



De ggz laat zich horen!

Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg

Professionals over de gevolgen van marktwerking

Nienke van Sambeek, Evelien Tonkens & Christian Bröer, Beleid en Maatschappij 2011 (38) 1, maart, 47-64.

U kunt het artikel lezen op de volgende pagina's.

Voor publicatie van dit artikel op de website www.deggzlaat zich horen.nl werd op 4 mei 2011 schriftelijk toestemming gegeven door de uitgever en de redactie van Beleid en Maatschappij. Zie <http://www.boomlemmatijdschriften.nl/> voor meer informatie over dit tijdschrift.

Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg

Professionals over de gevolgen van marktwerking

*Nienke van Sambeek, Evelien Tonkens & Christian Bröer**

Samenvatting

In 2008 werd een nieuw zorgstelsel ingevoerd in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waarin gereguleerde marktwerking centraal staat. Marktwerking moet mogelijk worden door zorg als 'product' te omschrijven met behulp van de zogenoemde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). We onderzochten hoe uitvoerende professionals in de GGZ omgaan met DBC's en welke betekenis zij eraan verbinden. Uit de resultaten van het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat de economische en bureaucratische waarden die het DBC-systeem belichaamt, in de dagelijkse praktijk vaak botsen met professionele waarden. Volgens de professionals leiden marktwerking en DBC's tot een aantasting van de professionaliteit en tot een verslechtering van de kwaliteit van zorg. In hun poging om kwaliteit en professionaliteit te beschermen passen professionals de nieuwe spelregels veelal pragmatisch toe en lossen ontstane problemen binnenskamers op, waardoor deze niet zichtbaar worden. Gevolg is dat professionals vaak onbedoeld meewerken aan het in stand houden van het beleid. Het ervaren kwaliteitsverlies kan zich hierdoor sluipenderwijs voltrekken.

Inleiding

In navolging van de somatische gezondheidszorg heeft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sinds 1 januari 2008 te maken met een nieuw zorgstelsel waarmee stapsgewijs gereguleerde marktwerking wordt ingevoerd. De overheid trekt zich geleidelijk terug ten behoeve van de marktpartijen, en zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten onderling gaan concurreren. In het hervormde zorgstelsel zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk geworden voor inkoop en betaling van de geneeskundige GGZ. Decentralisatie en concurrentie zouden dé remedie vormen voor een zorgsector die in beleidsdocumenten wordt getypeerd als klantvriendelijk, inefficiënt en ondoorzichtig (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) 2001).

* Nienke van Sambeek is psycholoog bij de Psychologische Praktijk Putten. Evelien Tonkens is bijzonder hoogleraar actief burgerschap, afdeling Sociologie en Antropologie aan de Universiteit van Amsterdam en toezichthouder GGZ centraal. Correspondentiegegevens: prof. dr. Evelien Tonkens, Universiteit van Amsterdam, afdeling Sociologie en Antropologie, St. Actief burgerschap, Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam, E.H.Tonkens@uva.nl. Christian Bröer is universitair docent sociologie aan de Universiteit van Amsterdam.

Een belangrijk onderdeel van het nieuwe zorgstelsel is het zogenoemde Diagnose Behandeling Combinatie- (DBC-)systeem. In dit systeem worden de diagnose en de totale behandeling van de cliënt geregistreerd en gekoppeld aan een bepaalde prijs. Inkoop en betaling van de zorg door de zorgverzekeraars worden op dit systeem gebaseerd. Deze manier van bekostiging werd al in 2005 in de somatische zorg ingevoerd (Palm e.a. 2008, 14). De DBC-systematiek moet marktwerking mogelijk maken door diensten in de zorg als standaard 'producten' te herdefiniëren, waardoor concurrerende zorgaanbieders met elkaar kunnen worden vergeleken. Het idee is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders uiteindelijk vrij met elkaar onderhandelen over de prijs en het volume van de DBC's (Palm e.a. 2008, 14). De concurrentie die zo ontstaat, zou zorgaanbieders aanmoedigen om betere, vraaggestuurde zorg te leveren (Ministerie van VWS 2008). Ook zou hierdoor meer transparantie over prijs en kwaliteit van de zorg ontstaan en betere sturing door de rijksoverheid mogelijk worden (Ministerie van VWS 2006, 8). Samengevat is het DBC-systeem een nieuwe vorm van registratie en bekostiging in de zorg en een middel om marktwerking te bewerkstelligen.

Voor professionals in de GGZ betekent het DBC-systeem onder andere een uitbreiding van administratieve taken. Zij moeten voortaan alle patiëntgegevens, diagnoses en verrichte handelingen digitaal registreren. Voor de registratie van de diagnose zijn professionals verplicht de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) te gebruiken. De gegevens die professionals in het DBC-systeem invoeren, worden verstrekt aan de zorgverzekeraar en geanonimiseerd aangeleverd aan het DBC-informatiesysteem (DIS) om gebruikt te kunnen worden voor onderzoek en doorontwikkeling van de DBC's (www.dbcinformatie.systeem.nl).

De professionals die het beleid dagelijks moeten uitvoeren, hebben uitgesproken kritiek op de invoering van marktwerking en het DBC-systeem. Dit blijkt onder andere uit een grootschalig onderzoek van het wetenschappelijk bureau van de Socialistische Partij (SP) onder ruim 5000 professionals in de GGZ. Bijna drie kwart van de respondenten vindt marktwerking in de zorg een slecht idee. Van de respondenten die zelf met DBC's werken vindt 89 procent dat het DBC-systeem niet moet worden gehandhaafd (Palm e.a. 2008). Uit een onderzoek van Tummers onder 478 uitvoerende professionals in de GGZ blijkt dat weerstand tegen de implementatie van DBC's sterk is gerelateerd aan ervaren zinloosheid en aan de beperkte autonomie bij de uitvoering van het beleid (Tummers 2010, 23). Ondanks de weerstand van professionals is grootschalig verzet tot nu toe beperkt gebleven. Slechts kleine groepen van vrij gevestigde psychiaters en psychotherapeuten (verenigd in DeVrijePsych en de koepel van DBC-vrije praktijken) voeren strijd en weigeren openlijk met DBC's te werken. Zij maken bezwaar tegen de verstrekking van vertrouwelijke patiënteninformatie aan derden. Door zich aan het DBC-systeem te onttrekken lopen deze professionals echter het risico op vervolging voor het plegen van een 'economisch delict' (www.devrijepsych.nl), een risico dat niet veel professionals durven te nemen.

De focus van dit artikel is gericht op professionals die wél met het systeem werken, terwijl zij daar wellicht kritiek op hebben. Wat betekent het DBC-systeem voor hen? En als er sprake is van onvrede, waar berust deze dan concreet op en

wat doen zij hiermee in de uitvoering van het beleid? Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van professionals met het DBC-systeem. Uitgangspunt van het onderzoek is het idee van politicoloog Lipsky dat de effecten van beleidswijzigingen zich het best laten bestuderen op het niveau van uitvoering. Want, in zijn woorden: 'Too often social analysts offer generalizations about organizational and governmental actions without concretely explaining how individual citizens and workers are affected by the actions' (Lipsky 1980, xi). Hoe Nederlandse zorgprofessionals precies worden geraakt door de beleidswijzigingen in de GGZ, is voor zover bij de auteurs bekend nog niet op kwalitatieve wijze onderzocht. Voor wij overgaan tot de beschrijving van ons eigen onderzoek zullen wij de historische context waarin het huidige beleid vorm heeft gekregen schetsen. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van onderzoeksliteratuur naar de betekenis van marktwerking voor zorgprofessionals en de manier waarop zij met beleidshervormingen omgaan.

De opkomst van marktwerking in de zorg

De toenemende vraag naar zorg en de daaraan verbonden kosten vormen al decennialang een prangend probleem in de gehele westerse wereld (Maarse 1998, 132). In hun zoektocht naar een manier om de kosten van zorg te beheersen hebben verschillende overheden hun heil gezocht in marktwerking. Deze aanpak is deel van de groeiende invloed van het neoliberalisme sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw. De verzorgingsstaat zou volgens neoliberale denkers een te grote afhankelijkheid creëren en de welvaart remmen. Daarnaast zou de centrale rol van de overheid zorgen voor inefficiëntie en bureaucratie. Terugtrekking van de overheid en concurrentie zouden deze problemen moeten oplossen (Light 2001, 255). Het geloof in marktwerking in de publieke sector en het New Public Management (NPM) kwamen in Nederland rond 1990 op (Tonkens 2009, 53). NPM is verwant aan het neoliberalisme. Echter, privatisering wordt hierbij niet als doel op zich gezien, maar als middel om de prestaties van de publieke sector te verbeteren door managementtechnieken uit de commerciële sector te introduceren. Het centrale idee is dat mensen waar voor hun geld moeten krijgen, waarbij transparantie en verantwoording tot kernwaarden zijn verheven (Reinders 2008, 566).

De veranderingen in de gezondheidszorg kunnen echter niet eenzijdig aan het neoliberale gedachtegoed worden toegeschreven. Waar het neoliberalisme sociaal-economische kritiek uitte op de gezondheidszorg, kwam er van links kritiek op de rol van professionals in de samenleving. Professionele ethiek en expertise werden in de jaren zeventig en tachtig ter discussie gesteld door onder anderen sociale wetenschappers, de antipsychiatrische beweging, studenten en feministen. Professionals werden als autoritair en paternalistisch bestempeld en zouden slechts uit zijn op eigenbelang (Tonkens 1999). Wat deze kritiek van links gemeen had met de neoliberale kritiek was het wantrouwen tegenover professionals en het streven naar meer zeggenschap voor patiënten. Knijn en Selten (2006, 21) spreken in deze context van de 'historisch ironische situatie' waarin het linkse

streven naar individuele autonomie, in combinatie met het neoliberale vertrouwen in de markt, heeft geleid tot reorganisatie van de zorg en de invoering van marktwerking in de westerse gezondheidszorg. In Nederland heeft dit de vorm gekregen van een gereguleerde markt, waarbij de verstrekking van diensten wordt gestuurd door vraag en aanbod, maar waarbij de overheid wel de uiteindelijke controle houdt (Reinders 2008, 567).

Over de gevolgen van deze hervormingen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg is tot nu toe nog weinig bekend. Wel bestaat er een rijke onderzoekstraditie naar soortgelijke hervormingen in het buitenland. In de Verenigde Staten, waar de gezondheidszorg al in de jaren tachtig van de vorige eeuw is geliberaliseerd (Scheid 2000, 701), is veel onderzoek gedaan naar de ervaringen van professionals met marktwerking. De uitkomsten daarvan zijn niet direct verplaatsbaar vanwege stelselverschillen. Er zijn echter wel belangrijke gemeenschappelijke kenmerken, zoals onderhandeling over prijzen met zorgfinanciers, uitoefening van externe controle op behandeling en uitkomsten, selectieve toekenning van vergoedingen en invoering van vaste budgetten voor behandelingen (Ware e.a. 2000, 4). De Nederlandse DBC's zijn bovendien een variatie op de Amerikaanse 'Diagnosis Related Groups' (DRG's) (Smullen 2010, 2). Wij zullen hieronder de overwegend Amerikaanse onderzoeksliteratuur bespreken en aanvullen met Nederlands onderzoek.

Veranderende zorg, veranderende professionaliteit

Eén van de meest ingrijpende veranderingen die de invoering van marktwerking in de zorg met zich meebrengt, is de toenemende invloed van niet-inhoudelijk deskundigen. Waar professionals traditioneel hun eigen normen, kennis en controlemechanismen hadden, wordt deze onafhankelijkheid nu niet meer automatisch geaccepteerd (Reinders 2008, 564). Cliënten hebben de rol van kritische 'zorgconsument' toebedeeld gekregen en overheden en zorgfinanciers zijn meer eisen gaan stellen aan de vorm en inhoud van zorg. Zorgfinanciers kunnen bijvoorbeeld van professionals eisen dat zij werken volgens zogenoemde Evidence Based- (EB-)richtlijnen. Een ander voorbeeld is de aan DRG's verbonden verplichting om de declaratie van de kosten van psychische zorg te verantwoorden in termen van een psychiatrische classificatie, zoals beschreven in de DSM-IV. Dit ondanks het feit dat de DSM-IV ook binnen de geestelijke gezondheidszorg omstreden is. Critici wijzen onder andere op het ontbreken van aandacht voor de etiologie en de sociale en culturele context van psychische problematiek (Macionis en Plummer 2005; Maddux 2008).

Alhoewel de DSM- en EB-richtlijnen voor behandeling veelal door professionals zelf worden ontwikkeld, roept het gebruik hiervan weerstand op wanneer dit dwingend en door niet-inhoudelijk deskundigen wordt opgelegd. Professionals willen naar eigen inzicht gebruik kunnen maken van instrumenten en af kunnen wijken van richtlijnen. Wanneer het gebruik verplicht wordt, voelen professionals zich beperkt in hun klinische autonomie. Zij benadrukken dat onafhankelijke besluitvorming centraal staat in hun werk en dat hun beslissingen van veel meer

afhankelijk zijn dan van wetenschappelijke kennis alleen (Hutschemaekers en Tiemens 2006, 35). Door de standaardisering zou de professional steeds meer tot een 'psychotechnicus' worden die technieken zo consistent mogelijk moet inzetten en het eigen oordeel zo veel mogelijk moet beperken (Cushman en Gilford 2000; Donald 2001). De standaardisering van diagnoses en behandelingen pakt met name ongunstig uit voor psychodynamisch georiënteerde behandelingen, die – in tegenstelling tot medicatie en gedragstherapie – moeilijk te standaardiseren en te evalueren zijn (Smullen 2010, 15). Langdurige, op de therapeutische relatie gerichte behandelingen passen niet binnen de ideologie van het marktdenken waarin de cliënt zo snel en goedkoop mogelijk van zijn ziekte moet worden 'ontdaan' (Dehue 2008; Luhrmann 2001).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat professionals zich gefrustreerd voelen door de toenemende invloed van niet-inhoudelijk deskundigen en het gevoel hebben dat zij de controle over hun professe kwijtraken (Cohen, Maraceck en Gillham 2006; Luhrmann 2001; Ware e.a. 2000). Vooral de invloed van zorgfinanciers ervaren zij als bedreigend (Murphy, DeBenardo en Shoemaker 1998, 46). Van de Nederlandse professionals is 84 procent van mening dat zorgverzekeraars zich bemoeien met de inhoud van zorg (Palm e.a. 2008, 54).

De eisen van de zorgfinanciers blijken dikwijls te interfereren met de professionele ethiek en de belangen van de cliënt (Buckloh en Roberts 2001; Danziger en Welfel 2001). Voorbeelden hiervan zijn de beperkingen die zorgfinanciers opleggen aan het aantal sessies dat gedeclareerd kan worden, waardoor behandelingen sterk ingekort moeten worden, of men medicinale behandelingen moet laten prefereren boven complexere en langduriger therapieën (Gibelman en Manson 2002, 206; Murphy, DeBenardo en Shoemaker 1998, 46; Scheid 2000, 709). Ook zien veel professionals het als een schending van privacy en vertrouwelijkheid wanneer zij persoonlijke gegevens van de cliënt en diens behandeling aan zorgfinanciers moeten doorgeven (Cohen, Marececk en Gillham 2006, 255; Danziger en Welfel 2001, 144; Murphy, DeBenardo en Shoemaker 1998, 48; Palm e.a. 2008, 80). Professionals reageren onder meer op deze nieuwe externe inmenging door rapportages te manipuleren, bijvoorbeeld door de diagnose aan te passen aan de eisen van de zorgfinanciers (Braun en Cox 2005). Diagnoses worden zowel afgezwakt om de privacy van de cliënt te beschermen, als verergerd om meer sessies vergoed te kunnen krijgen (Buckloh en Roberts 2001, 197; Danziger en Welfel 2001, 143; Murphey, DeBenardo en Shoemaker 1998, 48; Pomerantz en Segrist 2006). Van de Nederlandse professionals uit het SP-onderzoek vindt 89 procent dat betaling via de zorgfinancier leidt tot fraude; volgens 77 procent leidt dit tot het stellen van zwaardere diagnoses (Palm e.a. 2008, 75-78).

Ten slotte brengt marktwerking een nieuwe vorm van verantwoording met zich mee. Zorgfinanciers willen zicht hebben op financieringsstromen, en overheidsinstanties willen erop toezien dat de verschillende marktpartijen zich aan regels houden en publieke belangen waarborgen. Om dit toezicht te realiseren moeten professionals veel gegevens registreren. Professionals hekelen deze bureaucratische verantwoording (Palm e.a. 2008, 61). Tijdmanagement en verantwoording komen centraal te staan in de klinische praktijk, en de grenzen tussen professionele taken en management vervagen (Reinders 2008). Volgens sommige

professionals gaat dit ten koste van het klinische werk (Gibelman en Mason 2002, 208; Knijn en Selten 2006, 27; Palm e.a. 2008, 64).

De negatieve ervaring van marktwerking door professionals wordt door een aantal auteurs ook verklaard door een botsing van culturen of 'logica's'. In de (geliberaliseerde) publieke sector zou er sprake zijn van drie soorten logica's: die van het professionalisme, de bureaucratie en de markt (Tonkens 2009, 34). De waardesystemen die aan deze logica's ten grondslag liggen, zijn zo verschillend dat ze onverenigbaar zouden zijn en tot de hierboven beschreven frustraties en dilemma's leiden. Verschillende auteurs spreken in de context van marktwerking dan ook over deprofessionalisering of proletarisering van de medische professional (Coburn, Rappolt en Bourgeault 1997, 2; Mol 2005). Een van de grootste critici van medische macht, Freidson (2001), spreekt in zijn meest recente boek zelfs zijn zorgen uit over de overheersing van de logica's van de markt en bureaucratie ten koste van de professionele logica (Tonkens 2009; Duyvendak, Knijn en Kremer 2006, 8).

Reacties van professionals: tussen verzet en aanpassing

In de internationale onderzoeksliteratuur zijn de bezwaren van zorgprofessionals op marktwerking in kaart gebracht. De Nederlandse onderzoeker Tummers gaat een stap verder door niet zozeer de specifieke inhoudelijke bezwaren tegen hervormingen te bestuderen, maar te onderzoeken welke factoren de bereidheid tot uitvoering van beleid voorspellen. Uit de resultaten blijkt dat er een negatieve relatie bestaat tussen ervaren zinloosheid van het DBC-systeem en de bereidheid om het systeem te implementeren. De ervaring dat het beleid niet bijdraagt aan maatschappelijk relevante doelen en niet in het belang is van de cliënt, zorgt voor weerstand. Ook blijkt dat wanneer professionals minder autonomie ervaren bij de uitvoering van het beleid, hun bereidheid mee te werken aan de implementatie vermindert. Hoe deze weerstand tegen beleid vorm krijgt in de dagelijkse praktijk, is nog niet onderzocht. In ons onderzoek zullen wij hier aandacht aan besteden en de actieve en bepalende rol van professionals bij de uitvoering van beleid benadrukken.

De auteur die bij uitstek inzicht verschaft in de actieve rol van professionals in het vormgeven van beleid, is de politicoloog Lipsky (1980). Zijn centrale stelling is dat publiek beleid niet van bovenaf gevormd wordt, maar vorm krijgt op het uitvoerende niveau. Het beleid zoals bedacht, kan dan afwijken van het beleid zoals dat er in de praktijk uitziet. Ook Lipsky wijst de tegenstrijdige doelen in de publieke sector als kernprobleem aan: zo zouden professionals zich idealiter responsief en flexibel opstellen om individuele cliënten de beste behandeling te geven (Lipsky 1980, xii). Vanwege een chronisch tekort aan middelen en een onbeperkte vraag wordt echter van hen verwacht dat ze cliënten snel en efficiënt behandelen (Lipsky 1980, 44). Om de dilemma's die uit hun werkomstandigheden voortkomen het hoofd te bieden ontwikkelen professionals verschillende praktijken. Sommigen vereenvoudigen en standaardiseren hun werk, terwijl anderen regels juist creatief toe gaan passen en van standaardprocedures afwijken. Binnen

het kader van beperkende werkomstandigheden heeft de professional dus wel speelruimte om eigen keuzes te maken (Lipsky 1980, 13). Om deze keuzes voor zichzelf te kunnen verantwoorden zullen professionals ook hun ideeën over hun werk aanpassen, bijvoorbeeld door idealen bij te stellen of tegenstrijdigheden in het werk te rationaliseren (Lipsky 1980, 141). Lipsky benadrukt de dubbelheid van de manier waarop professionals omgaan met beleid: enerzijds maken hun praktijken het werk dragelijk en mogelijk, anderzijds kan hun gedrag ingaan tegen de doelen van het beleid, de organisatie of de cliënt.

Dat professionals beleid mede vormgeven, wil echter niet zeggen dat zij almachtig zijn in het proces van beleidsvorming. De vertegenwoordigers van beleid oefenen ook, direct en indirect, macht uit op professionals. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het uitdragen van bepaalde waarden (zoals 'efficiëntie' en 'transparantie') die worden overgenomen, geïnternaliseerd en geïnstitutionaliseerd door de betrokken partijen. Uit de onderzoeksliteratuur blijkt bijvoorbeeld dat professionals taalgebruik van zorgfinanciers over gaan nemen om zo hun klinische beslissingen en 'productiviteit' te kunnen verantwoorden (Cohen, Marecek en Gillham 2006; Ware e.a. 2000). Het gebruik van, en vertrouwd raken met, dit taalgebruik kan een disciplinerende werking hebben, waarbij professionals uiteindelijk ook in economische termen over hun werk gaan denken. Professionals kunnen zo onbewust vertegenwoordigers worden van een systeem dat ze aanvankelijk bekritiseerden (Ware e.a. 2000, 19). Er is dus sprake van een dynamisch proces waarin praktijken van professionals vormgeven aan beleid, maar omgekeerd, de door het beleid belichaamde boodschap ook vormgeeft aan professionals. In dit onderzoek houden wij de mogelijkheid open dat zich beide processen voordoen als gevolg van de invoering van marktwerking en DBC's in de Nederlandse GGZ. Hieronder presenteren wij de opzet en de resultaten van ons onderzoek.

Methodie

In Nederland zijn tot nu toe alleen kwantitatieve studies uitgevoerd naar de gevolgen van de stelselwijziging in de GGZ. Deze onderzoeken hebben inzicht gegeven in de bezwaren die professionals hebben tegen marktwerking en DBC's en de omvang van deze kritiek (Palm e.a. 2008). Ook is onderzocht welke factoren van invloed zijn op de bereidheid tot uitvoering van het beleid (Tummers 2010). Waar echter nog onvoldoende aandacht aan is besteed, is de achtergrond van de bezwaren van professionals en de manier waarop hun weerstand vorm krijgt in de dagelijkse praktijk. Om hier meer inzicht in te verwerven hebben wij een kwalitatief onderzoek verricht. Zoals de Amerikaanse onderzoekstraditie naar marktwerking in de zorg laat zien, kan kwalitatief onderzoek leiden tot inzicht in de verschillende betekenissen die veranderend beleid voor professionals heeft. Het doel van kwalitatief onderzoek is niet zozeer het zoeken naar algemene waarheden, maar het betekenis geven aan een bepaalde situatie (Rabiee 2004, 657; Green en Thorogood 2005, 22).

Dit onderzoek richt zich specifiek op de ervaringen van uitvoerende professionals die werkzaam zijn bij GGZ-instellingen. Dit is een groep professionals die relatief

weinig van zich heeft laten horen, ondanks het feit dat zij zich in de enquête van de SP veelal negatief uitspreekt over het nieuwe zorgstelsel. Om deze situatie te onderzoeken zijn vijftien diepte-interviews afgenomen in het voorjaar van 2009. Tien interviews zijn gehouden met uitvoerende professionals die werkzaam zijn bij vier verschillende GGZ-instellingen. Om de ervaringen van professionals in instellingen te kunnen contrasteren zijn nog vijf interviews afgenomen met professionals die actie voeren tegen het nieuwe zorgstelsel en/of DBC-vrij werken. De respondenten waren gemiddeld 25 jaar werkzaam in GGZ als psychiater, psycholoog, psychotherapeut, orthopedagoog en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. De onderzoeksgroep bestond uit acht mannen en zeven vrouwen. Er is gebruikgemaakt van een semigestructureerd interview dat bestond uit een aantal open vragen. In het eerste, algemene deel werd de respondent gevraagd naar zijn of haar visie op psychische problematiek, behandeling en het werken in de GGZ. In het tweede deel werd specifiek gevraagd naar ervaringen en omgang met het DBC-systeem. Om inzicht te verkrijgen in de manier waarop professionals in de praktijk omgaan met dilemma's werd tevens een tweetal casussen voorgelegd. Afname van het gehele interview duurde gemiddeld een uur.

Verder is er een documentenanalyse uitgevoerd om het discours rondom de invoering van DBC's en marktwerking in de landelijke kranten (n = 20) en beleidsnota's (n = 10) te analyseren. Het definiëren van het beleidsdiscours was onder andere nodig om te kunnen analyseren hoe professionals zich hiertoe verhouden en om internalisering van het beleidsdiscours te kunnen herkennen. Ten slotte zijn er twee bijeenkomsten bijgewoond, namelijk de manifestatie 'Zorg geen markt' op 25 oktober 2008 en de lustrumconferentie '5 jaar DBC's' op 1 juli 2009. De verworven data zijn getranscribeerd en gecodeerd met behulp van het programma Atlas-ti. Om de kwalitatieve data systematisch en nauwkeurig te analyseren is gebruikgemaakt van de *framework analysis*, zoals beschreven door Rabiee (2004) en Green en Thorogood (2005, 184). Deze methode bestaat uit vijf fasen: oriëntatie, thematische analyse, systematische codering, schematische ordening van de gecodeerde data, en interpretatie. Bij de fase van interpretatie wordt aandacht besteed aan de letterlijke bewoording, de context van de tekst, de interne consistentie van interviews, de frequenties waarmee bepaalde ideeën terugkomen en de mate waarin ideeën door verschillende respondenten gedeeld worden (Rabiee 2004, 659).

Resultaten

Hieronder worden de uitkomsten van het onderzoek beschreven. Eerst wordt ingegaan op de betekenis van DBC's en marktwerking voor professionals en de gevolgen van de hervormingen in de alledaagse praktijk. Vervolgens wordt toegelicht hoe professionals met het systeem omgaan.

Het DBC-systeem; ondoorzichtig en belastend

De geïnterviewde professionals in instellingen hebben veel kritiek op het DBC-systeem. Zij zien de DBC-registratie en de toenemende hoeveelheid papierwerk in

het algemeen als een grote ergernis en belasting. Men wil zich niet bezighouden met taken die losstaan van het inhoudelijke werk. Gezien de toch al grote werkdruk waar zij mee te maken hebben, gaat de tijd die aan registratie wordt besteed ten koste van de tijd voor cliënten. De ergernis wordt nog groter doordat professionals het gevoel hebben dat zij alleen maar registreren voor de zorgverzekeraar en zelf op geen enkele manier baat hebben bij het systeem:

‘Het is dus voor de verzekering dat mensen in het [DBC-]systeem worden gezet... Voor de verzekering moeten we dit allemaal invullen. Maar dan denk ik, wanneer heb ik het nou ingevuld voor de verzekering, of wanneer doe ik er beroepsmatig ook nog wat zinnigs mee?’ (respondent XI, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige)

Bovendien zijn de professionals van mening dat de doelen die ten grondslag liggen aan het DBC-systeem niet worden behaald. De informatie die uiteindelijk in het systeem terechtkomt, heeft in hun ogen weinig te maken heeft met de werkelijkheid, waardoor er van ‘transparantie’ feitelijk geen sprake is:

‘DBC’s zijn zo ondoorzichtig, fraudegevoelig en algemeen dat er helemaal geen inzicht wordt geboden in behandelprocessen.’ (respondent VI, orthopedagoog)

‘Het DBC-systeem biedt schijn duidelijkheid, maar heeft niets te maken met wat er feitelijk binnen een behandeling gebeurt. Het is één groot circus, we houden elkaar voor de gek.’ (respondent III, GZ-psycholoog)

Deze schijntransparantie wijten zij vooral aan de DSM-IV-classificaties die in het DBC-systeem het uitgangspunt voor behandeling en prijs vormen. Professionals wijzen erop dat de DSM-IV sterk tekortschiet als diagnostisch instrument. Een classificatie zegt volgens hen niets over de ontstaansgeschiedenis, de ernst of de context van het probleem, en geeft dus ook geen indicatie voor de gewenste behandeling of de lengte hiervan. Het systeem geeft in hun ogen weinig ruimte voor het beschrijven van de individuele verschillen tussen cliënten, waardoor de informatie in het DBC-systeem vrijwel betekenisloos wordt.

Daarnaast ontstaan er in het informatiesysteem allerlei vertekeningen, die het gevolg zijn van onzorgvuldige invoering van data en strategisch gebruik van het systeem. Hieronder valt ook het bijstellen van diagnoses: professionals blijken diagnoses uit te vergroten, af te zwakken of zelfs willekeurig te stellen. Soms registreren zij een zwaardere diagnose teneinde langer te kunnen behandelen, soms juist een zo licht mogelijke diagnose uit angst voor de gevolgen van het label. Dat de informatie in het systeem geen betrouwbare weergave is van wat zich in werkelijkheid afspeelt, betekent ook dat een belangrijke doelstellingen van het DBC-systeem – het mogelijk maken van vergelijking en concurrentie – wordt belemmerd.

Bijkomend probleem van het systeem is dat er zo snel mogelijk na het eerste contact met een cliënt een DBC 'geopend' moet worden. Hiervoor moet een psychiatrische classificatie wordt ingevoerd:

'Wat ik het lastige vind van die DBC's is dat je geforceerd mensen in een vroeg stadium een diagnose moet geven. Dat vind ik het voornaamste bezwaar. Want je merkt wel heel snel dat die administratie roept van: "Ik heb nog geen diagnose en dan kan ik nog geen DBC openen." Terwijl het bij veel psychische problemen soms wel maanden duurt voordat je kan zeggen: nou nu weet ik zeker dat het autisme is, of nu weet ik zeker dat het een neurotisch probleem is (...) maar ik word eigenlijk geforceerd om dan toch een diagnose te geven, anders krijg ik geen vergoeding voor het werk dat ik doe.' (respondent V, psychiater)

Professionals zien zich dus gedwongen om in een vroeg stadium een diagnose te stellen. Hierdoor wordt zorgvuldig onderzoek naar de aard van de problematiek van de cliënt bemoeilijkt en het stellen van onjuiste diagnoses in de hand gewerkt. Alhoewel een diagnose later nog kan worden aangepast in het systeem, gebeurt dit in de praktijk nauwelijks. Dit wijten professionals aan tijdgebrek en aan het feit dat de aanvankelijke diagnose gedurende het behandeltraject niet meer kritisch wordt bekeken. Veel cliënten krijgen dus direct na de intake al een label. Een gevolg hiervan kan zijn dat een cliënt zich hiermee gaat identificeren, wat medicalisering bevordert en genezing kan bemoeilijken (Dehue 2008; Verhaege 2009). Deze snelle labeling staat ook haaks op het uitgangspunt van vraagsturing, zoals we hieronder zullen laten zien.

Standaardisering in plaats van vraagsturing

Vraagsturing zou in het nieuwe zorgstelsel worden bewerkstelligd doordat zorgaanbieders gaan concurreren om de gunst van de cliënt. Concurrentie op basis van kwaliteit komt voorsnog echter nog te weinig van de grond, zo geven ook zorgverzekeraars (Andersson Elffers Felix 2008, 2) en zorgautoriteiten aan (zo bleek onder andere uit de toespraak van de vicevoorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de lustrumconferentie '5 jaar DBC's'). Hierdoor wordt de prijs van de zorg leidend in de concurrentiestrijd. Dit blijkt in de onderzochte instellingen te leiden tot een grote druk op professionals om sneller te gaan werken.

Snelle labeling en standaardisatie staan haaks op gangbare beleidsuitgangspunten als maatwerk en vraagsturing. De unieke hulpvraag van de cliënt, die centraal moest komen te staan, verdwijnt zo naar de achtergrond en de gestandaardiseerde, algemene psychiatrische categorieën van de DSM-IV worden volgens professionals het uitgangspunt van behandeling. Een professional:

'Vroeger kon de cliënt nog bepalen wat er gebeurde en gaf zelf aan wat hij of zij nodig had. Nu is dat steeds minder het geval en moet alles volgens het protocol gedaan worden. Mensen krijgen te horen wat hun diagnose is en welke behandeling daarbij hoort. Of ze het er nou mee eens zijn of niet, zo gaat het.'

‘Het gaat steeds meer om geld. Mensen worden vaak in groepsverband behandeld omdat het kostenefficiënt is, ook als een individuele behandeling beter zou zijn.’ (respondent IV, GZ-psycholoog)

In plaats van dat de behandeling beter aansluit bij de behoeften en wensen van de cliënt, lijkt de cliënt dus eigenlijk steeds meer binnen het protocol te moeten passen. De focus op kortdurend en gestandaardiseerd werken betekent ook dat bepaalde therapievormen, zoals psychoanalyse, systeemtherapie en psychomotorische therapie, onder druk komen te staan. Het aanbod van zorg kan zo juist eenzijdiger worden in plaats van dat er meer keuzemogelijkheden voor de cliënt worden gecreëerd.

Professionals geven aan dat de oplopende productiedruk leidt tot stressvolle werkomstandigheden en een verschraving van de kwaliteit van zorg:

‘Ik heb allerlei ideeën om de behandeling beter neer te zetten. Als die behandeling beter is kan er ook meer productie mee bereikt worden. Maar de druk is zo groot dat ik helemaal geen kwartier de tijd heb om me te buigen over de vraag: Waar zijn we eigenlijk mee bezig? Kan het niet anders? Kan het niet beter?’ (respondent IX, GZ-psycholoog)

‘Je hebt ook gewoon moeilijkere mensen in je kamer, waarbij je ruimte nodig hebt om even te reflecteren of het er met een collega over te hebben. En dat is er niet... Ik heb nog wel intervisie, maar dat is echt het enige moment dat ik nog reflecteer over mijn werk.’ (respondent XV, GZ-psycholoog)

In de ogen van de ondervraagde professionals is er geen ruimte meer om kritisch te reflecteren op het werk en te werken aan kwaliteitsverbetering en innovatie. Zij betogen dat niemand bij deze situatie gebaat is. De cliënt krijgt niet de zorg waar hij of zij recht op heeft, professionals raken gefrustreerd doordat zij hun werk niet op een bevredigende manier kunnen uitvoeren, en ook de zorgverzekeraar zal op de lange termijn duurder uit zijn: cliënten die geen kwalitatief hoogstaande zorg krijgen, hebben immers een grotere kans op terugval of gaan uit ontevredenheid ‘shoppen’ bij verschillende zorgaanbieders.

Commercieel of professioneel?

Onder invloed van de opkomende concurrentie worden professionals steeds meer bewust gemaakt van de financiële situatie van hun instelling en de manier waarop zij deze kunnen verbeteren. Van alarmerende e-mails over het begrotingstekort van de instelling, of cijfers over de behaalde ‘productie’ per werknemer kijken zij niet meer op. Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt in toenemende mate van professionals verwacht dat zij economische belangen laten meewegen in hun alledaagse beslissingen. Dit blijkt in de praktijk vaak conflicten op te leveren, omdat deze belangen kunnen ingaan tegen de professionele ethiek. In het volgende citaat wordt de worsteling van een professional met deze tegenstrijdige belangen geïllustreerd:

‘Ik krijg het niet voor elkaar om een cliënt die nog niet is uitbehandeld af te sluiten. Ik ga geen lopende behandeling afsluiten. Dat is trouwens tegen de beroepscode, daar kan ik voor aangeklaagd worden. Je kan niet zomaar wilens en wetens een handeling verrichten waar de cliënt schade van ondervindt (...) Dus dan loop je helemaal vol. Nou ja... en dan moet je dat zelf maar zien op te lossen. Je krijgt het niet meer voor elkaar bijna, om echt kwalitatief goede, langdurige behandeling aan te bieden, want dan ga je zelf eraan onderdoor (...) Ik ga dus toch kijken wie ik af kan sluiten.’ (respondent XIV, psychotherapeut)

Uit dit citaat blijkt dat het gevolg van de worsteling van professionals met verschillende waarden kan leiden tot gedrag dat volgens de eigen maatstaven niet verantwoord is. Uit de interviews komt tevens naar voren dat veel professionals al in economische termen over hun werk nadenken en zich bepaalde strategieën eigen hebben gemaakt om de productie en inkomsten van de instelling te verhogen:

‘Het is lucratief om eerst een “as 1” diagnose te behandelen en dan vervolgens, eigenlijk op het moment dat de cliënt wel eens uitbehandeld zou moeten zijn voor die “as 1” stoornis. Dan zeg je; nu gaan we hem een persoonlijkheidsstoornis geven. Dan open je dus een nieuwe DBC. Dus er zitten rare dingen in die maken dat je op die manier zeg maar een beetje binnen het systeem van de DBC’s ... een soort misbruik. En ik weet ... wij zijn daar eigenlijk nog vrij onprofessioneel in, maar daar bij die snelle jongens sfeer, bij commerciële instellingen zijn ze daar heel uitgekookt in. Daar hebben ze zelfs kleurensystemen, zodat ze precies weten wat de duurste en goedkoopste DBC’s zijn.’ (respondent X, psychotherapeut)

Dat professionals zich zo bewust worden van de financiële consequenties van hun handelingen kan dus een averechts effect hebben: zij gaan strategisch gebruikmaken van het systeem om bijvoorbeeld een langere behandeling te kunnen vergoeden of om de concurrentiepositie van hun instelling te verbeteren. Misschien wel het meest zorgelijk is dat bepaalde groepen cliënten onaantrekkelijk worden voor zorgaanbieders. Het gaat hierbij om mensen met complexe en langdurige problematiek, waarbij geen snelle resultaten geboekt kunnen worden. Deze groep wordt volgens de respondenten steeds meer afgeschoven:

‘We kregen laatst van zo’n commerciële praktijk een klant doorverwezen, die had daar keurig zijn module burn-out gehad en kreeg vervolgens het verwijt dat hij ook een depressie had. En ja, dan werkt die module niet, dus toen werd hij doorverwezen naar de reguliere GGZ. En dat is dus heel concreet waar ik bang voor ben. Die man voelde zich echt zo afgewezen. Het was echt een man met een naar verleden waar veel ingewikkeldere diagnostiek nodig was dan ze daar gedaan hadden. Dus ze hadden hem keurig even laten meelopen, het had niet gewerkt en dus mocht hij weg.’ (respondent X, psychotherapeut)

Veel professionals benadrukken dat de regionale instellingen een complexere cliëntenpopulatie hebben dan de door hen bekritiseerde commerciële nieuwkomers, zoals PsyQ. De zorgverzekeraar houdt volgens hen geen rekening met deze verschillen, waardoor oneerlijke concurrentie kan ontstaan en ook de regionale instellingen op den duur van hun 'niet-rendabele' cliënten af zullen willen.

Het gevaar van sluipend kwaliteitsverlies

Zoals hierboven is beschreven signaleren professionals een aantal zorgelijke ontwikkelingen ten gevolge van de invoering van DBC's en de marktwerking in de GGZ. Mede door de manier waarop professionals omgaan met deze ontwikkelingen dreigen veel problemen onzichtbaar te blijven. In plaats van zich openlijk te verzetten tegen de beleidswijzigingen plegen zij subtielere vormen van verzet, die zich afspelen op het gebied van de beleidsuitvoering. Dit heimelijke verzet vinden we met name in de toepassing van regelgeving rondom het DBC-systeem: het spel wordt wel meegespeeld, maar regels worden selectief genegeerd of aangepast. Een voorbeeld hiervan is de eerdergenoemde manipulatie van diagnostiek en rapportage. Dit subtiele verzet speelt zich binnenskamers af, op het niveau van de interactie tussen de professional en het DBC-systeem.

De eigengereide toepassing van de regels heeft een tweedeling tot gevolg tussen dat wat zich in werkelijkheid in de spreekkamer afspeelt en dat wat geregistreerd wordt in het systeem. Professionals benoemen dit letterlijk als twee gescheiden werelden:

'Op papier houden we ons aan de regels, maar in werkelijkheid gaat iedereen zijn eigen gang.' (respondent VII, psycholoog)

De tweedeling stelt professionals in staat om hun management en de verzekeraar tevreden te stellen, maar ondertussen hun professionaliteit te beschermen:

'Ik vul de DBC's braaf in (...) en verder ga ik gewoon mijn eigen gang en probeer ik toch gewoon kwalitatief zo goed mogelijk mijn werk te doen, tegen alles in. Dus in die zin laat ik me door zo'n DBC niet bepalen.' (respondent XIV, psychotherapeut)

De strikte scheiding tussen vorm en inhoud lijkt echter veelal een illusie en kan worden gezien als een manier om de veranderingen die zich voltrekken behapbaar te maken of te rationaliseren. De respondent hierboven geeft aan dat de gevolgen voor de inhoud van haar werk beperkt zijn, mede doordat zij zelf weerstand biedt. Toch brengt zij in hetzelfde gesprek allerlei zorgelijke gevolgen van het DBC-systeem naar voren en blijkt zij regelmatig tegen haar eigen professionele maatstaven in te handelen. Deze dubbelheid illustreert de worsteling van de professionals met de beleidswijzigingen en hun eigen rol hierin: zij lossen problemen achter gesloten deuren op, waardoor ze niet zichtbaar worden. Het gevolg is dat professionals wel richting geven aan het beleid (transparantie neemt af in plaats van toe), maar dat doen op een manier die grootschalig verzet belemmert: de gevolgen van het systeem 'vallen immers wel mee', als je er maar creatief mee omgaat.

In tegenstelling tot professionals in instellingen, die vooral in de *uitvoering* subtiele vormen van verzet toepassen, weigert een groep vrij gevestigde actievoerders principieel het DBC-systeem *in te voeren*. Dit verschil valt gedeeltelijk toe te schrijven aan de verschillende visies op psychische problematiek die deze twee groepen hebben. De visie van de, veelal psychodynamisch georiënteerde, actievoerders is zodanig afwijkend van de visie van de politiek op geestelijke gezondheidszorg, dat oplegging van deze laatste visie in de vorm van beleid sterker als een bedreiging wordt ervaren. De visie van professionals in instellingen blijkt in het algemeen dichter bij het politieke ideaal te liggen. Dit kan mede worden verklaard door een proces van internalisering. Via het management is hier het economisch discours al doorgedrongen tot het taalgebruik van professionals, die dikwijls in termen van 'effectiviteit' en 'cliënttevredenheid' over hun werk praten. Zelfs de professional die de grootste verontwaardiging toont over marktwerking, heeft het in onderstaande citaat over 'klanten':

'We worden door de marktwerking gedwongen om strategisch te gaan denken. En dat brengt mij dus in een spagaat. Ik vind het eigenlijk complete onzin om op die manier te gaan denken. Ik denk dat je gewoon naar de klant moet kijken, wat heeft die nodig? En dan kan je gewoon gaan behandelen. Ik vind het terecht dat je gedwongen wordt door een systeem om na te denken over de dingen die je doet, maar nu draait het tij om. Je wordt eigenlijk tot een soort rat-achtige manier van denken gedwongen, die er toe leidt dat je gewoon het maximale uit het systeem perst.' (respondent X, psychotherapeut)

Deze professional is zich ervan bewust dat zijn manier van denken aan het veranderen is. Bij veel anderen verloopt dit proces onbewust. Dit blijkt bijvoorbeeld uit hun tegenstrijdige reacties op onze vragen. Wanneer professionals expliciet wordt gevraagd naar hun mening over het DBC-systeem, zijn zij hoofdzakelijk negatief en identificeren zij zich met de bezwaren die door actiegroepen zijn aangekaart. Wanneer echter in algemene termen naar hun ideeën over geestelijke gezondheidszorg wordt gevraagd, blijken zij ideeën uit het beleidsdiscours gedeeltelijk te hebben overgenomen.

Zowel heimelijk verzet als het proces van internalisering maakt problemen die met de stelselwijziging gepaard gaan minder zichtbaar, waardoor actiebereidheid kan afnemen en kansen op verbetering niet benut worden. Het gerapporteerde kwaliteitsverlies kan zich hierdoor sluipenderwijs voltrekken.

Conclusie

Sinds januari 2008 heeft de GGZ te maken met een nieuw zorgstelsel waarin gereuleerde marktwerking centraal staat. Het DBC-systeem speelt een centrale rol in dit beleid en moet transparantie en eerlijke concurrentie bevorderen. De respondenten in ons onderzoek schetsen een beeld van de praktijk dat niet overeenkomt met dit streven. Integendeel: declaratie van zorg op basis van DBC's biedt volgens

de uitvoerende ondervraagde professionals weinig ruimte voor individuele verschillen tussen cliënten en resulteert in manipulatie van gegevens om de belangen van de cliënt of instelling te beschermen. Het averechtse gevolg hiervan is dat de beoogde transparantie weliswaar op papier tot stand komt, maar geen afspiegeling is van de praktijk. Eerlijke vergelijking en concurrentie wordt hierdoor alleen maar moeilijker. Ook geven de respondenten aan dat er onvoldoende tijd is voor zorgvuldige diagnostiek. De dikwijls gestandaardiseerde behandeling wordt echter wel op de overhaast gestelde diagnose gebaseerd. Voorts komt niet de cliënt maar diens stoornis in termen van de DSM-IV centraal te staan. Voor het leveren van maatwerk is volgens de professionals steeds minder tijd en geld beschikbaar. Ook geven zij aan dat financiële belangen een steeds grotere rol gaan spelen op de werkvloer en conflicteren met hun professionele ethiek. De werkdruk in instellingen wordt bovendien zodanig opgevoerd dat professionals zeggen de kwaliteit van hun werk niet meer te kunnen garanderen. Alhoewel de methode en omvang van dit kwalitatieve onderzoek het niet toelaten algemene conclusies te trekken, zien wij wel degelijk raakvlakken met de uitkomsten van andere onderzoeken naar dit onderwerp. Gevolgen voor professionals, zoals ervaren controleverlies, frustratie over de invloed van zorgfinanciers en toegenomen bureaucratisering en standaardisering ten koste van professionele autonomie en individualiteit van de cliënt, komen overeen met bevindingen uit de onderzoeksliteratuur. In overeenstemming met het kwantitatieve onderzoek van Tummers (2010) komt naar voren dat de ervaring van beperkte autonomie bij de beleidsuitvoering en de ervaring dat beoogde beleidsdoelen niet worden gerealiseerd, verbonden zijn aan de weerstand van professionals tegen het DBC-systeem.

Een belangrijk doel van dit onderzoek was om verder te gaan dan het constateren van weerstand alleen en inzicht te verwerven in de manier waarop professionals met deze weerstand omgaan in de dagelijkse praktijk. Het blijkt dat veel problemen rondom de invoering van marktwerking en DBC's onzichtbaar blijven doordat deze binnenskamers worden opgelost. Scheid typeert deze reactie als volgt: 'Responses to managed care reflect the inclination of professionals to work within the framework imposed by managed care, rather than critically to challenge the system itself' (Scheid 2000, 713). In hun pogingen om de kwaliteit van zorg en professionaliteit te beschermen zoeken professionals binnen het kader van het systeem de grenzen op en passen spelregels pragmatisch toe. Dit bevestigt het idee van Lipsky (1980) dat professionals gebruikmaken van hun discretionaire ruimte om het beleid vorm te geven. Het duidelijkste voorbeeld hiervan is het bijstellen van diagnoses in het DBC-systeem. De tragiek van deze omgang met het beleid is dat het systeem zo in stand wordt gehouden en grootschalig, openlijk verzet wordt tegengegaan.

Daarnaast wordt nog een mechanisme zichtbaar dat de sluipende veranderingen bevordert. Hoewel professionals zich bewust afzetten tegen de stelselwijziging, lijkt er tevens sprake te zijn van internalisering van het beleidsdiscours en bijbehorende economische terminologie. Dit mechanisme wordt in de theorie van Lipsky onderbelicht. Onderzoek in de traditie van Foucault wijst erop dat juist angst voor consequenties van beleid, strategische toepassing van spelregels en zelfs openlijk verzet de invloed van beleid kunnen vergroten. Mensen creëren zo

namelijk een relatie met beleid, waardoor het tot referentiekader verwordt dat hun ideeën en gedragingen structureert (Sauder en Espeland 2009). Zo kan het gebeuren dat professionals een systeem gaan vertegenwoordigen dat ze zeggen te bekritisieren (Ware e.a. 2000). Een soortgelijke (indirecte) beïnvloeding van protest en burgers is eerder aangetoond door Bröer (Bröer 2006; Bröer en Duyvendak 2009).

Ons onderzoek geeft aanwijzingen dat marktwerking en DBC's leiden tot kwaliteitsverlies in de GGZ. Mede door de manier waarop professionals omgaan met het beleid kan dit kwaliteitsverlies zich sluipenderwijs voltrekken. Het risico is dat professionals de opgelegde beleidsvisie op de GGZ geleidelijk en onbewust gaan overnemen, totdat de kritiek geheel is uitgedoofd en het huidige beleid vanzelfsprekend is geworden. Daarmee kan ook de professionele ethiek, de 'ziel' van professionaliteit (Freidson 2001, 220), sluipenderwijs veranderen. Het denken in termen van winstmaximalisatie en kostenbesparing kan zo ten koste gaan van 'toegewijd gebruik van gedisciplineerde kennis en vaardigheden ten dienste van de publieke zaak' (Freidson 2001, 217). Een voorwaarde voor een kwalitatief hoogstaand zorgstelsel is in onze ogen dat professionele verantwoording en doelmatigheid in de zorg gepaard gaan met de bevordering van professionele toewijding en autonomie, die niet benut hoeft te worden voor manipulatie van gegevens, maar in dienst van het welzijn van de patiënt kan worden gesteld. Het wordt tijd voor een herwaardering van de professional en een herstel van 'beroepstrots' (zie Jansen, Van den Brink en Kole 2010), waarbij de intrinsieke motivatie van de professional om goede zorg te leveren weer centraal komt te staan.

Literatuur

- Andersson Elffers Felix, 2008, 'In gesprek met het veld: tempo houden – maar wel met verstand', verslag van veldgesprek op 27 mei 2008. www.ggzbeleid.nl/2008/1602.pdf, geraadpleegd op 30 september 2010.
- Braun, S.A. en J.A. Cox, 2005, 'Managed mental health care: Intentional misdiagnosis of mental disorders'. *Journal of Counselling & Development*, 83 (4): 425-433.
- Bröer, C., 2006, *Beleid vormt overlast, hoe beleidsdiscoursen de beleving van geluid bepalen*. Amsterdam: Aksant.
- Bröer, C. en J.W. Duyvendak, 2009, 'Discursive opportunities, feeling rules, and the rise of protests against aircraft noise'. *Mobilization*, 14 (3): 337-356.
- Buckloh, L.M. en M.C. Roberts, 2001, 'Managed mental health care: Attitudes en ethical beliefs of child and pediatric psychologists'. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (4): 193-202.
- Coburn, D., S. Rappolt en I. Bourgeault, 1997, 'Decline vs. retention of medical power through re-stratification: An example of the Ontario case'. *Sociology of Health & Illness*, 19 (1): 1-22.
- Cohen, J., J. Marecek en J. Gillham, 2006, 'Is three a crowd? Clients, clinicians, and managed care'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76: 251-259.
- Cushman, P. en P. Gilford, 2000, 'Will managed care change or way of being?'. *American Psychologist*, 55: 985-996.

- Danziger, P.R. en E.R. Welfel, 2001, 'The impact of managed care on mental health counselors: A survey of perceptions, practices, and compliance with ethical standards'. *Journal of Mental Health Counseling*, 23: 137-150.
- Dehue, T., 2008, *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Donald, A., 2001, 'The Walmart-ing of American psychiatry: An ethnographic study of psychiatric practices in the late twentieth century'. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 25: 427-439.
- Duyvendak, J.W., T. Knijn en M. Kremer (red.), 2006, *Policy, people and the new professional: De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: University Press.
- Freidson, E., 2001, *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gibelman, M. en S.E. Mason, 2002, 'Treatment choices in a managed care environment: A multi-disciplinary exploration'. *Clinical Social Work Journal*, 30 (2): 199-214.
- Green, J. en N. Thorogood, 2005, *Qualitative methods for health research*. Londen: Sage Publications.
- Hutschemaekers, G. en B. Tiemens, 2006, 'Evidence-based policy: From answer to question'. In: J.W. Duyvendak, T. Knijn en M. Kremer (red.), *Policy, people and the new professional: De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: University Press, 34-47.
- Jansen, T., G. van den Brink en J. Kole (red.), 2010, *Beroepstrots: Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- Knijn, T. en P. Selten, 2006, 'The rise of contractualisation in public services'. In: J.W. Duyvendak, T. Knijn en M. Kremer (red.), *Policy, people and the new professional: De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*, Amsterdam: University Press, 19-33.
- Light, D.W., 2001, 'Comparative institutional response to economic policy, managed competition and governmentality'. *Social Science & Medicine*, 52: 1151-1166.
- Lipsky, M., 1980, *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Luhrmann, T.M., 2001, *Of two minds: An anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books.
- Maarse, J.A.M., 1998, 'Gezondheidszorg'. In: J.C.P.M. Vis en H. Schuur (red.), *Politieke problemen*. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek, 132-150.
- Macionis, J.J. en K. Plummer, 2005, *Sociology: A global introduction*. Harlow: Pearson Education.
- Maddux, J.E., 2008, 'Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology'. *Applied Psychology: An international review*, 57: 54-70.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001: 'Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel', Kamerstukken II, 27 855, nr. 1-2.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006, 'Verdiend(d) vertrouwen: toezichtvisie curatieve zorgstelsel', bijlage bij MC/T&B-2658038.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008, 'Beleidsvoornemens GGZ in de Zw 2009', CZ/CGG-2866429.
- Mol, A., 2005, *De logica van het zorgen: actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Uitgeverij van Gennep.
- Murphy, M.J., C.R. DeBernardo en W.E. Shoemaker, 1998, 'Impact of managed care on independent practice and professional ethics: A survey of independent practitioners'. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (1): 43-51.

- Palm, I., F. Leffers, T. Emons, V. Egmond en S. Zeegers, 2008, *De GGZ ontwricht: Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt.
- Pomerantz, A.M. en D.J. Segrist, 2006, 'The influence of payment method on psychologist' diagnostic decisions regarding minimally impaired clients'. *Ethics & Behavior*, 16 (3): 253-263.
- Rabiee, F., 2004, 'Focus-group interview and data analysis'. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63: 655-660.
- Reinders, H., 2008, 'The transformation of human services'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52: 564-572.
- Sauder, M. en W.N. Espeland, 2009, 'The discipline of rankings: Tight coupling and organizational change'. *American Sociological Review*, 74: 63-82.
- Scheid, T.L., 2000, 'Rethinking professional prerogative: Managed mental health care providers'. *Sociology of Health & Illness*, 22 (5): 700-719.
- Smullen, A., 2010, 'Institutionalizing professional conflicts through financial reforms: The case of DBC's in Dutch mental healthcare'. In: M. Noordegraaf en B. Steijn (red.), *Professionals Under Pressure* (working title), Amsterdam University Press.
- Tonkens, E., 1999, *Het zelfontplooiingsregime: De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig*. Amsterdam: Van Gennep.
- Tonkens, E., 2009, *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.
- Tummers, L., 2010, 'Explaining the willingness of public professionals to implement new policies: A policy alientation framework'. Gepresenteerd op de IRSPM-conferentie.
- Verhaege, P., 2009, *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Ware, N.C., W.S. Lachicotte, S.R. Kirschner, D.E. Cortes en B.J. Good, 2000, 'Clinician experiences of managed mental health care: A rereading of the threat'. *Medical Anthropology Quarterly*, 14: 3-27.
- www.dbconderhoud.nl/Over-de-DBC-systematiek/Waarom-de-DBC-systematiek, geraadpleegd op 30 september 2010.
- www.devrijepsych.nl/?pagina=Reactie%20Klink&id=251, geraadpleegd op 9 oktober 2010.
- www.dbconderhoud.nl/__news/1096/Succesvolle-DBC-bijeenkomst-op-1-juli---een-ver-slag/, geraadpleegd op 11 oktober 2010.
- www.dbcinformatiesysteem.nl, geraadpleegd op 11 oktober 2010.