classificatie als diagnosecomponent van de DBC. Hoewel deze keuze – zoals eerder betoogd – professioneel-inhoudelijk onverantwoordelijk is, werkt de overgrote meerderheid van de professionals er redelijk kritiekloos aan mee.

Zorgverzekeraars gebruiken hun macht

In het spel van de marktwerking hebben zorgverzekeraars veel macht gekregen die ze volop inzetten (Hövels, 2008; Van Rooijen, 2008; Vos, 2008). Verzekeraars maken de dienst uit, waarbij zij zich eenzijdig focussen op het kostenaspect. Hoewel zij anders pretenderen, speelt kwaliteit in de onderhandelingen slechts een marginale rol. Daarnaast worden allerlei discutabele eisen gesteld die de bedrijfsvoering bemoeilijken of die interfereren met de professionele autonomie (Van der Heide & Van den Heuvel, 2009). Er zijn voorbeelden bekend waarbij facturen van honderdduizenden euro's niet werden uitbetaald vanwege één klein foutje in de aangeleverde gegevens. Geconcludeerd kan worden dat verzekeraars volop bezig zijn om grip te krijgen op de sector en de kosten te drukken, maar dat zij zich vooralsnog weinig verantwoordelijk tonen als het gaat om het waarborgen van goede zorg. Eigenlijk kan hen dat ook nauwelijks kwalijk worden genomen. Verzekeraars hebben nu eenmaal meer verstand van geld dan van goede GGZ-zorg. Keurmerken en prestatie-indicatoren vullen deze kennisleemte maar zeer beperkt op (Groenewoud, 2008; Trommelen & De Visser, 2009).

Cliënten hebben geen stem

Net als de professionals laten ook de cliënten zich weinig horen. Dat kan hen nauwelijks worden verweten. Cliëntenverenigingen in de GGZ zijn veelal niet in staat om een vuist te maken. Deels vanwege de problematiek waarmee hun leden kampen, deels vanwege een gebrek aan organisatie en financiële middelen en deels omdat veel cliënten slechts tijdelijk van de GGZ gebruikmaken en die vervolgens achter zich willen laten (Lo Galbo, 2009).

Media en publieke opinie houden zich afzijdig

De GGZ is voor de gemiddelde Nederlander niet direct een onderwerp waar men zich graag in verdiept. Hetzelfde geldt voor de media. Zolang er geen doden vallen scoort een item over Wilders nu eenmaal beter dan een item

over de GGZ. Terwijl de realiteit is dat vier van de tien Nederlanders ooit in hun leven met een psychische stoornis te kampen krijgen en één op de vier jaarlijks (Van Dorsselaer e.a., 2006). Anders gezegd: het merendeel van de Nederlanders krijgt op enig moment in het leven, hetzij als cliënt, hetzij als direct betrokkene, met de GGZ te maken. Slechts weinigen, inclusief de journalistiek, lijken zich hiervan bewust te zijn.

Hoe nu verder?

Dat de stelselwijzigingen in de GGZ tot grote problemen leiden, wordt door steeds meer partijen erkend. Over de dieperliggende oorzaken van de problemen, laat staan de oplossingen, wordt echter zeer verschillend gedacht. Is het stelsel zelf de oorzaak? Gaat het om overgangsproblemen en is het een kwestie van enkele jaren de adem inhouden? Is er te weinig overheidstoezicht? Of juist te veel? Is de marktwerking te langzaam ingevoerd? Of juist te snel? Hebben verzekeraars te veel macht gekregen? Zijn de problemen te

wijten aan incompetent bestuurders die hun instellingen slecht hebben voorbereid op het nieuwe zorgstelsel? Zijn de professionals zelf de oorzaak van de problemen doordat ze te weinig naar buiten treden en niet over hun schouder willen laten meekijken?

Hebben verzekeraars te veel macht gekregen?

Hebben de brancheorganisaties de sector verkwanseld door akkoord te gaan met een stelsel dat niet wordt gedragen door de achterban? Zijn de problemen veroorzaakt door de zorgverzekeraars omdat zij alleen maar op kostenbesparing sturen? Ligt de oorzaak primair in de complexiteit en rigiditeit van de gekozen registratiesystemen? Is misschien de politiek zelf de belangrijkste aanstichter van de problemen doordat zij vanuit de angst voor almaar groeiende zorguitgaven volledig gefocused is geraakt op controle en kostenbesparing? Zijn de problemen niet gewoon een gevolg van de enorme kloof tussen werkvloer en beleidsmakers?

Het zijn slechts enkele van de vele mogelijke oorzaken. Allemaal werden ze in het afgelopen jaar wel genoemd, door steeds weer andere mensen. En het zou best kunnen dat ze allemaal een deel van het antwoord zijn.

De parallel met de kredietcrisis dringt zich opnieuw op. Dat er een kredietcrisis is, erkent inmiddels iedereen (ook al werd die crisis aanvankelijk door velen gebagatelliseerd). Maar over de oorzaken van de crisis en zeker over structurele oplossingen bestaat nog niet een begin van overeenstemming. Er worden weliswaar allerlei maatregelen genomen om de crisis te bezweren, maar die zijn niet gebaseerd op een analyse van de oorzaken. Ditzelfde dreigt nu in de GGZ. Als binnenkort de eerste instelling failliet gaat of cliënten aan de bel gaan trekken over de verslechterende zorg, dan zullen er vanuit de politiek ongetwijfeld maatregelen komen. Het zal dan gaan om ad-hocmaatregelen die de gesignaleerde problemen moeten repareren, vergelijkbaar met de kapitaalinjecties van banken. Intussen blijven de onderliggende problemen bestaan. Problemen die om structurele, breed gedragen oplossingen vragen.

Maar om tot oplossingen te kunnen komen is tijd, rust en afstand nodig. Als alle partijen de vertrouwde mantra's durven los te laten, zullen zij ook werkelijk tot nieuwe inzichten kunnen komen. Aan deze voorwaarden is momenteel niet voldaan. Zo staat de GGZ sectorbreed onder zeer hoge druk en zijn zowel bestuurders als professionals in de praktijk vooral bezig met overleven. Ook op het ministerie lijkt de ruimte voor reflectie momenteel niet groot. De conclusie is dat een structurele, breed gedragen oplossing van de problemen er op dit moment niet in zit. Eerst zullen de omstandigheden gecreëerd moeten worden waarbinnen zo'n oplossing kan worden gevonden. Maar hoe dan?

Stap 1: Erkenning van de feiten

Een eerste stap in dit proces zou moeten zijn om de tegenstellingen even te laten voor wat ze zijn en de aandacht te richten op de vaststelling van feitelijke zaken waarover snel consensus kan worden bereikt:

- 1 Zoals eerder beschreven in de drie P's (productie, procedure en profilering) zijn er gereede twijfels of het nieuwe zorgstelsel in de GGZ wel datgene oplevert waartoe het in het leven was geroepen: hogere kwaliteit tegen lagere kosten.
- 2 Zolang de zorgverleners het nieuwe zorgstelsel ervaren als iets inperkends, als iets wat hen is opgedrongen en als iets wat hun vak schade toebrengt, kan het geen succes worden.
- 3 Het stellen van de schuldvraag zal ons niet helpen om uit de crisis te komen.
- 4 De GGZ is een specialisme met haar eigen dynamiek en (on)mogelijkheden. Om beleid effectief te laten zijn, moet aan de bijzondere aard van de sector recht worden gedaan. Moeilijk te kwantificeren zaken als vertrouwen, hoop, compassie, betrokkenheid en maatwerk zijn in de GGZ geen bijzaken, maar raken juist aan de essentie van het vak.

Stap 2: Samen verantwoordelijkheid nemen: aanbevelingen voor een oplossing

Pas als we het eens kunnen worden over de feiten, ontstaat er ruimte voor een structurele oplossing. Naar onze stellige overtuiging moet deze oplossing worden bedacht door beleidsmakers en professionals gezamenlijk. Dit brengt ons tot het volgende advies aan minister Klink van vws:

633

1 Blus zo spoedig mogelijk de brand om verdere schade te voorkomen en om rust te creëren. Dit kan door in de GGZ het nieuwe zorgstelsel gedurende enkele jaren terug te draaien. Concreet betekent dit het stopzetten van de marktwerking en het DBC-systeem en een tijdelijke terugkeer naar het oude verrichtingsstelsel. Praktisch gezien is dit geen enkel probleem omdat het oude systeem nog altijd in bedrijf is.

2 Investeer fors in het overbruggen van de kloof tussen beleidsmakers en werkvloer. Beleidsmakers hebben de professionals nodig, en andersom (Posma, 2009). Ontwikkel nieuw beleid samen met de professionals en niet met de branchevereniging en de bestuurders van instellingen. Doe weer recht aan de mening en de autonomie van de professional. Geef weer vertrouwen. Maar ook: spreek de professionals aan op hun verantwoordelijkheid (Mentaal beter, 2008). Vraag van hen, eis desnoods van hen, dat zij meedenken over zinvolle manieren om tegemoet te komen aan de wens tot transparantie en over een verantwoorde beheersing van de kosten van hetgeen zij doen. Eis ook van hen dat zij zich adequaat organiseren. Laat beroepsverenigingen alleen nog spreken namens hun achterban als zij kunnen aantonen dat minimaal 20 procent van die achterban er mee heeft ingestemd. Dit dwingt hen om te investeren in hun relatie met die achterban.

3 Laat een uitgebreid onafhankelijk onderzoek doen naar wat er nu precies is misgegaan bij de ontwikkeling en invoering van het nieuwe zorgstelsel in de GGZ. Met name hoe het kan dat dit stelsel in het veld op zoveel weerstand stuit. Gebruik de uitkomsten van het onderzoek om fundamenteel te reflecteren op het beleid en de wijze waarop het gevoerd wordt. Verwacht datzelfde van de andere betrokken partijen.

4 Stel een commissie in met daarin enkele beleidsmakers van het ministerie, enkele bestuurders van GGZ-instellingen, een onafhankelijk voorzitter en minimaal tien professionals van de werkvloer. Zorg dat alle settingen en beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn. Zorg ook dat de commissieleden uit de GGZ-sector ongebonden zijn en niet in een eerder stadium betrokken waren bij de ontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel of juist het verzet ertegen. Laat de commissie een alternatief financierings- en verantwoordingssysteem ontwikkelen voor de GGZ. Vertrouw op de beleidsmakers in de commissie als het gaat om het bewaken van beleidslijnen.

Geef de commissie zo veel mogelijk de ruimte die zij nodig heeft om ook echt tot een oplossing te kunnen komen.

5 Organiseer een referendum onder alle GGZ-professionals en leg hen de keuze voor tussen het huidige zorgstelsel en het door de commissie ontwikkelde alternatief.

6 Voer het gekozen zorgstelsel in.

Conclusie

Van Hoof et al. (2009) schetsen vier toekomstscenario's voor de GGZ. Zij concluderen: 'Welke van deze scenario's in de komende periode de boventoon gaat voeren is nog niet goed te voorspellen. Belangrijk daarvoor blijven de ontwikkelingen en de reacties in het veld zelf. Ook is de vraag van belang in hoeverre de overheid de aandacht weer wenst te verleggen naar de inhoudelijke doelstellingen en de maatschappelijke functie van de GGZ.' (p. 252-253). Precies daar zit de frustratie van veel professionals: dat al die ingrijpende veranderingen van de afgelopen jaren zo weinig met de inhoud van hun dagelijkse werk van doen hebben, terwijl ze daar intussen wel een grote invloed op uitoefenen (Kersten & Van de Pasch, 2009).

De crisis in de GGZ kan alleen maar worden opgelost als beleidsmakers en professionals hun deskundigheid gaan bundelen, vanuit de erkenning dat beleid pas echt succesvol kan zijn als het gebaseerd is op een gezamenlijke, door beide partijen gedeelde visie (Heertje, 2008; Posma, 2009). Dit vergt een koerswijziging bij zowel beleidsmakers als professionals. Voor beleidsmakers geldt dat de inhoud weer terug moet in het beleid en dat zij open moeten staan voor de praktijk van alledag en de bereidheid moeten hebben om hun beleid daarop af te stemmen. Voor de professionals geldt dat zij meer verantwoordelijkheid zullen moeten nemen voor beleidsmatige aspecten van hun vak. Zij kunnen niet meer om de politiek heen als zij hun vak serieus willen nemen. Onze conclusie moge duidelijk zijn: de toekomst is niet wat gaat gebeuren maar wat wij – beleidsmakers én professionals – zullen doen.



Noten

- * Delen van dit artikel verschenen eerder in het boek *Beroepstrots* (Leffers & Emons, in druk), *Dagblad Trouw* (Leffers, Bongaards e.a., 2008) en de tijdschriften *Psy* (Leffers & Emons, 2008), *De Psycholoog* (Leffers, Emons e.a., 2008b) en *Spanning* (Leffers & Emons, 2009).
- 1 Van Hoof, Vijselaar en Kok geven in het MGv van april 2009 een overzicht van het GGZ-beleids sinds 1970. Hun toegankelijk geschreven tweeluik is wat ons betreft verplichte kost voor de professionals in het veld.
- 2 De actiegroep Zorg Geen Markt (www.zorggeenmarkt.nl) is in 2004 opgericht door Agnes Kant, Tweede-Kamerlid van de SP, samen met een vijftigtal werkers uit de zorg, waaronder prominente leden van andere politieke partijen zoals het CDA. Op basis van argumenten, analyse en feiten, maar vooral op basis van de dagelijkse werkelijkheid in de zorg, wil men een tegenwicht bieden aan de marktideologie.
- Literatuur**
- Baltesen, F. (2008a, 21 juni). Psychotherapeut wil ook een keer naar wc. Instellingen klagen over toename werkdruk en bureaucratie door invoering marktwerking. *NRC Handelsblad*, p. 3.
- Baltesen, F. (2008b, 19 juli). Lekker snel van je angsten af. Commercieel hulpverleningsbedrijf verdient aan angst en depressies. *NRC Handelsblad*, p. 3.
- Beer, J. de (2009, 12 januari). Zorgverzekeraar onderschat dynamiek in de GGZ. *Het Financieele Dagblad*.
- Berg, R. van den (2006). DBC's onbruikbaar in psychiatrie. Multicausale klachten passen niet in hokjes-systeem. *Medisch Contact*, 61, 12, 488-490.
- Berkeljon, S. (2008, 10 juli). Beroepseed niet gewaarborgd. *De Volkskrant*, p. 9.
- Bouman, D. (2006). Vervang DSM-codes door de ernst van de problematiek! *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 6, 451-456.
- Delft, S. van (2008, 12 juni). SP: bureaucratie ondermijnt GGZ-zorg. *Psy.nl*. Ontleend aan www.psy.nl/nieuws/nieuwsbericht/article/sp-bureaucratie-ondermijnt-ggz-zorg/
- Derksen, J. (2008a). Hoe verandert de intrapsychische architectuur? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 5, 352-368.
- Derksen, J. (2008b, 22 juli). Markt en ziel gaan niet samen. Het behandelen van psychische problemen is een zaak van lange adem. *NRC Handelsblad*, p. 7.
- Dorsselaer, S. van, Graaf, R. de, Verdurmen, J., Land, H. van 't, Have, M. ten, & Vollebergh, W. (2006). *Trimbos kerncijfers psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duis, T. (2006). GGZ is geen productiefabriek. *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 10, 12, 38-39.
- GGZ Nederland (2006). Brief naar kabinetsinformatuur Wijffels, 27 december.
- Groenewoud, A.S. (2008). *It's your choice! A study of search and selection processes, and the use of performance indicators in different patient groups*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Groot, F. de (2001). Pleidooi voor meer placebo. Mogelijkheden van niet-specifieke factoren voor opleiding, werkorganisatie en praktijk van psychosociale zorg. *Directieve therapie*, 21, 4, 384-397.
- Heertje, A. (2008). Waar doen we het voor? *Mb Magazine*, 4, 13, 7.
- Heide, L. van der, & Heuvel, E. van den (2009). Zorgwekkende marktwerking in de eerste lijn (2). *Psychopraxis*, 11, 1, 29-31.
- Hoof, F. van, Vijselaar, J., & Kok, I. (2009). Van overheidssturing naar marktwerking. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 239-255.
- Hövels, J. (2008, 27 oktober). GGZ-medewerkers spreken zich massaal uit tegen marktwerking. *Psy.nl*. Ontleend aan www.psy.nl/nieuws/nieuwsbericht/article/ggz-medewerkers-spreken-zich-massaal-

- uit-tegen-marktwerking
- Huygen, M. (2008, 3 mei). De zorg dreigt het onderwijs achterna te gaan in overgeorganiseerde chaos. *NRC Handelsblad*, p. 13.
- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 5, 309-319.
- Kalmthout, M. van (2008). Psychotherapie, wetenschap en de DBC-systematiek. In C. van Nijnatten & G. Hutschemaekers (Red.), *De klinisch psycholoog als scientist practitioner. Opstellen over de verhouding van wetenschap en praktijk. Bij gelegenheid van het emeritaat van prof. Dr. Cees van der Staak*. Nijmegen/Utrecht: Radboud Universiteit/ MGv.
- Kersten, J., & Pasch, T. van de (2009). Beroering in de GGZ. Bureaucratie ten koste van kwaliteit. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1, 12-17.
- Kindermans, G. (2008). Op hol geslagen transparantie. De wonderde wereld van de DBC's (2). *De Psycholoog*, 43, 491-494.
- Lans, J. van der (2008). *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- Leffers, F., Bongaards, T., Zeegers, S., Schie, K. van, & Ralston, A. (2008, 6 december). Is er straks nog iemand die zorgt voor de geest? *Trouw, katern 2*, p. 14.
- Leffers, F., & Emons, T. (2008). Marktwerking ontzielt GGZ. *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12, 5, 38-39.
- Leffers, F., & Emons, T. (2009). Marktwerking in de GGZ pakt desastreus uit. *Spanning*, 11, 1, 17-19.
- Leffers, F., & Emons, T. (2009). Los de crisis in de GGZ op: laat beleidsmakers en professionals de handen ineen slaan! In T. Jansen, G. van den Brink, & J. Kole (red.), *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Leffers, F., Emons, T. & Klaver, C. (2008a, 5 juli). Als de handtekening maar goed is. *Trouw, katern 2*, p. 14.
- Leffers, F., Emons, T., & Klaver, C. (2008b). GGZ-professionals laat u horen! *De Psycholoog*, 43, 646-648.
- Leffers, F., Zeegers, S., & Palm, I. (2008, 12 november). Stop de ontwrichting van de geestelijke gezondheidszorg! *Dagblad van het Noorden*.
- Lietaer, G. (1999). Vergelijkend proces- en effectonderzoek in de psychotherapie: een pleidooi voor integratie? *Tijdschrift voor Psychotherapie, speciale uitgave*, 63-75.
- Ligtvoet, F., & Gennip, S. van (2008, 21 juli). GGZ onder zware druk. Onvrede over kleinere budgetten en groeiende administratie. *De Stentor*, p. 1-3.
- Lo Galbo, C. (2009). De psychiater en de privacy. Je geld of je beroepsgeheim. *Vrij Nederland*, 70, 15, 32-39.
- Mengelberg, K. (2009, 24 januari). Standpunt Univé-VGZ-IZA-Trias met betrekking tot de DBC-systematiek in de GGZ en in het bijzonder de privacy aspecten daarvan. *De Vrije Psych*. Ontleend aan www.devrijepsych.nl/?pagina=UVIT&id=261
- Mentaal beter (2008). Kom op voor de kwaliteit van je werk. De expliciete aansporing van Thijs Jansen. *Mb Magazine*, 4, 13, 4-6.
- Oord, S. van der, & Geurts, H.M. (2008). DBC's en stepped care in de kinder- en jeugd-GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 802-807.
- Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Egmond, V. van, & Zeegers, S. (2008). *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt.
- Peeters, B. (2008). GGNet in opstand tegen marktwerking. *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12, 10, 4-5.
- Pol, F. van de (2008). Overheveling GGZ: weerbarstig in de praktijk. *Zorgadministratie en Informatie*, 35, 134, 42-46.
- Posma, E. (2009). *De GGZ vraaggericht? Het perspectief van professionals in de GGZ over vraaggerichtheid in het licht van de marktgerichte beleidscontext*. Afstudeerscriptie Universiteit Utrecht Master 'Sociale vraagstukken: interventies en beleid'.
- Raad van State (2009). *Jaarverslag 2008*. Den Haag:

Raad van State.

Rooijen, M. van (2008). GGZ-instellingen in financiële problemen. *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12, 11, 4-7.

Trommelen, J. & Visser, E. de (2009, 26 januari).

Keurmerk zorg zegt weinig over kwaliteit. *De Volkskrant*, p. 1.

Vos, C. (2008, 12 november). Verzekeraars gedragen zich als oligarchen. *De Volkskrant*, p. 9.

Samenvatting

F. Leffers & T. Emons

‘Het echech van de marktwerking. Wat zijn de problemen in de GGZ en hoe die op te lossen?’

► Praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de GGZ laat zien dat het doel van hogere kwaliteit tegen lagere kosten niet wordt gehaald. Integendeel: het merendeel van de zorginstellingen heeft forse financiële problemen, de kwaliteit van zorg staat onder druk, er zijn aanhoudende zorgen over de privacy van cliënten en de professionals ervaren een zeer hoge werkdruk die mede wordt veroorzaakt door de bureaucratie. Dit artikel beschrijft de problemen en analyseert hoe het zo mis heeft kunnen gaan. Geconcludeerd wordt dat alle betrokken partijen steken hebben laten vallen en dat er door de diverse belanghebbenden zeer verschillend wordt gedacht over eventuele oplossingen. Hierdoor is een structurele, breed gedragen oplossing op korte termijn niet mogelijk. Eerst zullen de omstandigheden gecreëerd moeten worden waarbinnen zo'n oplossing kan worden gevonden. De eerste stap in dit proces is het vaststellen van feitelijke zaken waarover alle partijen het eens kunnen zijn. De tweede stap is het dichten van de kloof tussen beleidsmakers en professionals door ze samen verantwoordelijk te maken voor het vinden van een oplossing.

Personalia

Ir. drs. F.C. Leffers (1968), gezondheidszorgpsycholoog en informaticus, is werkzaam als behandelaar

bij GGNET te Apeldoorn. Adres: GGNET, Polikliniek Volwassenen, Postbus 928, 7301 BD Apeldoorn. f.leffers@ggnet.nl

Drs. T. Emons (1980), psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, is werkzaam bij GGNET te Apeldoorn.

Beide auteurs zijn initiatiefnemer van de website www.deggzlaatzychhoren.nl. Via de site en de bijbehorende mailinglijst worden GGZ-professionals en andere geïnteresseerden op de hoogte gehouden van publicaties en andere initiatieven die de ontwikkelingen rond de GGZ en het nieuwe zorgstelsel op constructief kritische wijze voor het voetlicht brengen. De mailinglijst had in mei 2009 al meer dan 3400 leden.