

Sluipend Kwaliteitsverlies in de GGZ

Over de gevolgen van
Diagnose Behandeling Combinaties in de praktijk

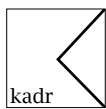
Universiteit van Amsterdam
Medische Antropologie en Sociologie

Masterscriptie | September 2009

NIENKE VAN SAMBEEK

Studentnummer: 0213055
Supervisor: Dr. C. Bröer
Tweede lezer: Prof. Dr. E. H. Tonkens





Vormgeving: Douwe Schmidt | Kadr.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inleiding	3
1. Literatuuroverzicht	5
1.1 Empirie: de gevolgen van marktwerking in de zorg	6
1.2 Theorie: het spanningsveld tussen beleid en praktijk	10
2. Methode	16
2.1 Type onderzoek	16
2.2 Sample	16
2.3 Methoden van dataverzameling	17
2.4 Data-analyse	20
2.5 Reflectie op de onderzoeksactiviteiten	20
2.6 Ethische aspecten	23
3. Marktwerking en DBC's: een verkenning van posities	25
3.1 De noodzaak van DBC's: het beleidsdiscours	25
3.2 Weg met de DBC's: het kritische publieke discours	26
3.3 Een typologie van visies	27
4. Professionals aan het woord	36
4.1 DBC's en professionele logica: een uitwerking van visies	36
4.2 Conflict en coping in de dagelijkse praktijk	43
5. De gevolgen van DBC's in de GGZ	51
5.1 De cliënt wordt er niet beter van	51
5.2 De illusie van transparantie	55
5.3 Kwantiteit ten koste van kwaliteit	56
Conclusie	59
Literatuurlijst	62
Bijlagen	66
1. Informatie DBC's	66
2. Topiclijst interview	67
3. Bestudeerde bronnen	69
4. Q-methodologie	71
5. Fragment schematische weergave visie DBC's	75
6. Uitkomsten Q-methodologie	77

Samenvatting

In deze scriptie wordt het spanningsveld tussen praktijk en beleid rondom de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in de GGZ geanalyseerd. Er is gebruik gemaakt van drie onderzoeksmethoden: (1) een discoursanalyse van beleidsdocumenten en krantenartikelen (2) afname van een digitale vragenlijst volgens de Q-methodologie onder uitvoerende professionals, managers, bestuurders, medewerkers van beroeps- en brancheverenigingen, beleidsmakers en zorginkopers (n=28) en (3) diepte-interviews met professionals die werkzaam zijn in instellingen (n=10) en vrijgevestigde professionals (n=5).

Op macroniveau zijn het beleidsdiscours en het kritisch publieke discours rondom DBC's vastgesteld. Met behulp van de Q-methodologie is vervolgens een typologie ontwikkeld van de manier waarop verschillende partijen zich tot beide discourses verhouden. Het beleidsdiscours weerklinkt met name in de visies van beleidsmakers en medewerkers van zorgverzekeraars. Bestuurders, managers, en medewerkers van beroepsverenigingen laten een grote verdeeldheid in standpunten zien. Binnen deze groepen wordt zowel het discoursbeleid als het kritisch publieke discours vertegenwoordigd. Uitvoerende professionals blijken bijna allen kritisch tegenover het gebruik van DBC's in de GGZ te staan. Zij benadrukken met name het reductionisme dat het systeem volgens hen behelst. Daarnaast zijn professionals verontwaardigd over de invloed die niet-inhoudelijk deskundigen op hun werk hebben gekregen. Er zijn echter ook verschillen in de specifieke bezwaren die zij uiten.

Psychodynamische georiënteerde professional die vrijgevestigd werken hebben met name principiële bezwaren op het DBC-systeem en zien het als een aantasting van hun autonomie en beroepsgeheim. Gedragstherapeutisch georiënteerde professionals werkzaam in instellingen hebben met name kritiek op de uitwerking van de DBC's. Voor hen betekent het DBC-systeem met name een bureaucratische last. De manier waarop professionals zich positioneren ten opzichte van de DBC's blijkt gevolgen te hebben voor hun omgang met het systeem. De professionals met de grootste principiële bezwaren verzetten zich op het niveau van invoering: zij weigeren met het DBC-systeem te werken. Professionals die met name kritiek hebben op de uitwerking van het DBC-systeem passen zich deels aan en verzetten zich daarnaast op subtiele manieren op het niveau van uitvoering. In het werken met DBC's ervaren professionals conflicten tussen professionele, bureaucratische en marktgerelateerde doelen. Zij lossen deze conflicten onder anderen op door middel van rationalisering van tegenstrijdigheden. Ook proberen professionals hun werk zoveel mogelijk te beschermen door een tweedeling aan te brengen tussen de werkelijkheid en de DBC-registratie. Dit stelt hen in staat om het systeem – zonder al te veel gewetenswroeging - op pragmatische wijze te gebruiken, en bestaande praktijken zoveel mogelijk te continueren.

Ondanks deze pogingen om de invloed van het DBC-systeem te beperken, voltrekken zich veranderingen in de GGZ die ingaan tegen de beleidsdoelen waarop de systematiek berust. De belangrijkste gevolgen die de professionals beschrijven zijn: versnelling en verarming van diagnostisch onderzoek, toename van standaardisatie van behandelingen, toename van productiedruk en verschraving van kwaliteit. Door verschillende vertekeningen die in het DBC-systeem ontstaan wordt inzicht in zorgprocessen bovendien niet vergroot en wordt er op basis van foutieve informatie geconcurrerd. Dit alles draagt niet bij aan het bevorderen van de in het beleid geformuleerde doelen van vraagsturing, transparantie en kwaliteit.

Inleiding

In 2007 en 2008 liep ik in het kader van mijn studie stage bij een psychologische praktijk. Ik werd tijdens deze stage getuige van belangrijke hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Per 1 januari 2008 heeft de Nederlandse geneeskundige GGZ namelijk te maken met een nieuw zorgstelsel waarmee gereguleerde marktwerking wordt ingevoerd. De overheid trekt zich terug ten behoeve van de marktpartijen en concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet centraal komen te staan.

In het nieuwe zorgstelsel zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk geworden voor de inkoop en betaling van de geneeskundige GGZ. Tweedelijnszorg moet voortaan gefinancierd worden op basis van zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). In het DBC-systeem worden de diagnose en de totale behandeling van de cliënt gekoppeld aan een bepaalde prijs. Dit moet het mogelijk maken zorg als 'product' te omschrijven en vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk te maken. Hierdoor kan concurrentie ontstaan. Op termijn zal een deel van de DBC's worden vrijgegeven. Dit betekent dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij kunnen gaan onderhandelen over volume en prijs van de DBC's. Voor professionals in de GGZ behelst het nieuwe zorgstelsel o.a. dat zij hun activiteiten digitaal moeten registreren in het DBC-systeem. Hierin worden cliëntgegevens, diagnose en alle verrichte handelingen in minuten weergegeven. Deze gegevens worden aan de zorgverzekeraar verstrekt voor declaratie van de verleende zorg. Tevens worden de gegevens geanonimiseerd aangeleverd aan het DBC-informatie systeem (DIS) om gebruikt te kunnen worden voor onderzoek en het doorontwikkelen van de DBC's.

Tijdens mijn stage werd ik geconfronteerd met de alledaagse gevolgen van de invoering van de DBC's. Deze systematiek bracht in de praktijk een aantal problemen met zich mee. Dit kwam door een aantal financiële gevolgen: er moest een kostbaar digitaal systeem worden aangeschaft voor de registratie van DBC's. Daarnaast kwamen de onderhandelingen met verzekeraars er op neer dat de praktijkhouder voor een veel lager tarief zorg moest gaan bieden en anders geen contract kreeg. Verder werden de behandelingen pas vergoed nadat deze af waren gesloten, waardoor er de eerste maanden geen inkomsten waren voor de praktijk. Maar er waren ook inhoudelijke redenen waarom de DBC's niet met open armen werden ontvangen. Voortaan moesten cliënten bijvoorbeeld een psychiatrische classificatie (zoals 'ADHD') krijgen om vergoeding voor de behandeling te krijgen. Dit zorgde voor problemen bij alle cliënten die wel uitgebreid onderzoek en intensieve behandeling nodig hadden, maar waarvan de problemen niet duidelijk onder een specifieke psychiatrische classificatie vielen.

Mijn eigen ervaringen met de DBC's maakte mij nieuwsgierig naar ervaringen van andere professionals in de GGZ en de manier waarop zij de DBC's ervoeren en de bijkomende problemen oplosten. Ook vroeg ik mij af wat de gevolgen van de invoering van de DBC's voor de zorg zouden zijn. Onderzoek naar dit onderwerp is relevant omdat de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke functie heeft in de maatschappij. Volgens de statistieken heeft één op de vier volwassen Nederlanders één of meer psychische stoornissen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl). Steeds meer van deze mensen weten hun weg te vinden naar de geestelijke gezondheidszorg ('Toenemende zorg', sectorrapport GGZ Nederland). Steeds meer mensen krijgen op een bepaald moment in hun leven dus te maken met geestelijke gezondheidszorg. Het is een maatschappelijke taak om deze mensen goede zorg te bieden. Het is dan ook belangrijk om kritisch te kijken naar veranderingen in de zorg en de gevolgen hiervan. Ik hoop met mijn onderzoek bij te kunnen dragen aan de discussie rondom de recente hervormingen van het zorgstelsel.

De huidige minister van volksgezondheid, minister Klink heeft tot nu toe met name aandacht besteed aan de financiële problemen rondom het nieuwe zorgstelsel. Met mijn

onderzoek wil ik ook aandacht vragen voor meer inhoudelijke gevolgen. Ik zal mij in mijn onderzoek specifiek richten op de diagnose-behandeling combinatie omdat dit het onderdeel van het zorgstelsel is waarover de meeste commotie is ontstaan. Mijn onderzoeksgroep zal bestaan uit professionals (psychiaters, psychologen, orthopedagogen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen) die werkzaam zijn in de GGZ. Ik denk dat deze groep het meeste zicht heeft op de veranderingen die gaande zijn. Het zijn de professionals die het nieuwe zorgstelsel in de praktijk moeten brengen en de manier waarop zij dit doen is bepalend voor de kwantiteit en kwaliteit van zorg die de cliënt ontvangt.

Hoe hebben professionals tot nu toe gereageerd op de veranderingen in de GGZ? Een korte zoektocht naar krantenberichten over de ontvangst van het nieuwe zorgstelsel levert alarmerende krantenkoppen op, zoals: 'De zorg dreigt het onderwijs achterna te gaan in overgeorganiseerde chaos' (NRC handelsblad, 03-05-2008); 'Therapeuten weigeren te declareren op manier die de 'psychiatrie kapotmaakt' (NRC Handelsblad, 18-04-2008); 'GGZ instellingen klagen over toename van werkdruk en bureaucratie door invoering marktwerking' (NRC Handelsblad, 21-06-2008). De krantenkoppen suggereren dat er in de GGZ onvrede heerst met het nieuwe zorgstelsel. In een onderzoek door de Socialistische Partij (SP) onder 5.000 werkers in de GGZ wordt dit beeld bevestigd. Bijna driekwart van de respondenten vindt marktwerking in de zorg een slecht idee. In totaal waren er 3.195 respondenten die in hun dagelijkse werk te maken hadden met DBC's. Van hen geeft 89% aan dat zij vinden dat de DBC niet moet worden gehandhaafd (Palm et al. 2008).

Met mijn onderzoek wil ik meer inzicht krijgen in deze onvrede en de ideeën die hierachter schuilgaan. Ook ben ik nieuwsgierig geworden naar de dagelijkse praktijk in de GGZ. Want, hoe men er ook over denkt, met het DBC-systeem moet wel dagelijks gewerkt worden. Hoe slagen mensen erin hun werk te blijven doen onder de beperkende omstandigheden van een systeem dat misschien wel tegen hun eigen waarden ingaat? Enkele vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten die DBC-vrij willen werken hebben onlangs een rechtszaak aangespannen tegen de Nederlandse zorgautoriteit (Nza). De rechter heeft echter geoordeeld dat de Nza handhavend mag optreden tegen vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters die weigeren geleverde zorg te declareren in DBC's (www.dbcggz.nl). Dit betekent dat DBC-vrij werken wettelijk niet mogelijk is. Een drastische mogelijkheid om met deze situatie om te gaan is het werk erbij neerleggen. Het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten dat is gestopt met werken vanwege de invoering van het nieuwe zorgstelsel wordt geschat op 20% (NRC Handelsblad 15-04-2008).

Wat gebeurt er met de overige werknemers in de GGZ? Wat is er voor hun veranderd en hoe gaan zij om met eventuele onvrede? Om hier achter te komen zal ik mijn onderzoek richten op professionals die werkzaam zijn in instellingen. Zij hebben naar verwachting minder direct te maken met de financiële problemen en organisatorische moeilijkheden omdat deze zich voornamelijk op het niveau van bestuur en management afspelen. Hierdoor kan de focus van het onderzoek meer op inhoudelijke aspecten komen te liggen. Daarnaast is de DBC registratie in de meeste instellingen al in 2006 gestart. Professionals die in instellingen werken hebben dus een voorsprong in het werken met DBC's ten opzichte van vrijgevestigde professionals. De verwachting is dat hun mening hierdoor minder bepaald wordt door 'opstartproblemen' en weerstand tegen beleidswijzigingen in het algemeen. Ook hebben zij door hun langere ervaring mogelijk een beter zicht op de gevolgen van het systeem. In mijn onderzoek staan de volgende vragen centraal:

- **Wat betekenen de DBC's voor professionals werkzaam in de GGZ?**
- **Wat zijn de gevolgen van de DBC's voor de inhoudelijke psychische zorg?**

1. Literatuuroverzicht

Inleiding

Gezondheidszorg heeft een belangrijke functie in de maatschappij. In een studie van het Sociaal en Cultureel planbureau noemt 60% van de Nederlandse bevolking een goede gezondheid als belangrijkste waarde in het leven. Het belang dat wordt gehecht aan een goede gezondheid uit zich o.a. in de toenemende maatschappelijke vraag naar gezondheidszorg. Deze toenemende vraag, en de daaraan verbonden kosten vormen al decennialang een prangend probleem in de gehele Westerse wereld (Maarse, 1998: 132-33). In hun zoektocht naar een manier om de kosten van zorg te beheersen hebben veel overheden hun heil gezocht in marktwerking. Deze trend kan o.a. worden teruggebracht naar de groeiende invloed van de neoliberalisme sinds de jaren '80 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 oplossen¹ (Light, 2001). Maar de veranderingen in de gezondheidszorg kunnen niet eenzijdig aan het neoliberalisme worden toegeschreven. Waar het neoliberalisme, sociaal-economische kritiek uitte op de gezondheidszorg, kwam er van links maatschappelijke kritiek op de rol van professionals in de samenleving. Professionele ethiek en expertise werd in de jaren 1970 en 1980 ter discussie gesteld door sociale wetenschappers, de anti-psychiatrische beweging, studenten en feministen (Knijn en Selten 2006). Professionals werden als autoritair en paternalistisch bestempeld en zouden slechts uit zijn op eigenbelang (Tonkens 2008: 53). Wat deze kritiek van links gemeen had met de neoliberale kritiek was het wantrouwen in professionals en het streven naar meer zeggenschap van de patiënt. Knijn en Selten (2006) 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.

Wat is er tot nu toe bekend over de gevolgen van de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg? Om een hier een idee van te geven zal ik hieronder een overzicht geven van de verschillende onderzoeken naar dit onderwerp. Ik richt mij hierbij voornamelijk op sociaal-wetenschappelijk, kwalitatief onderzoek. In veel van deze onderzoeken wordt marktwerking niet als puur economisch beleid gezien, maar als een geconstrueerde realiteit die oplossingen biedt die specifieke partijen bevoordelen en anderen benadelen (Light 2001: 1151). Dit zal ook mijn inslag zijn bij het bespreken van de literatuur.

Omdat marktwerking in Nederland recentelijk is ingevoerd in de gezondheidszorg is hier nog beperkt onderzoek over beschikbaar. Andere Westerse landen, zoals de Verenigde Staten, kennen een langere traditie van liberalisering, en dus ook van onderzoek naar de gevolgen hiervan. Ondanks de grote verschillen tussen verschillende Westerse zorgstelsels kan het zinrijk zijn lering te trekken uit buitenlandse onderzoeken. Er is namelijk sprake van soortgelijke strategieën van marktwerking, zoals het onderhandelen over prijzen met derdepartij-betalers, het uitoefenen van externe controle op behandeling en uitkomsten, en het selectief toekennen van vergoedingen en de koppeling van een budget aan de problematiek van de cliënt (Ware 2000). Om de literatuurbespreking toe te spitsen op mijn eigen onderzoek zal ik mij voornamelijk richten op marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg en de gevolgen die verbonden zijn aan de koppeling van diagnose aan behandelbudget. Ik zal hierbij zowel de gevolgen voor de hulpverlening als de hieraan verbonden gevolgen voor professional beschrijven. Vervolgens zal ik ingaan op de reacties

¹ In Nederland en andere Noord - Europese landen wordt deze ideologie gereflecteerd in de filosofie van het 'New Public Management'. Binnen deze filosofie wordt privatisering niet als doel op zich gezien, maar als middel op de prestaties van de publieke sector te verbeteren door management technieken uit de commerciële sector te introduceren (Reinders 2008).

van professionals op veranderingen in de gezondheidszorg en hier een theoretisch kader aan koppelen waarin de interactie tussen beleid en professionals centraal staat.

1.1 Empirie: de gevolgen van marktwerking in de zorg

De DSM-IV als basis voor bekostiging: gevolgen voor diagnostiek

Marktwerking kan het werk van professionals op verschillende manieren beïnvloeden. Allereerst veranderen formele aspecten van het werk. Een belangrijke verandering is dat de declaratie van zorg gelegitimeerd dient te worden op basis van een psychiatrische diagnose². Het instrument dat professionals dienen te gebruiken om diagnoses te rapporteren aan de derde-partijbetalers is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV). De DSM is een handboek waarin een overzicht gegeven wordt van verschillende psychiatrische stoornissen. Per stoornis worden de criteria waaraan iemand moet voldoen, in termen van gedragssymptomen uiteengezet. Het boek is o.a. bedoeld om het taalgebruik van klinici te standaardiseren en de betrouwbaarheid van diagnoses te vergroten. De invloed van het handboek op klinisch onderzoek, praktijk en onderwijs is de laatste decennia sterk gegroeid (Maddux 2008). Het is dan ook niet verwonderlijk dat juist dit instrument verplicht is gesteld voor rapportage van diagnoses aan derde- partijbetalers. De DSM is echter geen onomstreden diagnostisch instrument. Verschillende auteurs hebben vraagtekens gezet bij de assumpties die aan de DSM-IV ten grondslag liggen. Zo is de universele geldigheid van de psychiatrische classificaties ter discussie gesteld (Horwitz 2002; Spasser 1998) en wordt er volgens critici te weinig aandacht besteed aan de sociale en culturele context waarin een psychisch probleem ontstaat (Bury 2005; Gabe 2004; Maddux 2008; Macionis 2005). Een ander veelgehoord bezwaar is dat in de DSM-IV geen aandacht wordt besteed aan de ontstaansgeschiedenis van problematiek. Stoornissen worden vastgesteld op basis van symptomen, waarbij een absolute grens tussen normaal en abnormaal gedrag verondersteld wordt (Spasser 1998).

De imperfecties van de DSM-IV brengen in de praktijk problemen met zich mee wanneer rapportage van een DSM-IV classificatie een voorwaarde wordt om zorg te kunnen declareren. Problemen kunnen te licht zijn, te weinig specifiek of juist te complex om in een DSM-IV categorie te passen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat professionals dit probleem oplossen door diagnoses 'bij te stellen' om vergoeding te garanderen. In de enquête van Murphey et al. (1998) onder Amerikaanse psychologen geeft 70% van de respondenten aan dat derdepartij-betaling leidt tot het stellen van onjuiste diagnoses. Pomerantz en Segrist (2006) deden onderzoek onder Amerikaanse psychologen om te kijken naar het effect van betalingsmethode op diagnostische beslissingen. Zij concludeerden dat cliënten met lichte problematiek een meer dan drie keer grotere kans hadden om een DSM-classificatie te krijgen wanneer de betaling via een derde partij verliep, dan wanneer de cliënt zelf betaalde. Koppeling van diagnose aan behandelbudget kan dus leiden tot intentionele overdiagnose. De problematiek van cliënten kan door professionals worden uitvergroot om een (groter) behandelbudget te verkrijgen. Dit resultaat werd ook in Nederland gevonden. In het onderzoek van de SP gaf 77% van de respondenten aan dat DBC's leiden tot het toekennen van zwaardere diagnoses, waarbij 30% aangaf dit ook zelf te doen.

Wanneer een DSM-IV classificatie noodzakelijk wordt voor toegang tot zorg zal het aantal gestelde diagnoses naar verwachting stijgen. Deze hypothese wordt bevestigd in een onlangs verschenen rapport van de Gezondheidsraad (2009) waarin de noodzaak van een diagnose als paspoort voor voorzieningen als één van de vier belangrijkste redenen voor de explosieve groei van het aantal diagnoses in het autistisch spectrum onder kinderen wordt genoemd. Dat verplichte DSM-IV classificatie niet alleen de rapportage naar derde-partij

2 In Nederland geldt dit alleen voor tweedelijnszorg. Voor toegang tot eerstelijnszorg is geen psychiatrische classificatie nodig.

betalers, maar ook het denken van professionals kan beïnvloeden wordt geïllustreerd door een onverwacht effect in het eerdergenoemde onderzoek van Pomerantz en Segrist (2006). Er werd namelijk onafhankelijk van de betalingsconditie, in 50% van de gevallen een DSM-classificatie toegekend aan problematiek die zodanig was omschreven dat officieel niet voldaan werd aan de DSM criteria. Mogelijk raken professionals zo gewend aan het idee dat een DSM-classificatie noodzakelijk is voor behandeling, dat zij deze ook onnodig gaan stellen.

De verplichting van een DSM-IV classificatie kan medicalisering dan ook in de hand werken. Medicalisering houdt in dat steeds meer verschijnselen in het dagelijks bestaan worden geïnterpreteerd vanuit het perspectief van ziekte, gezondheid en medische behandeling (Fahrhensfort 2005: 270). Wanneer DSM-classificaties in toenemende mate worden gebruikt om psychische problematiek te beschrijven heeft dit ook zijn weerslag in de maatschappij. Zo wijst Dehue (2008: 70) erop dat mensen via voorlichtende internetsites en elektronische zelftests steeds meer in termen van DSM-criteria over zichzelf en anderen leren denken. Mensen geven bovendien nieuwe betekenissen aan deze DSM-classificaties. Een voorbeeld hiervan is dat beschrijvende ziektenamen steeds vaker als oorzaak van een probleem worden begrepen, terwijl zij er in feite alleen een naam aan geven (ibid. 47). Het gebruiken van DSM-classificaties als basis van bekostiging van behandeling kan dus gevolgen hebben voor de cliënt, doordat de diagnose een eigen leven kan gaan leiden.

Geconcludeerd kan worden dat het verplichte gebruik van DSM-classificaties problemen oplevert. Wanneer de werkelijke problematiek niet in een DSM-classificatie past komt het voor dat professionals toch een classificatie toekennen om vergoeding te garanderen. Hierdoor ontstaan vertekeningen in rapportage. Daarnaast kan de verplichtstelling van DSM-classificaties medicaliserend werken doordat het denken in termen van deze categorieën in de samenleving wordt bevorderd.

Het streven naar efficiënte zorg: gevolgen voor behandeling

Naast voorwaarden met betrekking tot formele aspecten van zorg kunnen binnen de context van marktwerking ook voorwaarden gesteld worden aan de inhoud van de zorg. In hun pogingen om zorg efficiënter te maken keren overheden en derde-partijbetalers zich naar de wetenschap. Het gebruik van wetenschappelijk effectief gebleken behandelingen wordt gestimuleerd en soms zelfs verplicht gesteld in de geliberaliseerde gezondheidszorg. Verschillende auteurs spreken in dit verband van een 'wetenschappelijk-bureaucratische gezondheidszorg', waarbij onderzoeksresultaten op populatieniveau via bureaucratische regels worden geïmplementeerd in de praktijk (Checkland 2004; Harrison & Amhad 2000).

De zogenaamde 'Evidence Based' (EB) behandelingen kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg en de professionalisering van de psychiatrie. Er kunnen echter ook kanttekeningen worden geplaatst bij EB behandelen. Zo zijn de problemen van proefpersonen van wetenschappelijk onderzoek vaak veel minder complex dan in de klinische praktijk en wordt terugval van de patiënt niet meegenomen in de nametingen (Nys & Nys 2006). Volgens Cohen et al. (2006) heerst er bovendien een te groot vertrouwen in de exclusieve mogelijkheid van de wetenschap om de waarheid bloot te leggen. Het probleem met de evaluatie van therapie is die van circulariteit; de determinatie van positieve uitkomsten wordt beïnvloed door de ideeën van de wetenschapper over ziekte, genezing en effectiviteit. Het zijn met name de medicinale en (cognitief-) gedragstherapeutische behandelingen die in de loop der jaren de status EB hebben gekregen. Meer holistische benaderingen waarin de therapeutische relatie centraal staat zijn moeilijker te evalueren. Bovendien worden de aspecten die de kern uitmaken van dit soort therapie, zoals aandacht en vertrouwen, bestempeld als placebo effecten die men juist wil uitsluiten in het wetenschappelijke experiment (Dehue 2008: 156). De trend richting EB werken, die onder invloed van marktwerking wordt versterkt betekent dus ook

een benadeling van behandelpraktijken die minder goed aansluiten op de 'positivistische ideologie'.

In verschillende Amerikaanse onderzoeken wordt dit beeld bevestigd. Zo stelt Luhrmann (2001) op basis van haar jarenlange veldwerk in de Amerikaanse psychiatrie dat marktwerking de voornaamste reden voor de ondergang van het psychodynamische model is geweest. De kwaliteit van psychodynamische hulpverlening is namelijk moeilijk meetbaar en objectiveerbaar. Ook de langdurige, weinig concrete behandelingen passen niet goed binnen de ideologie van het marktdenken. Eenzelfde resultaat werd verkregen door Cohen en collega's (2006) die onderzoek deden naar de gevolgen van de invoering marktwerking onder therapeuten. De - psychodynamisch georiënteerde - therapeuten gaven aan door de restricties van marktwerking het gevoel hebben dat zij alleen oppervlakkige problematiek van hun cliënten konden aanpakken met methodes die zijzelf als inadequaat beschouwden. Ook gaven zij aan dat er geen tijd en geld meer beschikbaar was om onderliggende problematiek aan te pakken en zo aan een beter welzijn op de lange termijn te werken. In onderzoek van Scheid (2000: 709) gaven Amerikaanse klinici aan dat zij vaker medicatie inzetten om korte termijn oplossingen te bieden, wat volgens de respondenten ten koste ging van langdurige, intensievere therapie vormen. De trend richting kortdurende, medicinale behandeling komt ook in kwantitatief onderzoek naar voren. In een enquête van Murphey et al. (1998) onder Amerikaanse psychologen gaf 80% van de respondenten aan dat beperkingen van het aantal sessies door derde-partijbetalers de behandeling van cliënten belemmerde. Daarnaast gaf 63% van de respondenten aan dat marktwerking sterk bijdroeg aan het gebruik van medicatie in plaats van therapeutische behandeling.

Geconcludeerd kan worden dat marktwerking het gebruik van kortdurende EB behandelingen stimuleert. Dit kan kwaliteitsverhogend werken en de psychiatrie een meer wetenschappelijke uitstraling geven. Behandelmethoden die per definitie moeilijk te evalueren zijn en niet aansluiten bij de positivistische ideologie worden echter benadeeld door deze benadering. Met name de psychodynamische, holistische benaderingen kunnen onder invloed van marktwerking onder druk komen te staan. Waar dit volgens sommige wordt gezien als een afrekening met onwetenschappelijke methoden zal dit door anderen worden gezien als een ontwikkeling die oppervlakkige symptoombestrijding aanmoedigt en kwaliteitsverarming inhoudt.

Marktwerking als bedreiging?: gevolgen voor de professional

Uit het voorafgaande blijkt dat de invloed van niet-inhoudelijk deskundigen met de invoering van marktwerking is toegenomen. Overheden en derde partijbetalers proberen (kosten-) efficiëntie te bevorderen door eisen te stellen aan vorm en inhoud van gezondheidszorg. Waar professionals traditioneel hun eigen normen, kennis en controlemechanismen hadden, wordt deze onafhankelijkheid nu niet meer automatisch geaccepteerd (Reinders 2008: 564). Volgens verschillende auteurs is de autonomie van professionals onder invloed van marktwerking ingeperkt (o.a. Barnett 1998; Harrison & Amhad, 2000).

Uit onderzoek blijkt dat professionals zich gefrustreerd en zelfs bedreigd voelen door deze ontwikkeling en het gevoel hebben dat zij de controle over hun professie kwijtraken (Cohen et al. 2006; Luhrmann 2001; Vogd 2006; Ware 2001). Met name de invloed van derdepartij-betalers wordt als bedreigend ervaren. Uit de enquête van Murphey et al. (1998) bleek dat 84% van de respondenten van mening is dat beslissingen die tot hun vakgebied behoren, worden overgenomen door derdepartij-betalers. Nederlandse professionals delen deze mening. Van de respondenten vindt 75% dat de zorgverzekeraars zich bemoeien met de inhoud van de zorg (Palm et al. 2008).

Professionals blijken moeite te hebben met het opgelegde gebruik van

(wetenschappelijke) richtlijnen en standaardprocedures. Zij benadrukken dat onafhankelijke besluitvorming centraal staat in hun werk en dat hun beslissingen van veel meer afhankelijk zijn dan wetenschappelijke kennis alleen (Hutschemakers & Tiemes 2006). Door de standaardisering zou de professional steeds meer tot een 'psychotechnicus' verworden die behandeltechnieken zo consistent mogelijk moet inzetten en het eigen oordeel zo veel mogelijk moet beperken (Cushman 2000).

Daarnaast storen professionals zich aan de bureaucratische verantwoording die gepaard gaat met marktwerking: derdepartij-betalers willen zicht hebben op de financieringsstromen en overheidsinstanties willen erop toezien dat de verschillende marktpartijen zich aan de regels houden en publieke belangen worden gewaarborgd. De controle van derde- partijbetalers op professionals wordt bewerkstelligd door middel van registratie van diagnoses, activiteiten en resultaten. Hierdoor komt tijdmanagement en verantwoording steeds meer centraal te staan in de klinische praktijk. Er is hierdoor sprake van een vervaging van de grenzen tussen professionele taken en management (Reinders 2008). Professionals geven aan dat hun nieuwe taken ten koste gaan van het klinische werk (Knijn & Selten, 2006; Palm et al. 2008) en dat de tijd voor supervisie en bijscholing in sommige gevallen wordt ingeperkt vanwege de bureaucratische belasting (Ware, 2001).

Samenvattend lijkt er sprake te zijn van verschuivingen van controle over de vorm en inhoud van het werk van professionals richting overheid en derdepartij-betaler. Dit zorgt bij professionals voor gevoelens van frustratie en bedreiging. Negatieve gevoelens hebben met name betrekking op opgelegde vormen van standaardisering en bureaucratische verantwoording.

Reacties van professionals: tussen verzet en aanpassing

Duidelijk is geworden dat marktwerking in de zorg grote veranderingen heeft gebracht voor professionals en hun werk. De professional is echter geen passief object in dit proces van verandering (Duyvendak et al. 2006). Wat doen professionals in de gezondheidszorg met hun negatieve gevoelens tegenover beleidswijzigingen?

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat professionals zich sterk kunnen verzetten tegen beleidswijzigingen. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door Doolin (2004). Hij deed onderzoek naar de implementatie van een informatiesysteem in een ziekenhuis in Nieuw-Zeeland, dat plaatselijk werd uitgetoet. Net als het DBC-systeem moest dit systeem efficiëntie bevorderen door klinische activiteiten te verbinden aan kosten. Door de attitude en het gedrag van professionals bracht dit systeem echter niet de gewenste verandering in klinisch handelen. Professionals hechtten geen inhoudelijke waarde aan het systeem en stelden de validiteit ervan ter discussie. Zij gebruikten en besproken het systeem nauwelijks waardoor de potentiële disciplinerende werking uitbleef. Checkland (2004) komt tot een soortgelijke conclusie in een onderzoek naar de landelijke implementatie van richtlijnen bij Britse huisartsen. Ondanks de positieve attitude van huisartsen tegenover klinische richtlijnen in het algemeen werden de - door de overheid ingevoerde - richtlijnen door de huisartsen ervaren als problematisch en slecht aansluitend bij de dagelijkse praktijk. De desinteresse van de artsen voor het gebruik van de richtlijnen resulteerde uiteindelijk in het falen van het beleid.

Professionals lijken dus over de mogelijkheden te beschikken om beleid te dwarsbomen. In bovenstaande onderzoeken waren de beleidswijzigingen echter nog in een experimentele fase en was implementatie optioneel. Wat gebeurt er als beleid dwingender wordt? Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door Summers & Semrud- Clikeman (2000) die onderzoek deden naar de implementatie van een beleidswijziging m.b.t. toegang tot speciaal onderwijs door Amerikaanse schoolpsychologen. Hieruit bleek dat psychologen de nieuwe regels vaak creatief toepasten en beleid op deze manier aanpasten aan hun eigen normen. Het creatief toepassen van regels bestond in veel gevallen uit manipulatie van rapportage om cliënten

binnen een bepaalde regeling te laten vallen. Manipulatie van rapportage wordt ook in andere onderzoeken gevonden. Zo bleek uit onderzoek van Grover (1993) dat Amerikaanse verpleegkundigen rapportage vaak manipuleerden wanneer beleid inging tegen de professionele ethiek. De verpleegkundigen reduceerden op deze manier stress doordat zij volgens professionele standaarden konden handelen, en op papier de schijn konden creëren dat volgens de regels was gehandeld. Wanneer beleid dwingender wordt kan verzet dus subtielere vormen aannemen, zoals creatief gebruik van regels of de manipulatie van rapportage.

Professionals kunnen beleid aanpassen aan bestaande praktijken. Dit betekent echter niet dat het beleid geen enkele invloed heeft op hun handelen en denken. In verschillende onderzoeken wordt gewezen op een geleidelijk proces van internalisering van beleid door professionals. Zo illustreren Cohen et al. (2006) in een Amerikaans onderzoek hoe therapeuten het taalgebruik van derde-partijbetalers steeds meer gaan overnemen als reactie op de invoering van marktwerking. Bijvoorbeeld door langdurige therapie in termen van kostenbesparing op de lange termijn te verantwoorden. In een ander Amerikaans onderzoek (Ware, 2001) wordt beschreven hoe professionals in de geestelijke gezondheidszorg hun taalgebruik geleidelijk aanpassen. Behandeldoelen werden bijvoorbeeld steeds vaker gepresenteerd in meetbare, gedragsmatige termen om aan de eisen van financierende instanties te voldoen, een praktijk die voorheen niet gangbaar was in de onderzochte instelling. Taalgebruik en praktijken kunnen onder invloed van marktwerking dus andere vormen aan gaan nemen.

In de literatuur zijn dus twee globale trends terug te vinden: één van verzet en manipulatie en één van internalisering van beleid. De vraag is echter of deze processen altijd zo strikt gescheiden plaatsvinden. Volgens sommige auteurs kunnen angst voor de consequenties van beleid, de verleiding om het beleid strategisch te gebruiken en zelfs verzet de invloed van beleid juist vergroten. Mensen creëren op deze manieren namelijk een relatie met het beleid waardoor het tot een referentiekader verwordt dat ideeën en gedragingen structureert (Sauder & Espenland 2009).

Samengevat lopen de reacties van professionals op beleidswijzigingen sterk uiteen. Naarmate het beleid dwingender is, neemt verzet subtielere vormen aan en is de kans op internalisering van het beleid groter. Duidelijk wordt dat de grens tussen verzet en aanpassing diffuus kan zijn. Verder blijkt dat de manier waarop professional omgaan met beleid grote gevolgen heeft voor het slagen van dit beleid. Onderzoek naar beleidshervormingen moet zich dan ook meer gaan richten op de worsteling van professionals met beleid, en de manier waarop zij onder beperkende omstandigheden hun werk op een zinvolle manier proberen te blijven doen (Checkland 2004: 954). Om hier meer inzicht in te krijgen zal ik hieronder een theoretisch kader uitwerken waarin de interactie tussen professionals en beleid centraal staat en waarin duidelijk wordt hoe ideeën over beleid, omgang met beleid en de gevolgen van beleid samenhangen.

1.2 Theorie: het spanningsveld tussen beleid en praktijk

Werknemers als beleidsmakers

Een theorie die bij uitstek inzicht geeft in hoe beleid en uitvoering zich op micro-niveau tot elkaar verhouden is de klassieke theorie van Lipsky. In zijn boek 'Street-level Bureaucracy' (1980) beschrijft Lipsky dilemma's van individuele werknemers in de publieke sector die zich afspelen op het raakvlak tussen beleid en praktijk. Lipsky definieert 'street-level bureaucrats' als werknemers die in hun werk direct contact hebben met burgers en een relatief grote vrijheid hebben om naar eigen inzicht te handelen. Het gaat hier bijvoorbeeld om leerkrachten, politieagenten, maatschappelijk werkers, rechters en werkers in de gezondheidszorg (ibid.: 3). Lipsky's centrale stelling is dat beleid niet van bovenaf gevormd

wordt, maar dat de mensen die het dagelijks uit moeten voeren het publieke beleid uiteindelijk maken.

'I argue that the decisions of street-level bureaucrats (...) effectively become the public policies they carry out. I argue that public policy is not best understood as made in legislatures or top-floor suites of high ranking administrators, because in important ways it is actually made in the crowded offices and daily encounters of street-level workers' (ibid.: iix).

De manier waarop het beleid in de praktijk vorm krijgt kan dan afwijken van het beleid zoals het bedoeld is. Lipsky verklaart dit proces aan de hand van de werkomstandigheden van de 'street level bureaucrats' (SLB's). De werkomstandigheden van SLB's kenmerken zich door o.a. een chronisch tekort aan middelen, een onbeperkte vraag naar diensten, onduidelijke doelen, moeilijk te evalueren prestaties, en de noodzaak om onder omstandigheden van beperkte tijd en informatie beslissingen te nemen (Evans & Harris 2004: 877). Het beleid van organisaties dat voortkomt uit deze kenmerken kan tegengesteld zijn aan professionele idealen. Zo zouden professionals zich idealiter responsief en flexibel opstellen om de individuele cliënt de beste behandeling te geven (Lipsky 1980: xii). Vanwege een chronisch tekort aan middelen en onbeperkte vraag wordt echter van hen verwacht dat zij cliënten snel en efficiënt behandelen. Om met de ambiguïteit van hun werk om te gaan ontwikkelen SLB's volgens Lipsky bepaalde coping mechanismen. Deze coping mechanismen zijn gericht op het ontwikkelen van werkpatronen die de vraag beperken en het gebruik van middelen maximaliseren. Daarnaast worden ideeën over het werk en de cliënt zodanig aangepast dat deze beter aansluiten bij de praktijk (ibid.: 83). Enerzijds maken deze coping mechanismen het werk mogelijk en dragelijk, anderzijds kan het gedrag dat hieruit ontstaat tegen de doelen van het beleid ingaan. De macht van SLB's om beleid vorm te geven wordt door Lipsky toegeschreven aan hun autonomie, die – met name voor managers en bestuurders - problematisch is, maar tegelijkertijd noodzakelijk is voor de uitvoering van hun werk. SLB's hebben in hun werk namelijk te maken met complexe situaties waarbij beslissingen niet tot standaardprocedures worden teruggebracht. Bovendien wordt een zekere gevoeligheid en flexibiliteit van hen verwacht in het beoordelen en behandelen van individuele gevallen (ibid.: 15).

In de volgende paragrafen zal ik de ideeën van Lipsky verder uitwerken om duidelijk te maken hoe dit kan leiden tot omvorming van beleid. Ik zal zijn ideeën hierbij aanvullen met de theorieën over professionalisme en verschillende logica's in de publieke sector.

Conflicterende waarden in de publieke sector

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de mate waarin beleid wordt uitgevoerd o.a. afhankelijk is van de mate waarin het beleid overeenkomt met professionele waarden (Bergen & While 2005; Coburn et al. 2004). Zoals Lipsky echter aangeeft komen beleidsdoelen vaak niet overeen met professionele waarden waardoor een conflict kan ontstaan. Vóór ik zal ingaan op dit conflict en de gevolgen hiervan is het nodig om te specificeren wat nu precies die professionele waarden zijn en welke waarden in beleid worden uitgedragen. Een uitwerking hiervan kan worden gevonden in literatuur over veranderend professionalisme waarin de theorieën van de socioloog Freidson (2001) een belangrijke rol spelen. Freidson maakt onderscheid tussen drie verschillende logica's: die van het professionalisme, de bureaucratie en de markt. Werknemers in de (geliberaliseerde) publieke sector hebben met alle drie deze logica's te maken. Tonkens (2008) typeert deze verschillende logica's als volgt:

Tabel 1. Verschillende logica's in de publieke sector

	Professionalisme	Bureaucratie	Markt
Waarden	Dienstbaarheid aan welzijn van de cliënt Kwaliteit Maatwerk	Dienstbaarheid aan procedures Rechtsgelijkheid Zorgvuldigheid	Dienstbaarheid aan de vraag Efficiëntie Snelheid
Sturing	Professionele sturing Protocollen als hulpmiddel Samenwerking; rivaliteit (competitie om kwaliteit)	Proceduresturing Protocollen als dictaat Hiërarchische sturing	Vraagsturing Markttoezicht Concurrentie (competitie om kosten)
Verantwoording	Horizontaal via intervisie Verticaal via supervisie en via patiënten feedback	Hiërarchische procescontrole	Afrekenen op prestatie Cliënttevredenheid
Aanspraak op deskundigheid	Vakinhoudelijke kennis en ervaring	Juridisch en procedureel	Geen: overleven op de markt legitimeert je positie

(Ontleend aan: Tonkens 2008: 34)

In dit overzicht wordt duidelijk dat de verschillende logica's met elkaar kunnen botsen. Bij de bureaucratische logica staat bijvoorbeeld rechtsgelijkheid en het werken volgens gestandaardiseerde procedures centraal. Dit kan botsen met de professionele logica waarin maatwerk centraal staat. Wanneer de professional iedere cliënt als uniek individu wil behandelen moet van standaardprocedures af kunnen worden geweken. Eveneens geldt dat het snel en efficiënt werken dat centraal staat in de marktlogica kan botsen met professionele logica waarin kwaliteit centraal staat: een goede behandeling kan langdurig zijn en efficiënt werken wordt soms bemoeilijkt door de complexiteit van menselijke interacties.

Professionals in de publieke sector raken dus in een lastige positie omdat ze tegenstrijdige doelen en belangen met elkaar moeten zien te verenigen (Tonkens 2008: 12). In de arbeids- en organisatiepsychologie wordt naar dit probleem gerefereerd als een rollenconflict. Zo'n conflict kan ontstaan wanneer verschillende aspecten van iemands werk onvereenigbaar zijn, of wanneer de vereisten van het werk tegen iemands normen ingaan. Dit veroorzaakt stress en spanning (Berry 1998: 434). Het is dan ook interessant om te kijken hoe professionals omgaan met deze conflictsituatie. Lipsky illustreert dit aan de hand van zogenaamde coping mechanismen die professionals inzetten.

Omgaan met conflict

Lipsky stelt dat street-level bureaucrats door hun werkomstandigheden, waarin tegengestelde doelen centraal staan, gedwongen worden bepaalde coping-mechanismen in te zetten. Deze coping mechanismen behelzen zowel een verandering van praktijken als een verandering van ideeën over het werk.

Allereerst benadrukt Lipsky de neiging van SLB's tot routinering en simplificatie. Om hun werkomstandigheden beheersbaar te maken structureren en vereenvoudigen SLB's hun taken. Dit gedrag komt voort uit een individuele coping behoefte die op zich niet uniek is voor de werksituatie van SLB's. Het verschil ligt echter daarin dat de optelsom van het gedrag van SLB's publiek beleid vormt. Individuele burgers zijn subject van het gedrag van SLB's en kunnen hierdoor zowel benadeeld als bevoordeeld worden (1980: 84-86). Dit wordt duidelijk aan de hand van een ander coping mechanisme dat Lipsky beschrijft, namelijk 'rantsoenering'. Dit houdt het bemoeilijken en beperken van toegang tot diensten in (ibid.: 87). Voorbeelden hiervan zijn het instellen van wachtlijsten, het vragen van grote hoeveelheden informatie voor verschaffing van toegang tot diensten en het weigeren van bepaalde cliënten. Met name bij deze laatste vorm is de cliënt onderhevig aan de persoonlijke voorkeuren en (voor) oordelen van de SLB (ibid.: 108).

Overigens benadruk Lipsky dat processen van routinering en rantsoenering zich zowel op organisatorisch als individueel niveau af kunnen spelen, maar dat de grens hiertussen niet altijd duidelijk is. Zo kan het werken volgens een protocol in overeenstemming zijn met formele routines die vastgelegd zijn in het beleid van een organisatie. Tegelijkertijd kan dit beleid de SLB helpen om te voorkomen dat cliënten aanspraak maken op tijdrovende individuele behandeling. Andersom kan een bepaalde informele praktijken - zoals voorrang verlenen aan de meest hulpbehoevende cliënten - op ten duur formeel worden vastgelegd in beleid.

Lipsky beschrijft twee globale richtingen die de praktijken van SLB's op kunnen gaan. In het ergste geval gaan SLB's rigide vasthouden aan regels en procedures en vermindert hun betrokkenheid bij cliënten. Professionele autonomie en persoonlijke verantwoordelijkheid worden verworpen waardoor de SLB zich beschermt tegen de eisen van cliënten en een confrontatie met de eigen tekortkomingen uit de weg gaat (ibid.: 143). In het beste geval gaan SLB's zich verzetten tegen de eisen van de bureaucratie en proberen zij te ontsnappen aan de restricties van hun werk door creatief om te gaan met regels en van standaardprocedures af te wijken (ibid.: 150). Deze manier van coping kenmerkt zich door een pragmatische omgang met beleid. Omdat niet voor iedereen een uitzondering kan worden gemaakt zal echter maar een deel van het cliëntèle hier baat bij hebben waardoor het bureaucratische streven naar gelijke behandeling niet wordt behaald. Ook kan de pragmatische toepassing van beleid het behalen van de beleidsdoelen belemmeren. Er zit dus ook een keerzijde aan deze, meer humane manier van omgang met beperkende werkomstandigheden.

Naast het aanpassen van hun praktijken veranderen SLB's ook hun attitude ten opzichte van het werk wanneer zij geconfronteerd worden met de beperkingen van hun werkomstandigheden (ibid.: 141). Een belangrijk psychologisch coping mechanisme dat zij inzetten om met tegenstrijdigheden om te gaan is rationalisering. Dit is een proces waarbij mensen door bewust redeneren hun handelen proberen te rechtvaardigen. Om werktevredenheid te kunnen behouden en ambities en realiteit op één lijn te brengen zouden SLB's volgens Lipsky hun professionele idealen bijstellen (ibid.: 141). Door beperkingen in hun werkomstandigheden als een gefixeerde realiteit te zien in plaats van een probleem wordt middelmatigheid echter in de hand gewerkt en verandering tegengegaan. Omdat niet alle professionele doelen kunnen worden behaald beperken professionals zich vaak tot enkele van deze doelen (ibid.: 144-145). Tevens leggen professionals zich er volgens Lipsky bij neer dat zij niet voor iedereen evenveel kunnen

betekenen en gaan onderscheid maken tussen cliënten. Daarbij hebben zij volgens Lipsky een voorkeur voor mensen waarbij de kans op verbetering het grootst is en die het werk dus dankbaar maken (ibid.: 151). Differentiatie maakt het voor SLB's mogelijk om een deel van hun clientèle wel te dienen volgens de ideale concepties van hun werk om zo toch voldoening uit het werk te halen.

Naast de door Lipsky beschreven coping mechanismen is in de bespreking van de empirie naar voren gekomen dat ook manipulatie van rapportage en internalisering manieren zijn om te copen met tegenstrijdigheden in het werk. Samengenomen levert dit het volgende overzicht op:

- Routinering (standaardprocedures, simplificatie)
- Beperking van diensten (bijvoorbeeld door bemoeilijken toegang)
- Differentiatie clientèle (in groepen die makkelijk en moeilijk te helpen zijn)
- Rigide vasthouden aan regels (autonomie en verantwoordelijkheid ontkennen)
- Creatieve toepassing van regels (regels zo voordelig mogelijk toepassen)
- Manipulatie van rapportage (volgens ene rol handelen maar volgens andere rol rapporteren)
- Rationalisering (verwachtingen bijstellen, handelen rechtvaardigen)
- Internalisering (het eigen maken van het beleid, doelen en waarden overnemen)

Zoal Lipsky aangeeft maken coping mechanismen het mogelijk om met beperkende werkomstandigheden om te gaan. De gevolgen van deze coping-mechanismen kunnen echter ook averechts zijn en ingaan tegen beleidsdoelen of belangen van cliënten. Verwacht wordt dat wanneer beleid dwingender wordt en professionele autonomie afneemt, er meer coping-mechanismen worden ingezet en dus ook meer averechtse effecten optreden.

Conclusie

Om meer inzicht te krijgen in de wisselwerking tussen praktijk en beleid wordt in dit onderzoek de theorie van Lipsky over 'street level bureaucracy' gebruikt. Lipsky benadrukt dat de mensen die beleid dagelijks in de praktijk moeten brengen, actieve beleidsmakers zijn. De manier waarop zij omgaan met de tegenstrijdige eisen van hun werk heeft zowel positieve als negatieve consequenties voor de manier waarop het beleid vorm krijgt. Tegenstrijdigheden ontstaan doordat zowel bureaucratische, professionele en markt gerelateerde doelen moeten worden verenigd in de (geliberaliseerde) publieke sector.

Deze drie logica's worden verenigd in het DBC-systeem. Dit is namelijk een bureaucratisch instrument dat marktwerking mogelijk moet maken en dat door professionals gebruikt moet worden. Volgens de theorie zou dit conflicten moeten opleveren vanwege het onverenigbare karakter van de verschillende doelen. Het besproken empirische onderzoek over marktwerking lijkt deze voorspelling te bevestigen. Er is echter nog weinig bekend over hoe professionals concreet met deze conflicten omgaan. Lipsky's theorie is bruikbaar om te onderzoeken hoe professionals in de GGZ het bestaan van conflicterende doelen oplossen en de manier waarop het beleid rondom DBC er daardoor in de praktijk uitziet. De theorie van Lipsky is relevant om te conceptualiseren wat er op microniveau gebeurt wanneer uitvoerende werkers binnen een organisatie met beleidsveranderingen te maken krijgen.

De besproken empirische onderzoek en het theoretische kader leiden tot de volgende uitwerking van de vraagstelling:

1. Wat betekenen de DBC's voor professionals werkzaam in de GGZ?

- Welke verschillende posities nemen professionals in ten opzichte van de DBC's en de beleidsdoelen die hier aan ten grondslag liggen?
- Hoe verhouden deze posities zich tot hun professionele logica?
- In hoeverre wordt er door professionals conflicten ervaren tussen professionele, bureaucratische en markt gerelateerde doelen rondom de DBC's?
- Welke coping-mechanismen worden door professionals ingezet bij het bestaan van conflicten?

2. Wat zijn de gevolgen voor de inhoudelijke psychische zorg?

- Wat is er in de dagelijkse praktijk veranderd door de invoering van DBC's?
- In hoeverre worden de beleidsdoelen die ten grondslag liggen aan het DBC-systeem gerealiseerd?

2. Methode

2.1 Type onderzoek

Het huidige onderzoek is kwalitatief van aard. In kwalitatief onderzoek staan vragen over het 'wat', 'hoe' en 'waarom' van een bepaald fenomeen centraal (Green & Thorogood 2004: 5). Door een kwalitatief onderzoek uit te voeren kan meer inzicht worden verkregen van de ervaringen van Nederlandse professionals met het DBC-systeem en de gevolgen hiervan. Mijn onderzoek verschilt in twee opzichten van de besproken internationale onderzoeken naar de gevolgen van marktwerking in de zorg. Ten eerste zal ik niet alleen een beschrijving geven van de manier waarop professionals beleidshervormingen ervaren, maar ook hoe zij er in de praktijk mee omgaan en er richting aan geven. Ten tweede zal theorie in mijn onderzoek een grotere rol spelen. De meeste besproken onderzoeken naar marktwerking in de zorg zijn theorie-arm. Door vanuit een theoretisch kader te werken kunnen de ervaringen van professionals mogelijk beter worden geduid en kunnen nieuwe verbanden gelegd worden. Ik gebruik de theorie van 'street level bureaucracy' om te bestuderen wat beleid op micro niveau teweeg brengt. In navolging van Lipsky beargumenteer ik dat de effecten van beleid het beste op het niveau van uitvoering kunnen worden bestudeerd. Want, zoals Lipsky (1980) zelf schrijft ter inleiding van zijn theorie: 'Too often social analyst offer generalizations about organizational and governmental actions without concretely explaining how individual citizens and workers are affected by the actions..' (Lipsky 1980: xi). Ik zal mijn evaluatie van het DBC-systeem, en de gevolgen ervan dan ook baseren op de ervaringen van de professionals die er dagelijks mee werken. Het onderzoek richt zich op de discursieve (d.w.z. talige) praktijken van professionals. Er wordt bestudeerd hoe professionals zich discursief positioneren tegenover het beleid. In navolging van Bröer (2006: 52) vermoed ik dat taalhandelingen niet los van de sociale werkelijkheid staan, maar deze mede vormgeven. Hoe professionals zich positioneren tegenover het beleid zal ik in dit onderzoek dan ook in verband proberen te brengen met bepaalde denk- en handelwijzen.

2.2 Sample

Mijn onderzoekspopulatie bestaat uit professionals werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg die in hun werk direct te maken hebben met de DBC's. De hoofdfocus van mijn onderzoek ligt bij professionals die werkzaam zijn in een GGZ instelling voor tweedelijns zorg. In totaal heb ik 10 interviews afgenomen bij deze groep. Om de diversiteit van meningen te bevorderen heb ik professionals uit vier verschillende instellingen in vier verschillende regio's van het land geïnterviewd. Op basis van een aantal kenmerken van deze instellingen werden verschillende visies op de DBC's verwacht: instelling A richt zich op volwassenenpsychiatrie. Een relevant kenmerk waarin deze instelling verschilt van de overige instellingen is dat de administratieve taken rondom de DBC's grotendeels door het secretariaat worden uitgevoerd. Hier werd een gematigde mening verwacht omdat professionals minder belast worden door het DBC-systeem. Instelling B richt zich op kinder- en jeugdpsychiatrie en kenmerkt zich door behandelmethoden (kortdurend, EB, klantgericht) en beleidsdoelen (werken aan innovatie en het verkrijgen van een goede concurrentiepositie) die grotendeels aansluiten bij de dominante politieke visie op de GGZ. Hier werd instemming met politieke doelen verwacht en een gematigde mening wat betreft de DBC's. Instelling C, richt zich op volwassenenpsychiatrie en kenmerkt zich door de aanwezigheid van een professional die actie voert tegen de DBC's. Verwacht werd dat collegae hier mogelijk door beïnvloed zouden zijn en een meer negatieve mening zouden hebben. Bij deze drie instellingen zijn steeds drie mensen geïnterviewd om zowel meningen binnen als tussen instellingen te kunnen vergelijken. Omdat geen tiende

persoon beschikbaar was binnen één van de voorgaande instellingen is nog één persoon uit instelling D (volwassenenpsychiatrie) geïnterviewd.

Ter aanvulling op de interviews in instellingen heb ik 5 interviews afgenomen bij vrijgevestigde professionals die verbonden zijn aan (informele) organisaties die zich verzetten tegen de DBC's (De Vrijepsych en de DBC-vrije koepel). Door deze groep bij mijn onderzoek te betrekken verwachtte ik meer inzicht te krijgen in motieven voor verzet. Door vrijgevestigden en professionals in instellingen met elkaar te contrasteren verwachtte ik tevens een beter begrip te verkrijgen van de samenhang tussen visies van professionals op geestelijke gezondheidszorg en hun gedrag rondom DBC's. De kenmerken van het gehele interview sample worden weergegeven in tabel 2.

De respondenten zijn geworven middels het (digitaal) verspreiden van een oproep voor het onderzoek en via contactpersonen werkzaam in de GGZ.

Tabel 2. Samenstelling sample respondenten interview

	Professionals werkzaam in instellingen (n=10)	Professionals verbonden aan de 'vrijepsych' of 'DBC-vrije koepel' (n=5)	Totaal (n=15)
Sekse			
Man	5	3	8
Vrouw	5	2	7
Professie			
Psychiater	2	3	4
Psycholoog/ psychotherapeut	6	2	9
Orthopedagoog	1	0	1
SPV	1	0	1
Cliëntpopulatie			
Volwassenen	7	5	12
Jeugd	3	0	3
Gemiddeld aantal jaren werkzaam in GGZ	20	33	25

2.3 Methodes van dataverzameling

Diepte- interviews

Het diepte-interview is de belangrijkste onderzoeksmethode in dit onderzoek. Bij het diepte-interview is sprake van een hoge mate van flexibiliteit in tijd en volgorde en kan in worden gegaan op onderwerpen die de respondent spontaan aansnijdt (Hardon 2001: 208). Doormiddel van het diepte-interview kan inzicht worden verkregen over de ervaringen en ideeën van de respondent.

Ik heb gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview dat bestaat uit een aantal open vragen (zie bijlage 2). In het eerste, algemene deel werd de respondent o.a. gevraagd om zijn of haar visie op psychische problematiek, behandeling en het werken in de GGZ te beschrijven. In het tweede deel werd gevraagd naar ervaringen en omgang met de DBC's. Tenslotte werd de respondenten een tweetal casusbeschrijvingen voorgelegd. Deze

casusbeschrijvingen zijn opgebouwd rondom dilemma's die samenhangen met de DBC's. De respondenten werd gevraagd toe te lichten hoe zij de dilemma's op zouden lossen. De beschrijvingen zijn deels gebaseerd op ervaringen uit de praktijk en deels op voorbeelden uit de onderzoeksliteratuur. Om te testen of de casuïstiek representatief was en inzicht gaf in het hypothetische gedrag van professionals heb ik deze voor de start van mijn onderzoek voorgelegd aan een aantal psychologen en aan de hand van hun feedback verbeterd. De interviews duurden 45 tot 150 minuten, met een gemiddelde duur van 62 minuten en vonden allen plaats op de werkplek van de respondent.

Discours analyse

Ik heb verschillende bronnen gebruikt om het beleidsdiscours en het kritisch publieke discours rondom DBC's vast te stellen. Een discoursanalyse richt zich op talige uitingen, waarbij niet alleen de letterlijk inhoud wordt bestudeerd, maar ook de impliciete ideeën die hierin besloten liggen (Green & Thorogood 2004: 163). De discoursanalyse diende ter oriëntatie op het onderwerp en als basis van de ontwikkeling van de 'Q test'. Om het beleidsdiscours rondom DBC's vast te stellen heb ik verschillende beleidsdocumenten bestudeerd. Hierbij heb ik mij laten adviseren door een medewerker van het ministerie van volksgezondheid en welzijn (zie bijlage 3 voor de gebruikte documenten). Daarnaast heb ik op 1 juli 2009 de conferentie: '5 jaar DBC's' bijgewoond om mij op de hoogte te stellen van de recente ontwikkelingen en toekomstperspectief van de DBC's. Op basis van analyse van al deze informatie zijn de belangrijkste politieke doelen die ten grondslag liggen aan de DBC's vastgesteld. Ook is gekeken welke terminologie en retoriek gebruikt wordt om de politieke boodschap over te brengen.

Om het kritisch publieke discours vast te stellen heb ik gebruik gemaakt van krantenartikelen (n= 20), websites (n=2) eigen interviews (n=8) en het onderzoeksverslag van de SP. De krantenartikelen zijn verkregen door de zoektermen 'nieuw zorgstelsel', 'marktwerking', 'DBC' en 'GGZ' in te voeren in de database LEXISNEXIS. Ik heb hierbij geselecteerd op berichten in de landelijke kranten in de periode november 2007 (vlak voor de invoering van het nieuwe zorgstelsel) tot maart 2009 (de datum van uitvoering van de zoekopdracht). Dit leverde 20 berichten op die allen zijn geanalyseerd (zie bijlage 3 voor de gebruikte berichten). Daarnaast heb ik de manifestatie 'zorg geen markt' op 25 oktober 2008 bijgewoond. Op basis van de verkregen informatie is bekeken wat de belangrijkste bezwaren op de DBC's zijn.

Q- methodologie

Om te onderzoeken welke posities professionals innemen ten opzichte van de DBC's en de achterliggende beleidsdoelen heb ik naast interviews gebruik gemaakt van de Q-methodologie. Omdat deze methode relatief onbekend is zal ik deze uitgebreider toelichten dan de andere methoden. De Q methodologie is afgeleid van de factor analytische theorie (Cross 2005: 208) maar is tegengesteld aan de traditionele factoranalyse in de zin dat het personen correleert in plaats van testen (McKeon & Thomas 1988: 46). In plaats van een grote groep mensen een klein aantal tests te geven wordt een klein aantal mensen een groot aantal test-items gegeven. Door personen te correleren geeft de Q factor analyse informatie over verschillen en overeenkomsten in het standpunt van verschillende mensen over een bepaald onderwerp (van Exel & de Graaf 2005: 1). Bij de Q methodologie is er geen sprake van individuen die gemeten worden maar zijn het individuen die zelf meten. Antwoorden worden niet geanalyseerd als gescheiden elementen, maar in de samenhang die de respondent zelf aangeeft (ibid.: 3). Omdat metingen worden verricht vanuit het standpunt van de respondent kan de Q -methodologie gezien worden als een methode om subjectiviteit te operationaliseren (Brown 1996). Het combineert op deze manier de standaardisatie van kwantitatief onderzoek met de rijkheid van data van kwalitatief

onderzoek (Donner 2001: 24).

Een Q analyse bestaat uit verschillende stappen. Eerst moet de test worden geconstrueerd. Hiervoor worden stellingen geselecteerd die de items vormen. Ik ben begonnen met ongestructureerde verzameling van stellingen uit interviews, krantenartikelen, fora en beleidsdocumenten. Hierbij heb ik geselecteerd op helderheid van de formulering en de mate waarin de stelling representatief was voor een bepaalde groep. Vervolgens heb ik gewerkt met een gestructureerd sampling model (zie bijlage 4a) zoals beschreven door McKeon & Thomas (1988: 28). Omdat ik geïnteresseerd was in de manier waarop het politieke discours en het kritisch publieke discours zich tot elkaar verhouden heb ik op basis van discoursanalyse (zie vorige paragraaf) de belangrijkste onderwerpen uit beide discoursen vastgesteld. Daarnaast heb ik besloten om een onderscheid te maken tussen stellingen die gaan over doelen die aan de DBC's ten grondslag liggen en stellingen die over de uitwerking in de praktijk gaan. Hier heb ik voor gekozen omdat respondenten in interviews dit onderscheid vaak maakten. De verwachting was dat deze tweedeling meer variatie in meningen zou creëren. De volgende stap was het structureren van de stellingen door deze onder te brengen in de verschillende cellen van het sampling model. Voor de cellen waar ik nog onvoldoende stellingen had ben ik gericht op zoek gegaan naar stellingen over het specifieke onderwerp. Binnen de cellen werden vervolgens de twee meest geschikte stellingen gekozen. Criteria hiervoor waren o.a.: de mate waarin de stelling een onderdeel van het discours dekt en de mate waarin de stelling zich onderscheidde van andere stellingen. Uiteindelijk is zo een gestructureerd Q-sample ontstaan, bestaande uit 40 stellingen (zie bijlage 4d). Alvorens de stellingen aan respondenten voor te leggen heb ik zelf vanuit verschillende standpunten de test gemaakt en deze tevens aan een bestuursmedewerker in de GGZ voorgelegd bij wijze van pilot-studie. De uitkomst hiervan was dat er te veel stellingen waren waar men het mee eens kon zijn. Ik heb de items waar te veel overeenstemming over was toen verwijderd en vervangen door items die naar verwachting meer variatie zouden creëren. De volgende stap was het programmeren van de test zodat deze online beschikbaar zou zijn. Ik heb hiervoor het programma 'Flash Q' gebruikt³. De uiteindelijke test kan worden bekeken op: www.onderzoekdbc.nl.

De volgende stap was het samenstellen van een sample van respondenten. Om een compleet beeld te krijgen van de meningen rondom een onderwerp moet het dit sample zorgvuldig worden samengesteld en moet elk verwacht standpunt idealiter 4 á 5 vertegenwoordigers omvatten (van Exel & de Graaf 2005: 3). Omdat ik op basis van de interviews relatief weinig variatie van meningen onder professionals verwachtte heb ik besloten mijn sample uit te breiden met beleidsmakers, zorginkopers, managers, bestuurders en medewerkers van branche- en beroepsverenigingen. Naar verwachting zou bij deze groepen het politieke discours dominanter, of meer vermengd zijn met het professionele discours over DBC's. Uiteindelijk hebben 28 respondenten de Q-test ingevuld. De samenstelling van het sample wordt weergegeven in bijlage 4c. Via instructies op de website werd de respondenten gevraagd de stellingen te ordenen in een normaalverdeling. De plaatsing (op een schaal lopende van -5 tot +5) geeft aan in hoeverre de respondent het (on)eens is met een stelling. Dit resulteert in een unieke ordening, de zogenaamde 'Q-sort'. Om de resultaten goed te kunnen interpreteren werd een toelichting gevraagd bij de stellingen die respondenten het meest negatief en positief hadden beoordeeld.

De laatste stap bestaat uit statische analyse van de resultaten. Ik heb hiervoor het programma 'PQmethod' gebruikt. Hierin worden de Q-sorts van de respondenten ingevoerd. Vervolgens worden de Q-sorts gecorreleerd en wordt er een factoranalyse uitgevoerd. Ik heb bij de analyse gebruik gemaakt van principal component analyse en Varimax rotatie (zie Donner 2001). Factoren met een eigenwaarde groter dan één, waarop twee of meer respondenten significant scoorden werden opgenomen voor rotatie (zie

3 Dit programma kan worden verkregen op: www.hackert.biz/flashq/home

Kroesen & Bröer 2008). Dit resulteerde in een 6- factor oplossing, gebaseerd op de Q-sorts van 21 respondenten. De overige 7 Q-sorts zijn buiten beschouwing gelaten omdat zij ofwel op geen van de factoren hoog (>.50) scoorden, ofwel op meer dan één factor (zie Donner 2001: 33) . Om de factoren te interpreteren is gebruik gemaakt van de genormaliseerde factorscores en de onderscheidende karakteristieken die uit de analyse naar voren komen (zie Donner 2001: 34). Ook is voor de interpretatie gebruik gemaakt van de toelichtingen van respondenten zelf.

2.4 Data- analyse

Voor het coderen en analyseren van de data heb ik twee benaderingen gecombineerd: De 'framework analysis', zoals beschreven door Rabiee (2004) en Green & Thorogood (2004: 184) en de 'directed content analysis', zoals beschreven door Hsieh & Shannon (2005). De framework analysis is een inductieve benadering waarbij de data thematisch worden geordend. De directed content analysis is een deductieve benadering waarmee een theorie systematisch getoetst kan worden. Deze laatste benadering heb ik gebruikt om de theorie van Lipsky (1980) en de verschillende logica's zoals beschreven door Tonkens (2008) te onderzoeken. Gecombineerd leiden deze benaderingen tot de volgende stappen:

- Vertrouwd raken met de data: de interviews meerdere keren te lezen.
- Thematische analyse: de belangrijkste thema's die uit de data naar voren komen worden vastgesteld. Deze vormen de thematische codes.
- Definiëring theoretische codes: de verschillende theoretische concepten en variabelen worden gedefinieerd. Deze vormen de theoretische codes.
- Codering van de data: de data wordt systematisch gecodeerd. Codes worden, waar nodig aangepast of toegevoegd. Ik heb hiervoor het programma Atlas-ti gebruikt.
- Samenvatten en ordenen van data: data behorende tot een specifieke code wordt per respondent kort samengevat. Per code wordt een overzicht gemaakt van deze samenvattingen. Dit vergemakkelijkt systematische vergelijking binnen en tussen interviews (voor een voorbeeld zie bijlage 5).
- Interpretatie: er worden relaties gelegd tussen verschillende concepten. De theorie wordt getoetst. De onderzoeksvragen kunnen nu beantwoord worden en geïllustreerd met citaten.

2.5 Reflectie op de onderzoeksactiviteiten

Kwalitatief onderzoek

Het huidige onderzoek is mijn eerste ervaring met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Ik zie deze methode van onderzoeken als een grote verrijking van mijn onderzoeksvaardigheden. Alhoewel de cijfers van kwantitatief onderzoek vaak een krachtig medium zijn om een boodschap over te brengen denk ik dat de waarde van kwalitatief onderzoek wordt onderschat. Naar mijn idee leidt kwalitatief onderzoek tot diepgaandere inzichten en een beter begrip van situaties dan cijfers alleen.

De complexiteit van kwalitatief onderzoek had ik van te voren zelf ook onderschat. Na jarenlang onderwijs in de statistiek had ik de indruk dat kwalitatief onderzoek wel heel vrij en ongestructureerd was, waardoor de onderzoeker 'zomaar wat kon doen'. Het tegendeel bleek waar te zijn. Juist doordat ik mijn materialen en methoden allen zelf moest ontwikkelen werd ik gedwongen constant na te denken over waar ik mee bezig was en wat ik precies wilde operationaliseren. Doordat methoden van data-verzameling en analyse niet vaststonden moest ik bovendien kunnen verantwoorden waarom ik voor bepaalde methoden had gekozen. Juist door de vrijheid die kwalitatief onderzoek biedt,

wordt de onderzoeker dus gedwongen zich kritisch op te stellen en te reflecteren op het eigen onderzoek. Hieronder zal ik mijn belangrijkste reflecties op de onderzoeksactiviteiten weergeven.

Eigen rol

Een van de moeilijkheden die het wetenschappelijk bestuderen van mens met zich meebrengt is dat de onderzoeker onderdeel is van de sociale wereld waardoor het moeilijk is om waarde vrij in het onderzoek te staan (Macionis & Plummer 2005: 47). Op basis van mijn eigen achtergrond, ervaring en kennis had ik vóór aanvang van het onderzoek al bepaalde ideeën over de DBC's. Ik heb mij afgevraagd of dit een belemmering zou vormen in het onderzoek. Uiteindelijk heb ik dit niet zo ervaren. Mijn betrokkenheid bij het onderwerp heeft mij juist enorm gemotiveerd gedurende het onderzoek. Ik ben bewust met een open en nieuwsgierige houding in het onderwerp gestapt. Mijn mening over het onderwerp was daardoor continue onderhevig aan verandering en kon ook steeds genuanceerder worden.

Om te voorkomen dat mijn mening de resultaten te veel zou sturen was zelfreflectie nodig. Ik heb mij steeds afgevraagd wat mijn invloed als onderzoeker op de resultaten was en mij ingespannen om tunnelvisie te voorkomen. Ook door een goede toepassing van de methodes heb ik proberen te voorkomen dat een eenzijdig beeld ontstaat. Door interviewvragen bijvoorbeeld open te formuleren gaf ik ruimte aan de respondent om zelf thema's naar voren te brengen en beperkte ik de sturing van antwoorden. Ook heb ik mijn eigen mening over het onderwerp zo min mogelijk kenbaar gemaakt aan respondenten om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. Door mensen met verschillende meningen te betrekken in mijn onderzoek heb ik geprobeerd een genuanceerd beeld te creëren van mijn onderzoeksonderwerp. Tenslotte heb ik, om confirmatie bias te voorkomen, bij het coderen en analyseren van de data ook gezocht naar informatie en interpretaties die juist niet overeenkomen met mijn eigen ideeën en hypothesen.

Werving van respondenten

De werving van respondenten bleek een zeer tijdrovende bezigheid. Hier had ik in mijn planning onvoldoende rekening mee gehouden. Doordat ik naast interviews ook een digitale vragenlijst heb afgenomen, had ik een groot aantal respondenten nodig (n=43). Ik heb dan ook veel tijd moeten besteden aan het e-mailen en bellen van contactpersonen.

Ik heb gemerkt dat het erg belangrijk is om de werving van respondenten via een contactpersoon te regelen. Wanneer mensen door een collega (face-to-face) werden gevraagd mee te doen aan mijn onderzoek stemden zij eigenlijk altijd in. Dit had nog een bijkomend voordeel, namelijk dat ook mensen zonder speciale betrokkenheid bij het onderwerp deelnamen aan mijn onderzoek. Deelname was namelijk sterker gemotiveerd vanuit de relatie tot een collega, i.p.v. betrokkenheid bij het onderwerp. Mijn digitale oproep was met name effectief bij de vrijgevestigden, die er vanuit hun betrokkenheid zelf ook belang bij hadden het onderwerp zo veel mogelijk onder de aandacht te brengen. Bij de overige professionals bleek de digitale oproep minder effectief. De hoge werkdruk onder professionals in de GGZ speelt hier vermoedelijk een rol in. Ook bleek uit sommige reacties dat mensen dachten dat ze te weinig verstand hadden van het onderwerp om mee te kunnen werken.

Interviews

Het afnemen van de interviews was een zeer leerzame ervaring. Na afloop van een interview heb ik steeds gereflecteerd op wat er goed ging en wat beter kon. Door interviews na te lezen en te analyseren wat voor invloed mijn vragen hadden op de respondent kon ik mijn interviewtechnieken verbeteren.

Een van de eerste dingen die mij opviel was dat respondenten vaak moeite hadden met mijn breed geformuleerde vragen. Om respondenten duidelijk te maken wat ik van hen verwachtte ben ik bij mijn introductie aan gaan geven dat mijn vragen breed geformuleerd zijn omdat ik niet teveel wil sturen. Daarbij gaf ik ook aan dat zij altijd om verheldering konden vragen wanneer de vraag onduidelijk was. Ik merkte dat dit prettiger was voor respondenten en zij zich vrijer voelden om zelf richting te geven aan het gesprek.

Bij mijn eerste interviews merkte ik dat ik soms toch ging sturen. Ik bracht dan bijvoorbeeld zelf een bepaald onderwerp ter sprake, of uitte mijn verwondering over iets dat ik net had gelezen over de DBC's. Hierdoor ontstond wel een interessant gesprek, maar bepaalde ik teveel de richting. Om te zorgen dat het interview dicht bij de ervaring en ideeën van de respondent zelf bleef ben ik vanaf toen dicht bij mijn topiclijst gebleven en heb ik vermeden concrete onderwerpen naar voren te brengen. Op basis van mijn reflectie op de eerste interviews heb ik tevens een aantal concrete aandachtspunten opgesteld voor volgende interviews, zoals het samenvatten van antwoorden, stiltes laten vallen en dicht bij de terminologie van de respondent blijven. De kunst was telkens om respondenten zoveel mogelijk ruimte te geven om de richting van het gesprek te bepalen, maar wel door te vragen op de voor mijn onderzoeksvragen relevante informatie. Ik merkte hierbij dat het doorvragen over het DBC-systeem soms lastig was. Vooral wanneer mensen weinig kennis hadden van de DBC's of een minder uitgewerkte mening hadden was het lastig om hier op door te vragen. Het algemenere interview gedeelte ging mij makkelijker af en ik vond het bovendien erg interessant om te horen hoe verschillende professionals nu eigenlijk tegen psychische problematiek en behandeling aankijken. Daarin moest ik mijzelf dan wel een afremmen om te zorgen dat ik hier niet te lang op door ging.

Wat betreft de controle over het interview was ik in het begin vooral bezig met deze te verwerven en later om deze juist meer los te laten. Bij de eerste interviews stelde ik mij enigszins afwachtend op waardoor de respondent het gesprek stuurde. Bij latere interviews heb ik mijn interview direct duidelijk geïntroduceerd zodat de respondent wist wat hij/zij kon verwachten en zodat ik op die manier ook gelijk meer de regie had. Toen ik dat eenmaal onder de knie had merkte dat ik juist weer wat te star aan mijn vragen vasthield waardoor de dynamiek van het gesprek werd verminderd. Vervolgens ben ik de controle weer meer gaan loslaten en mij meer gaan concentreren op luisteren en het volgen van de respondent. Hierbij zorgde ik wel dat ik relevante informatie kreeg, maar op een subtielere manier.

Het laatste deel van mijn interview bestond uit twee casussen waarin een dilemma rond de DBC's werd beschreven. Ik heb gemerkt dat dit een goede aanvulling was. Waar het in het interview soms moeilijk was om er achter te komen wat mensen nu concreet deden met DBC's werd dat bij de casuïstiek expliciet gemaakt. Het gaf veel inzicht om te kijken welke afweging respondenten maakten en tot welke hypothetische handelingen ze vervolgens kwamen.

Q-methodologie

De Q-methodologie heb ik ervaren als een prettige methode die een waardevolle aanvulling is op de meer gebruikelijke statische methoden die mij bekend zijn. Niet zozeer de feitelijke methode, als wel de eerder beschreven uitgangspunten maken deze methode uniek. Ook praktisch gezien heeft de methode voordelen. Zo kan met een relatief kleine groep respondenten toch betekenisvolle resultaten worden verkregen. Ook is het een gebruikersvriendelijke methode door de digitale toepassing ervan.

Met name het voorwerk voor het construeren van het Q-sample is een tijdrovende bezigheid geweest. Ik heb namelijk zowel het hele professionele als het hele politieke discours willen dekken in mijn stellingen. Dit vereiste eerst grondige analyse van beide discoursen en zorgvuldigheid in het selecteren van de stellingen. Dit heb ik de om

praktische redenen in het beginstadium van mijn onderzoek gedaan. Achteraf gezien zou het makkelijker zijn dit in het eindstadium van een onderzoek te doen, wanneer al meer kennis is verworven en men vertrouwd is geraakt met het onderwerp en de verschillende discourses.

Discoursanalyse

Ik heb een krantenanalyse en een beleidsanalyse uitgevoerd. Dit heb ik gedaan in de beginfase van mijn onderzoek. Het was een goede methode om mij in te lezen in het onderwerp. Ik kwam er door deze analyse wel direct achter hoe complex mijn onderwerp eigenlijk was. Om het DBC-systeem goed te begrijpen is kennis over politieke en economische processen nodig, maar ook over de organisatie en financiering van de GGZ.

Ik merkte dat ik een brede kennis nodig had om al deze processen te begrijpen en dus in eerste instantie tijd nodig had om mijn kennis te vergroten. In deze fase heb ik veel tijd besteed aan het zoeken en bestuderen van alle informatie die te maken had met DBC's. Hierin heb ik mij soms te weinig beperkt en had ik al sneller een selectie van bronnen kunnen maken. Ik heb verder gemerkt dat teksten op veel verschillende manieren gelezen kunnen worden. Na het vertrouwd raken met de inhoud en de thema's kan naar de details gekeken worden, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan de terminologie die gebruikt wordt en subtiele tegenstrijdigheden in de tekst. Ik heb mij aangeleerd om bij het lezen zo min mogelijk voor vanzelfsprekend aan te nemen en mij steeds af te vragen wat voor betekenis er in bepaalde uitingen besloten ligt.

2.6 Ethische aspecten

Een belangrijke voorwaarde voor ethisch verantwoord onderzoek is informed consent (Green & Thorogood 2004: 57). Informed consent is het principe dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is en dat de deelnemer geïnformeerd is over het onderzoek en gevolgen van participatie (ibid.: 57). Ik heb mijn respondenten hierover ingelicht in het contact voorafgaand aan deelname. Ik heb hierbij vermeden om mijn onderzoeksvragen en doelen expliciet te vermelden aan deelnemers omdat dit de te verkrijgen data kan beïnvloeden. Ik gaf de vraagstelling van mijn onderzoek daarom alleen globaal aan ('Wat zijn de ervaringen van professionals met de DBC's' voor de interviews?', en 'Welke verschillende meningen bestaan er over de DBC's?' voor de Q-methode). De meeste respondenten hadden hier geen problemen mee. Enkele instanties wilden echter meer weten over het doel en eventuele publicatie van het onderzoek vóór zij medewerking wilden toezeggen. In dit geval heb ik een persoon ingelicht die zelf niet zou meewerken aan het onderzoek. Tenslotte heb ik de respondenten die hier prijs op stelden de citaten die ik wilde gebruiken toegestuurd ter goedkeuring.

Een tweede voorwaarde voor ethisch verantwoord onderzoek is vertrouwelijkheid (Green & Thorogood 2004: 57). Vertrouwelijkheid houdt ten eerste in dat informatie die verkregen wordt in het onderzoek alleen voor het onderzoek wordt gebruikt en niet wordt gedeeld met derden. Ten tweede houdt het in dat in gegevens in de rapportage van het onderzoek worden geanonimiseerd zodat de identiteit van respondenten beschermd wordt (ibid.: 60). Ik heb in mijn onderzoek aan deze voorwaarden voldaan door respondenten vertrouwelijkheid te verzekeren. In de verwerking van de data heb ik alle instellingen en personen geanonimiseerd. De anonimiteit was voor een aantal mensen een belangrijke voorwaarde, omdat zij bang waren voor maatregelen van de Nederlandse Zorgautoriteit of conflict met hun directie.

Een ander punt dat raakt aan ethiek heeft betrekking op het doel en de gevolgen van een onderzoek. De volgende vraag wordt gesteld door Green & Thorogood (2005: 52): 'Who is the research ultimately for: the participants who helped generate the data, the wider community, knowledge for its own sake, or the research funder?'. Deze vraag heeft

mij herhaaldelijk bezig gehouden gedurende mijn onderzoek. Aangezien ik onafhankelijk onderzoek heb uitgevoerd heb ik geen rekening te hoeven houden met de wensen van opdrachtgevers of financierende instanties. Ook ging dit onderzoek mij niet om kennis, puur voor de kennis op zich. Mij ging het vooral om de maatschappelijke relevantie van het onderwerp. Ik wilde een bijdrage leveren aan het publieke debat en mensen de mogelijkheid geven op een andere manier tegen het onderwerp aan te kijken. Daarnaast heb ik een stem willen geven aan professionals die naar mijn idee nog onvoldoende gehoord waren in het debat rondom DBC's. Net zoals ik zelf nieuwsgierig was naar ervaringen van andere professionals, waren mijn respondenten dit ook. Dit onderzoek geeft hen de mogelijkheid om inzicht te krijgen in elkaars ervaringen en hun worstelingen met een systeem te (h)erkennen.

3. Marktwerking en DBC's: een verkenning van posities

Inleiding

Op basis van de literatuur wordt een conflict verwacht tussen beleidsdoelen en professionele doelen. Om vast te stellen hoe professionals zich verhouden tot de DBC's en de beleidsdoelen die hieraan ten grondslag liggen zal eerst moeten worden vastgesteld waar zij zich toe verhouden. Ik zal in dit hoofdstuk dan ook beginnen met het beschrijven van het beleidsdiscours rondom de DBC's. Daarnaast worden het geheel aan bezwaren dat hier tegenover staat beschreven. Hieraan refereer ik als het 'kritische publieke discours'. Vervolgens zal ik een typologie uiteenzetten van de manier waarop de verschillende partijen die bij de DBC's betrokken zijn zich tot de beide discourses verhouden. De posities die professionals innemen worden vervolgens in hoofdstuk 4 gedetailleerder uitgewerkt en verklaard.

3.1 De noodzaak van DBC's: het beleidsdiscours

Om een beter begrip te verkrijgen van de DBC's dient ten eerste worden gekeken naar het waarom ervan. Wat beoogt men te bereiken met de invoering van DBC's en het nieuwe zorgstelsel waar deze onderdeel van uit maken? Het voornaamste doel van het nieuwe zorgstelsel dat in beleidstukken wordt genoemd is zorg op basis van vraagsturing in plaats van zorg op basis van aanbodsturing. "De cliënt centraal", is een kreet die in verschillende variaties terug kan worden gevonden in ieder beleidsdocument. Zorgaanbieders moeten meer tegemoet gaan komen aan de vraag van de moderne cliënt die als volgt wordt getypeerd in de nota Vraag aan Bod (2001: 19-21): "De toekomstige zorgvrager is veeleisender en koopkrachtiger en neemt geen genoegen met standaardzorg". Ook is "de gemiddelde burger beter geïnformeerd en mondiger". Om tegemoet te komen aan de wensen van deze moderne cliënt of "zorgconsument" dienen volgens VWS meer keuzemogelijkheden te worden gecreëerd en is differentiatie in het zorgaanbod nodig.

In de analyse van het ministerie van VWS wordt het aanbodsturing als probleem gedefinieerd en gekoppeld aan de centrale rol van de overheid. In het oude zorgstelsel had de overheid een sterk sturende rol. Dit werd nodig geacht vanwege de noodzaak van kostenbeheersing en heeft volgens de analyse ook positieve effecten gehad. Maar er worden ook negatieve gevolgen geconstateerd, zoals in het volgende citaat duidelijk wordt: "Sterke overheidsbemoedening heeft de 'natuurlijke' afstemmingsprocessen van vraag en aanbod in de gezondheidszorg verstoord. Het (collectief gefinancierde) zorgaanbod komt niet tot stand als gevolg van een maatschappelijke vraag, maar als afgeleide van de beschikbaar gestelde collectieve middelen" (Vraag aan bod 2001: 13). Ook constateert het ministerie van VWS dat overmatige regelgeving van de overheid beperkte ruimte laat voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie, en geen prikkels geeft tot kwalitatief hoogstaande, doelmatige zorg. Het wordt dan ook tijd dat de overheid zichzelf meer op de achtergrond stelt en een nieuwe rol aanneemt die als volgt wordt getypeerd: "voorwaardenscheppend, en verantwoordelijk voor wet en regelgeving die het anderen mogelijk moet maken hun rol te vervullen" (VWS, Beleidsvisie GGZ, mei 2006: 16). Wel wordt benadrukt dat de overheid verantwoordelijk blijft voor de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zij zal echter op grotere afstand op deze belangen toezien en meer verantwoordelijkheid leggen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Terugtrekking van de overheid om vraagsturing te bevorderen heeft de vorm gekregen van gereguleerde marktwerking in de zorg. Wat voor rol spelen de DBC's hierin? De DBC's moeten marktwerking mogelijk maken, omdat diensten hierin als producten worden

geherdefinieerd (zie bijlage 1). Hierdoor kunnen producten vergeleken worden en kan concurrentie ontstaan tussen zorgaanbieders. De zorgaanbieders dienen zich middels DBC's te verantwoorden en inzicht te geven in de 'producten' die zij leveren en de daaraan verbonden kosten. Dé term die hiervoor wordt gebruikt is 'transparantie'. DBC's moeten transparantie in de zorg bevorderen. Enerzijds heeft dit tot doel de patiënt en verzekeraar de informeren over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van de zorg, zodat deze een afgewogen keuze kunnen maken bij het selecteren van zorgaanbieders. Anderzijds heeft transparantie tot doel toezicht en controle door de overheid mogelijk te maken en de publieke belangen te waarborgen. Openbaarheid van informatie biedt dus zowel inzicht als "controle macht" ('Verdien (d) vertrouwen: toezichtvisie curatieve zorgstelsel 2006: 8).

Verwacht wordt dat DBC's ook zullen leiden tot een toename van kwaliteit van zorg. Deze relatie wordt gepresenteerd als een vanzelfsprekendheid. Zo stelt de voormalig minister van VWS Els Borst in verband met de DBC's: "De verbetering van informatievoorziening leidt uiteraard ook tot een hogere kwaliteit". Met de invoering van DBC-systematiek worden zorgaanbieders betaald op basis van hun prestaties. Dit zal hen volgens het ministerie van VWS aanmoedigen om goede zorg te leveren. Er wordt gesteld dat patiënten en verzekeraars zorgaanbieders zullen gaan selecteren op kwaliteit. Deze kwaliteit moet worden bepaald aan de hand van gegevens die op vergelijkbare wijze gepubliceerd dienen te worden. Ook hier speelt transparantie dus weer een belangrijke rol.

Tenslotte wordt het streven naar betaalbaarheid van de zorg minder frequent genoemd in de beleidsdocumenten. Alhoewel de kostenstijging van de zorg een prangend politiek probleem vormt, komt verwijzing hiernaar maar beperkt aan de orde in de bestudeerde beleidsdocumenten. Niet kostenstijging, maar onvoldoende vraagsturing wordt als belangrijkste probleem geformuleerd. Benadrukt wordt dat zorg "mensenwerk" is en "productiviteitsverbetering slechts beperkt mogelijk" (Vraag aan Bod 2001: 21). De kosten van de zorg zullen naar verwachting echter wel stijgen. Daarom moeten er "efficiënt" en "doelmatig" gewerkt worden door zorgaanbieders. Verwacht wordt dat marktwerking de zorg efficiënter zal maken, doordat zorgverzekeraars eisen kunnen stellen aan de te contacteren zorg: "Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars met tweedelijns zorgaanbieders onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van zorg (...) Hierdoor blijft de zorg betaalbaar" (www.minvws.nl).

Samengevat wordt vraagsturing door decentralisatie als belangrijkste doel van het nieuwe zorgstelsel benoemd. Het voornaamste doel van het DBC-systeem is het bevorderen van transparantie in de zorg. Deze transparantie wordt gezien als een voorwaarde om kwalitatief goede en betaalbare zorg mogelijk te maken. Daarnaast moet het DBC-systeem zorgprocessen vergelijkbaar maken zodat concurrentie mogelijk wordt.

3.2 Weg met de DBC's!: het kritische publieke discours

Tegenover het beleidsdiscours staat het kritische publieke discours. Dit discours wordt met name vertegenwoordigd door de mening van een groep actieve professionals die de keerzijde van het beleid wil belichten. Ik zal dit discours hier kort beschrijven ter oriëntatie. Later worden de bezwaren van professionals uitgebreider toegelicht en verklaard.

Ten eerste vinden professionals dat DBC's onterecht de suggestie wekken dat psychische stoornissen gemakkelijk kunnen worden vastgesteld en op standaardwijze behandeld. De DSM-IV classificatie wordt als ongeschikt uitgangspunt gezien om gemiddelde kostenplaatjes voor de behandeling te bepalen: "Die DBC's berusten op DSM. Dat is een systeem dat symptomen in syndromen bijeenvoegt zonder dat op de *oorzaak* van het lijden wordt ingegaan. (...) DBC's zijn (...) dus incompleet, zij kunnen de werkelijkheid van de psychiatrische behandeling nooit weergeven, want die behoort juist gericht te zijn op de oorzaken" (Uit: DBC's in 1000 woorden, Ronald van den Berg, www.devrijpsych.nl).

Bovendien forceert het DBC-systeem professionals om in een vroeg stadium een diagnose te stellen, en moet complexe problematiek in de DSM codes worden 'gepast'. Het DBC-systeem wordt dus als reductionistisch ervaren: "Zorg moet in het systeem passen in plaats van dat het systeem is ontwikkeld ten dienste van de zorg" (professional in Palm et al 2008: 60).

Het DBC-systeem zorgt bovendien voor een toename van bureaucratie. Professionals moet zo veel registreren dat zij minder toekomen aan hun cliënten. Al deze verantwoording roept negatieve gevoelens op: "De hulpverleners voelen zich niet meer gewaardeerd. We worden juist vol wantrouwen behandeld" (Fred Leffers in NRC- Handelsblad, 21-06-2008). Juist doordat de controle zo is toegenomen neemt de frustratie onder professionals toe, en krijgen zij de neiging dubieuze handelingen te verrichten om kosten vergoed te krijgen: "Doordat iedereen er zo van baalt, krijgt men de neiging de grenzen en de mazen op te zoeken"(professionals in Palm et al 2008: 75).

Daarnaast zijn professionals verontwaardigd over macht die de zorgverzekeraar heeft gekregen in het nieuwe zorgstelsel en ervaren ten gevolge hiervan een inperking van hun autonomie. Zij zijn bang dat de kwaliteit van zorg achteruit zal gaan door de beperkingen die de zorgverzekeraar oplegt: "Zij [zorgverzekeraars] laten zich leiden door winstbejag en door het breed levende vooroordeel dat er op de GGZ flink bezuinigd kan worden. Bij de 'onderhandelingen' die momenteel plaatsvinden, schroeven zij budgetten rücksichtslos met 30 procent terug" (Trouw, 06-12-2008). Professionals zijn bang dat langdurige, inzichtgevende therapie onder druk van de verzekeraar steeds meer zal verdwijnen. Uit angst om boven gemiddelden uit te komen voelen professionals zich gedwongen om kortdurend te gaan behandelen.

Hieraan gerelateerd is de vrees voor de aversieve effecten van marktwerking: "Door de concurrentieslag tussen instanties wordt er steeds meer gekozen voor het binnenhalen van de relatief eenvoudige problematiek want die levert het meeste geld op. Tussen wal en schip raken de chronische patiënten met complexe problematiek: die kosten veel geld en leveren niks op" (professional in Palm et al. 2008: 66). Professionals voelen zich steeds meer gedwongen om financiële belangen sterker te laten wegen dan professionele overwegingen. Veel professionals vinden marktwerking dan ook een ongeschikt principe voor de zorg.

Tenslotte hebben professionals bezwaren tegen het feit dat de diagnose, in combinatie met persoonsgegevens naar de zorgverzekeraar en (geanonimiseerd) naar een landelijke database gaat. Zij ervaren dit als een schending van de privacy van cliënten, en zien het als een onaanvaardbare oprekking van hun beroepsgeheim. Er wordt gevreesd dat zorgverzekeraars en andere belanghebbende partijen misbruik zullen maken van de persoonlijke gegevens van cliënten: "Met één druk op de knop kun je zo zien wie depressieve of pedofiele gevoelens heeft. Daar is makkelijk misbruik van te maken"(Wietse Velthuys, in NRC- Handelsblad, 18-04-2008). Zij pleiten voor de mogelijkheid om cliënten DBC-vrij te behandelen.

Samengevat hebben professionals bezwaren tegen het reductionisme van het DBC-systeem, die in hun ogen te weinig aansluit bij de praktijk. De registratie van DBC's kost hen veel kostbare tijd en levert veel frustratie op. Ook is er verontwaardiging over de grote macht van de zorgverzekeraar, die de professional beperkingen oplegt en de beschikking krijgt over privacygevoelige informatie. Tenslotte vrezen professionals dat marktwerking aversieve effecten zal hebben, doordat financiële belangen een steeds grotere rol gaan spelen in het nemen van klinische beslissingen.

3.3 Een typologie van visies

Uit dit onderzoek blijkt dat mensen zich op veel verschillende manieren tot bovenstaande discoursen verhouden. In de volgende paragrafen worden de vastgestelde variaties op het beleidsdiscours en het kritisch publieke discours beschreven. Op basis van de Q

methodologie is een typologie ontwikkeld van verschillende posities die mensen innemen ten opzichte van het nieuwe zorgstelsel. In de beschrijvingen wordt gerefereerd naar scores op specifieke stellingen. De scores zijn gebaseerd op de genormaliseerde factorscores van de 6 subtypes. Dit betekent dat een bepaalde visie niet altijd precies overeenkomt met de positie van een individuele respondent: het gaat om een ideaalverdeling, lopend van -5 (sterk mee oneens) tot 5 (sterk mee eens). Voor een overzicht van de ideaalverdelingen per factor, zie bijlage 6.

Variaties op het beleidsdiscours

Visie A/ Lang leve de DBC's! Op weg naar goede, betaalbare zorg.

Deze visie wordt gedeeld door 4 personen en verklaart 13% van de variantie. De respondenten in deze groep zijn beleidsmakers, managers en bestuurders. Deze groep kenmerkt zich door het streven naar zichtbare en meetbare kwaliteit in de zorg (29: 5) en een zeer positief beeld van de uitwerking van DBC's. Het DBC-systeem wordt gezien als een goed instrument om de zorg transparanter te maken (15:5*). Transparantie wordt in deze visie niet zozeer gezien als doel op zich, maar eerder als middel om kwaliteitsverbetering en kostenbesparing te bewerkstelligen: de informatie in de DBC's biedt volgens deze groep inzicht in behandelprocessen en zal daardoor bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit en efficiëntie (2:4, 19:3**). Mensen in deze groep maken zich zorgen over de kostenstijging van de zorg en vinden dat deze moet worden opgevangen door productieverhoging (26:4). Ook zouden professionals moeten streven naar een zo kort mogelijk behandeltraject (11:3). Over marktwerking in de zorg is deze groep minder uitgesproken (6:-1, 14, 1, 34:0, 30:0). Vraagsturing staat niet hoog in het vaandel (8:-2, 18:-2, 28:-2). Transparante, betaalbare zorg van kwaliteit is binnen deze visie het belangrijkste streven.

Verder kenmerkt deze groep zich door zich sterk af te zetten tegen bezwaren van professionals op de DBC's. Men is van mening dat controle en verantwoording (4:3, 31:-4) bij het werk van professionals hoort, en dat er nog genoeg ruimte is voor professionals om naar eigen inzicht en beroepsethiek te handelen (1:-4, 20:-3).

“De huidige gang van zaken biedt naar mijn idee nog meer dan voldoende gelegenheid aan de professional om zich te laten gelden. Elk protocol geeft ruimte om eigen ideeën en bevindingen erin te verwerken. Belangrijk daarbij is wel dat het transparant is en blijft.”
(respondent 17, manager in de GGZ).

Dat professionals door het DBC-systeem gedwongen worden om eerder diagnoses te stellen wordt verworpen (7:-5):

“De primaire diagnose kan tot aan het afsluiten van de DBC nog gewijzigd worden. Het lijkt mij logisch dat je gaandeweg de behandeling wel weet wat een cliënt mankeert, want wat ben je anders aan het behandelen?”
(respondent 11, data-analist)

Tenslotte wordt ook het privacyargument afgewezen (36:-5, 13:-4):

“Wanneer mensen zelf willen betalen gaat er geen rekening naar de verzekeraar. Er moet echter wel aan het DIS worden aangeleverd. Om op een juiste wijze profielen en tarieven te berekenen is het essentieel dat alle soorten behandelingen worden vastgelegd. DIS waarborgt de privacy en ziet de registratie puur als data.”
(respondent 10, beleidsmaker)

* Significant bij $p < .05$

** Significant bij $p < .01$

Samenvattend kenmerkt deze visie zich door het streven naar meetbare kwaliteit, kostenbesparing en transparantie. Respondenten in deze groep zijn zeer positief over de uitwerking van DBC's in de praktijk en verwerpen de kritiekpunten van professionals. Over marktwerking hebben de respondenten geen uitgesproken mening.

Visie B/ Marktwerking stelt de cliënt centraal.

Deze visie verklaart 12% van de variantie en wordt gedeeld door 3 heel verschillende personen, namelijk een zorginkoper, een psychotherapeut en een medewerker van een branchevereniging. Deze groep kenmerkt zich door een zeer positief beeld van marktwerking en de vraagsturing die dit zou moeten bewerkstelligen. Zorgverlening wordt optimaal bevonden wanneer deze rekening houdt met de wensen van cliënten en wanneer keuzemogelijkheden worden geboden (32:5**, 8:3).

“Ik denk dat ieder mens andere behoeften heeft, en dat je cliënten niet allemaal in hetzelfde keurslijf moet dwingen. Het is dus goed als je een breed aanbod hebt, en flexibel kunt inspelen op de wensen van cliënt (...) Ik denk, en dat is ook mijn ervaring, dat wij hulpverleners veel te vaak zelf bedenken wat goed is voor de cliënt, terwijl de cliënt daar helemaal niet op zit te wachten. Soms is iemand bijvoorbeeld blij met één enkel gesprek over de keuzes die hij of zij maakt, in plaats van een langdurig, diepgravende therapie. Dat wordt door mijn collega's dan soms gezien als: 'vluchten in gezondheid'. Ik vind dat misplaatst. Ik vind dat we beter naar cliënten moeten luisteren.”

(respondent 4, psychotherapeut, werkzaam bij GGZ instelling)

“De patiënt als consument moet kunnen kiezen uit meerdere goede zorgaanbieders die kwalitatief goed zorg bieden die gebaseerd is op behandelmethoden die werkzaam zijn en aansluiten bij wat de klant wil”.

(respondent 21, zorginkoper curatieve GGZ)

Mensen in deze groep zijn van mening dat marktwerking zich goed leent voor de zorg (6:-4). Zij vinden dat concurrentie tot differentiatie van het zorgaanbod leidt (18:4*) en kwalitatief betere, innovatieve zorg tot gevolg heeft (28:5**). Zij zien in concurrentie geen bedreiging voor chronische patiënten (30:-4).

Verder is het beeld van professionals binnen deze visie negatiever dan bij de overige groepen. Controle op professionals in de GGZ is volgens deze visie nodig (31:-3). Er kan niet uitsluitend op de goede bedoelingen van professionals worden vertrouwd in een krachtenveld van economische belangen (40:4*). In de context van de overige antwoorden van deze groep moet dit echter niet worden opgevat alsof professionals bewust uit zijn op zelfverrijking (10:-3, 16:-3). Een citaat van één van de respondenten illustreert dat deze mening eerder voortkomt uit het idee dat goede bedoelingen de zorg duurder kunnen maken en op populatie niveau niet altijd gewenst zijn:

“De weg naar de hel is geplaveid met goede bedoelingen. Er is gewoon niet voldoende financiering om alle goede bedoelingen te kunnen betalen. De professional zal logischerwijs het primaire belang van zijn cliënt stellen voor de belangen van potentiële cliënten die hij nog niet heeft.”

(respondent 24, medewerker branchevereniging)

Over de rol van de verzekeraar wat betreft de inkoop van zorg zijn de respondenten optimistisch. Zij zijn van mening dat kwaliteit het belangrijkste criterium is bij de zorginkoop (9:4) en dat er geen waardevolle vormen van behandeling zullen verdwijnen

door het inkoopbeleid van de verzekeraar (33:-5, 12; -5).

“Alles wat aantoonbaar werkt en de verzekeraar voordeel (niet specifiek financieel) oplevert, zal door die verzekeraar worden ingekocht. Sterker, momenteel kopen verzekeraars nog maar zelden specifieke behandelingen in”.
(respondent 24, medewerker branchevereniging)

Tenslotte hebben respondenten in deze groep een minder uitgesproken mening over het DBC-systeem, en dan met name de uitwerking ervan in de praktijk (5:0, 7:0, 15:0, 19:-1, 22:0).

Samenvattend zijn mensen die visie B delen enthousiast over marktwerking. Vraagsturing is hierbij het voornaamste streven. Zowel de achterliggende idealen van marktwerking als de positieve uitwerking hiervan in de praktijk worden onderstreept. Over de DBC's hebben de respondenten een minder uitgesproken mening.

Visie C/ DBC's: de juiste weg naar transparantie?

Deze visie wordt gedeeld door 2 personen; een vertegenwoordiger van een beroepsvereniging en een zorginkoper curatieve GGZ van een zorgverzekeraar. De factor verklaart 7% van de variantie. Respondenten die deze visie vertegenwoordigen delen het streven naar meetbaarheid (29:5) en transparantie met visie A. Zij vinden het om deze reden dan ook logisch dat professionals moeten registeren (4:4): Professionals dienen zich te verantwoorden tegenover zorgvragers (27:3). Meer dan alle andere groepen zijn zij van mening dat alle burgers in Nederland er baat bij hebben om te weten welke producten er tegen welke prijs en kwaliteit worden geleverd in de zorg (35:5*):

“De GGZ is altijd een black box geweest. DBC's in combinatie met prestatie-indicatoren bieden meer transparantie. Mensen hebben recht om te weten waar goede zorg geleverd wordt.”
(respondent 19, zorginkoper curatieve GGZ)

Alhoewel het ideaal van transparantie en kwaliteitsverhoging in visie C breed wordt onderschreven, is er – in tegenstelling tot visie A - een minder uitgesproken mening over de invulling van dit ideaal. Men laat in het midden of het DBC-systeem bijdraagt aan kwaliteitsverhoging en transparantie in de zorg (2:1, 15:0). De respondenten hebben zelfs kritiek op het DBC-systeem. Zo zou deze te weinig ruimte geven voor het verwerken van complexe problematiek (38:4) en zou het niet mogelijk zijn om gemiddelde kostenplaatjes te berekenen op basis van een DSM-classificatie (39:-5).

Verder kenmerkt deze visie zich door vertrouwen in zowel de zorgverzekeraar als de professional. De respondenten delen de overtuiging dat de zorgverzekeraars bij het selecteren van zorgaanbieders oog zal hebben voor kwaliteit (9:4) en dat langdurige behandeling niet door toedoen van de verzekeraar zal verdwijnen (13:-3). Autonomie van professionals m.b.t. tot de inhoud van het werk wordt echter wel nodig gevonden om de patiënt te beschermen tegen de invloed van de zorgverzekeraar en management (24:3). Dit wordt vanuit een economisch perspectief bekeken:

“De dokter moet altijd de mogelijkheid hebben om een bepaalde behandeling te bieden, ook al vindt de zorgverzekeraar dit economisch niet verantwoord. Het kan namelijk zijn dat een hoge investering in de behandeling, restschade en dus vervolgstkosten kan beperken.”
(respondent 18, bestuurder van een beroepsvereniging).

Ruimte voor het oordeel van de professional is er volgens deze visie nog genoeg (1:-4). Verder kenmerkt de visie zich doordat de professional niet gezien wordt als persoon die - al dan niet gedwongen - vanuit economische motieven handelt (16:-5, 20:-3):

“De professionals in de GGZ die ik ken, gaan vooral en eerst uit van de zorgvraag en de bijbehorende behandeling. En kijken niet naar het economisch belang. De meeste professionals zijn ook in loondienst en hebben die inverse prikkel dus ook niet.”
(respondent 18, bestuurder van een beroepsvereniging).

In tegenstelling tot visie B zijn de respondenten in deze groep minder uitgesproken over marktwerking. Alhoewel zij van mening zijn dat marktwerking bij kan dragen aan de nodige kostenbesparing in de zorg (34:3, 26:2) delen zij niet het enthousiasme over vraagsturing met visie B (8:0, 18:0, 28:1, 32:-2).

Samenvattend wordt binnen deze visie het ideaal van transparantie en meetbare kwaliteit onderschrijven. Of de DBC's ook geschikt zijn om dit ideaal te bereiken laten de respondenten in het midden. Op sommige punten wordt zelfs ingestemd met bezwaren van professionals op de DBC's. Marktwerking wordt met name gezien als een manier om kosten te beperken.

Variaties op het kritisch publieke discours

Visie D/ de complexe patiënt is de dupe

Deze visie wordt gedeeld door 8 personen en verklaard 18% van de totale variantie. Alle personen die deze visie delen zijn langdurig werkzaam in de GGZ (als behandelaar, manager of bestuurder) en werken voornamelijk met complexe, chronische cliëntengroepen (verslaving en persoonlijkheidsproblematiek). Dit tekent duidelijk hun mening. Zij hebben met name kritiek op de tekortkomingen van Evidence Based (EB) werken, het reductionisme van het DBC-systeem en de risico's van marktwerking voor de complexe patiënten. De visie dat alleen EB werken een vershraling van kwaliteit betekent is uniek voor deze groep (33: 5**). Deze mening wordt door één van de respondenten als volgt toegelicht:

“Er is nog veel niet onderzocht en er wordt een te groot belang gehecht aan ‘evidence’, terwijl ‘best practice’ voor vele programma het meest haalbare is en dus niet zomaar mag verdwijnen uit het aanbod. De maakbaarheid van behandelingen en van geestelijke gezondheidsproblemen ligt onterecht ten grondslag aan de concepten.”
(respondent 16, bestuurder in de verslavingszorg)

Opvallend is dat het meetbaar maken van kwaliteit juist door deze groep hoog gewaardeerd wordt (29:4). Wanneer dit in het licht van de complexe patiëntengroep wordt geplaatst is dit echter ook begrijpelijk: Juist wanneer EB behandelmethoden tekortschieten en bijvoorbeeld meer psychosociale of ondersteunende zorg wordt ingezet is het belangrijk om prestaties in kaart te brengen om zodanig erkenning te krijgen voor de werkzaamheid van de niet-wetenschappelijk effectief bewezen methoden.

Wat betreft het reductionisme van het DBC-systeem geven respondenten aan dat prijzen van behandeling niet gebaseerd kunnen worden op een DSM-classificatie (39:-5). Tevens is men van mening dat het DBC-systeem simplistisch is (17:3) en te weinig is berekend op complexe problematiek (38:3).

“Het concept dat een diagnose vooraf bepalend is voor de duur en uiteindelijke vormgeving van het behandeltraject, laat staan van het resultaat, is een misvatting. De diagnose wordt in de loop van de behandeling telkens bijgesteld en die bijstellingen

geven het traject uiteindelijk de vorm. Er is mijn inziens geen directe relatie mogelijk tussen de diagnose en het hele traject. Er is slechts sprake van richtinggevende functie van een diagnose.”

(respondent 16, bestuurder in de verslavingszorg)

Over marktwerking als principe in de zorg heeft deze groep geen uitgesproken mening (6:0). Er is voornamelijk kritiek op de manier waarop het in de praktijk uitpakt. De respondenten zijn van mening dat zorg door de gekozen vorm van marktwerking niet beter en innovatiever (28:-5*), goedkoper (34:-4**, 26:-3, 5:-3) of meer gedifferentieerd wordt (18:-3). Zij zijn van mening dat met name de niet winstgevende patiënten geen baat hebben bij marktwerking (30: 5). De volgende citaten illustreren dit standpunt:

“Als winst een leidend principe wordt, is het logisch dat niet-renderende ‘producten’ de dupe worden.”

(respondent 14, bestuurssecretaris in de verslavingszorg)

“Markten zijn op het niveau van de consument, nooit echt vraag-gestuurd. Markten manipuleren de klant via reclame en aanverwante zaken. We zien dan ook nu al een toename van gebakken lucht - al dan niet in foldervorm verpakt - en ‘innovatieve producten’ waar in de eerste plaats de verkoper en niet de (ernstige) patiënt beter van wordt.”

(respondent 1, psychiater verbonden aan ‘de vrije psych’).

Alhoewel de noodzaak van registratie en controle op prestaties wel wordt onderschreven in deze groep (27:2, 4:2), is men van mening dat de bureaucratische controle in de GGZ te groot is en bovendien ten koste gaat van de cliënt (22:4, 31:3). Ook zijn de respondenten van mening dat de informatie die wordt geregistreerd niet bijdraagt aan transparantie (15:-4) en inzicht in behandelprocessen (19:-4) en bovendien de privacy schaadt (36:4).

Samengevat kenmerkt visie D zich door bezorgdheid over de complexe, niet winstgevende patiënt. Het DBC-systeem wordt te reductionistisch gevonden voor deze groep. Alhoewel marktwerking niet wordt afgewezen als principe in de zorg wordt gewezen op de aversieve effecten van de gekozen vorm van marktwerking.

Visie E/ DBC's als aantasting van het beroepsgeheim en autonomie

Deze visie wordt gedeeld door 2 respondenten en verklaart 14% van de variantie. De respondenten die deze visie uitdragen zijn een vrijgevestigd psychiater die DBC-vrij werkt en een beleidsmedewerker van een beroepsvereniging. De privacykwestie is voor deze groep erg belangrijk. Een psychiatrische diagnose zou volgens de respondenten strikt privé moeten blijven (3:4). Registratie hiervan in een DBC impliceert een onaanvaardbare oprekking van het beroepsgeheim richting verzekeraars (36:3). Er is met name verontwaardiging over het feit dat cliënten er niet voor kunnen kiezen om niet in een DBC te worden geregistreerd (13:5**). Zoals een respondent verwoordt:

“Ik vind dit [verplichte registratie] een onaanvaardbare interferentie van de staat in zaken die individuen zelf wensen te regelen.”

(respondent 8, vrijgevestigd psychiater, verbonden aan de ‘vrijpsych’)

De respondenten in deze groep zijn van mening dat de verzekeraar niet vertrouwd kan worden in relatie tot het overdragen van privacy-gevoelige informatie (25:-5**).

“Het is mij bekend dat verzekeraars juridisch verplicht zijn tot geheimhouding. Feitelijk

hebben vele medewerkers van verzekeraars toegang tot de gegevens. Het geheim blijven daarvan staat allerminst vast. Bovendien hebben ziektekostenverzekeraars nog andere belangen dan binnen het domein van de ziektekostenverzekering. Formeel mogen zij geen gebruik maken van gegevens die DBC's leveren. Dit betekent echter niet dat zij dit ook feitelijk zullen nalaten."

(respondent 8, vrijgevestigd psychiater, verbonden aan de 'vrijepsych')

Daarnaast onderscheidt deze visie zich door de opvatting dat de professional autonoom moet kunnen handelen is en dat persoonlijke gegevens van de cliënt alleen aan de behandelaar toehoren. Binnen deze groep is er significant minder preoccupatie met het streven naar meetbaarheid van kwaliteit (29: -1*). Ook publieke verantwoording over hun prestaties vinden de respondenten niet nodig (27: -4). Volgens deze visie wordt er steeds minder ruimte gelaten voor het eigen oordeel van professionals (1:4**). Een respondent licht dit toe:

"Dit [afname autonomie] is een ontwikkeling die niet direct het gevolg is van de DBC's maar wel een gevolg van de gereguleerde marktwerking en de centrale positie van de verzekeraar daarin. Deze probeert op rationele gronden zorg in te kopen en gebruikt hiervoor bij voorkeur standaardisatie. Dit doet de complexe GGZ en de kennis en deskundigheid van de professionals absoluut tekort. Als de GGZ aan de hand van een 'kookboek' verleend zou kunnen worden had je er geen hoogopgeleide professionals voor nodig."

(respondent 26, beleidsmedewerker van een beroepsvereniging)

Verder vinden de respondent in deze groep marktwerking een te simpel principe voor de zorg (6: 3) en zou het bovendien (ongewenst) handelen vanuit economische motieven bevorderen (20:5). Ook wordt het DBC-systeem reductionistisch gevonden: psychische problemen kunnen niet op standaardwijze worden vastgesteld en behandeld (17:4). Bovendien kan de DSM classificatie geen uitgangspunt zijn voor de gemiddelde kosten (39:-5). Over het algemeen hebben respondenten in deze groep een sterkere mening over stellingen m.b.t. tot idealen en principes dan over stellingen m.b.t. de praktische uitwerking van beleid.

Samengevat kenmerkt visie E zich door zorgen over de privacy van de cliënt. De DBC's worden gezien als een schending van het beroepsgeheim. Persoonlijke gegevens kunnen niet aan de verzekeraar worden toevertrouwd. Verder worden de DBC's reductionistisch gevonden en marktwerking een ongeschikt principe voor de zorg.

Visie F/ DBC's: een last voor professionals

Deze visie wordt gedeeld door 2 respondenten en verklaart 10% van de variantie. De respondenten die deze visie uitdragen zijn professionals werkzaam in instellingen voor kinder & jeugd psychiatrie. Binnen deze visie ligt de nadruk op de praktische problemen die het DBC-systeem voor professionals oplevert. Door de grote bureaucratische controle in de GGZ worden professionals volgens de respondenten belast (22:5, 31:3):

"Sinds de invoering van DBC's ben in enorm veel extra tijd kwijt met registreren. Niet alleen die handeling op zich, maar ook alle tijd dat de computer vastloopt, dat een registratie niet opgeslagen kan worden omdat bijvoorbeeld een datum of tijdstip niet klopt, dat je niet twee keer dezelfde classificatie kan vastleggen omdat een kind eerst bij een andere instelling was, etc.⁴ En dan ook het leren omgaan met (steeds wisselende)

⁴ Jaarlijks blijken meer dan 50% van alle DBC's afgekeurd te worden bij validatie (zie powerpoint presentatie 'DIS & datakwaliteit' op www.dbconderhoud.nl). Zorgaanbieders krijgen hierbij geen specifieke foutmelding, zodat de DBC's opnieuw moeten worden ingevoerd.

registratiesystemen. Een grote ergernis!"
(respondent 22, orthopedagoog in een instelling)

Bovendien is de praktijk ingewikkelder dan het systeem. Psychische problemen kunnen niet op standaardwijze worden vastgesteld en behandeld (17:4, 39:-4). Omdat het systeem hier wel op is ingericht lopen professionals tegen praktische problemen aan. Veel complexe problemen kunnen zij niet kwijt in een DBC (38:5) en diagnoses moeten in een steeds vroeger stadium worden gesteld (7:4*). Professionals in deze groep zijn bovendien zeer sceptisch over het nut van DBC's. Er wordt niet verwacht dat de informatie in de DBC's bij zal dragen tot meer inzicht in zorgprocessen en een verbetering transparantie, kwaliteit en efficiëntie (15:-3, 19:-5, 2:-5**). Een respondenten licht toe:

"DBC's zijn zo ondoorzichtig, fraudegevoelig en algemeen dat er helemaal geen inzicht wordt geboden in behandelprocessen. Doordat mensen steeds sneller proberen te werken - met de DBC in hun achterhoofd - gaat de kwaliteit van zorg juist achteruit."
(respondent 22, orthopedagoog in een instelling)

Verder leent de zorg zich volgens deze visie niet voor marktwerking: hulpverlening laat zich niet als product beschrijven en vergelijken (6:4). Marktwerking kan bovendien aversieve effecten hebben, zoals de verwaarlozing van complexe patiënten (30:3) en het handelen op basis van economische motieven in plaats van professionele ethiek (20:3). Tenslotte onderscheidt deze visie zich van visie A en B door onverschilligheid betreffende het privacybezwaar (36:0*, 13:0, 3:0, 25:0) en een positieve houding ten opzichte van EB werken (33:-4).

Samengevat kenmerkt visie C zich door kritiek op de administratieve belasting die het DBC-systeem voor professionals betekent. Het systeem sluit slecht aan op de praktijk, waardoor professionals tegen problemen aanlopen. Bovendien levert de DBC registratie volgens deze visie geen enkele bijdrage aan de verbetering van zorg. Over het uitgangspunt en de uitwerking van marktwerking voor de zorg zijn de respondenten tevens sceptisch.

Conclusie

Op basis van de Q analyse zijn 3 variaties op het beleidsdiscours vastgesteld: Visie A, die wordt gekenmerkt door het streven naar goede, betaalbare zorg en optimisme over de DBC's; visie B die wordt gekenmerkt door het streven naar vraagsturing en een positief beeld van de uitwerking van marktwerking; en visie C die wordt gekenmerkt door het streven naar transparantie en kwaliteitsverhoging, maar nog afwachtend is met de beoordeling van de uitwerking van de DBC's en marktwerking in de praktijk.

In visie B komt een duidelijke marktlogica naar voren, met dienstbaarheid aan de vraag van de cliënt als belangrijkste waarde en concurrentie als de gewenste sturing. Hierin resonanceert het beleidsdoel van vraagsturing. Binnen visie A en C laten respondenten zich niet duidelijk uit over marktwerking. Zij zijn meer gericht op het streven naar meetbare prestaties en inzicht in kostenbesteding in de zorg. Hierin weerklanken met name de beleidsdoelen van transparantie en effectiviteit in de zorg. In visie C, weerklanken, naast beleidsdoelen, ook bezwaren uit het kritisch publieke discours. Vermenging van tegenovergestelde discourses kan dus ook binnen personen voorkomen.

Ook op het kritisch publieke discours zijn drie variaties gevonden: Visie D waarbij de nadelige gevolgen van marktwerking en DBC's voor de complexe patiënt worden benadrukt; visie E waarbij de afbrokkeling van privacy en autonomie centraal staan en visie F waarbij de belasting van professionals centraal staat. Een kritiekpunt dat al deze visies gemeenschappelijk hebben is het reductionisme van het DBC-systeem. Op overige punten

verschillende de visies in de nadruk op specifieke punten.

Wanneer de verschillende visies binnen het kritisch publieke discours in verband worden gebracht met de verschillende logica's in de publieke sector kan allereerst worden geconstateerd dat de gemeenschappelijke professionele logica zich onder anderen kenmerkt door waar zij zich tegen afzet: in alle visies worden de marktlogica en de bureaucratie in meer of mindere mate bekritiseerd. Het wordt echter ook duidelijk dat de professionele logica door verschillende professionals anders wordt ingevuld. Wat betreft de kwaliteit van werk is er bijvoorbeeld verdeeldheid over de vraag of EB werken een verschraving of verbetering van de kwaliteit inhoudt.

De verschillende vastgestelde visies maken duidelijk dat er niet slechts sprake is van een twee- polen conflict. Mensen verhouden zich op verschillende manieren tot het beleidsdiscours en het kritisch publieke discours. De verschillende visies onderscheiden zich door hun oriëntatie (beleids- versus kritisch publiek discours), het niveau van kritiek (ideaal versus uitwerking), de focus van aandacht (marktwerking versus DBC's), de subonderwerpen waar de meest uitgesproken mening over is ontwikkeld en de onderwerpen waar geen mening over wordt gegeven.

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling van respondenten over visies (zie ook bijlage 6b) valt op dat binnen sommige respondentengroepen zowel variaties op het beleidsdiscours als het kritisch publieke discours voorkomen. Bestuurders, managers, en vertegenwoordigers van beroeps- en brancheverenigingen laten een grote verdeeldheid in standpunten zien. Hierin wordt een conflict van verschillende belangen, en aanraking met verschillende discoursen zichtbaar. Verder wordt duidelijk dat de visies van de meeste professionals niet aansluiten bij het beleidsdiscours. Variaties op het beleidsdiscours worden onverdeeld vertegenwoordigd door beleidmakers en zorginkopers, maar niet door de mensen die het beleid uit moeten voeren en te maken hebben met de directe consequenties ervan. Het draagvlak voor de gekozen beleidswijzigingen lijkt dus minimaal onder professionals. In het volgende hoofdstuk worden de bezwaren van professionals op het huidige beleid verder uitgewerkt en in context geplaatst.

4. Professionals aan het woord

Inleiding

Om een beter begrip te verkrijgen van de verschillende visies van professionals op DBC's, zal ik deze in de context proberen te plaatsen van hun visie op geestelijke gezondheidszorg en de setting waarin zij werken. In het vorige hoofdstuk is geconcludeerd dat er binnen de professionele logica verschillen zijn in hoe bepaalde waarden worden geïnterpreteerd en vormgegeven. Ik zal deze verschillen in dit hoofdstuk uitwerken en in relatie brengen met specifieke bezwaren op de DBC's. Er is sprake van grofweg twee verschillende benaderingen van geestelijke gezondheidszorg binnen mijn onderzoekssample. De psychodynamische- en de gedragstherapeutische benadering. Uiteraard geven mensen hier verschillend invulling aan en wordt ook een combinatie van verschillende benaderingen gebruikt. Om de contrasten tussen de verschillende benaderingen, in samenhang met de verschillende visies op DBC's duidelijk te maken, zal ik een beeld schetsen van de 'ideaaltypes' van de twee benaderingen. De psychodynamische benadering blijkt verbonden te zijn aan visie E, terwijl visie F verbonden blijkt te zijn aan de gedragstherapeutische benadering.⁵ Nadat de verschillen tussen de beide visies zijn uitgewerkt zal ik ook de gemeenschappelijke standpunten belichten en de gedeelde professionele logica typeren. Vervolgens zal ik beschrijven hoe professionals in de dagelijkse praktijk omgaan met het DBC-systeem. Hierbij wordt het conflict tussen verschillende logica's verder uitgewerkt en wordt gekeken welke coping-mechanismen professionals inzetten om conflicten rondom de DBC's op te lossen.

4.1 DBC's en professionele logica: een uitwerking van visies

De psychodynamische benadering: uitwerking van visie E

Visie E, waarbij schending van de privacy en aantasting van de autonomie de belangrijkste thema's zijn, wordt in dit onderzoek met name door vrijgevestigde, psychodynamisch georiënteerde professionals gedeeld. Deze professionals zijn grotendeels in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw geschoold in de psychoanalytische traditie die indertijd dominant was.

In de psychodynamische benadering van psychische problematiek - zoals verwoord door de respondenten van het huidige onderzoek - staat de therapeutische relatie centraal. Deze relatie wordt als een van de belangrijkste instrumenten in de therapie gezien. De gevoelsmatige reacties van de cliënt en de therapeut op elkaar⁶ geven volgens deze visie inzicht in de problematiek van de cliënt. Deze problematiek wordt vervolgens bewuster en bespreekbaar gemaakt, waardoor het zelfinzicht van de cliënt kan toenemen. Binnen deze benadering van psychische problematiek wordt de persoon als geheel in beschouwing genomen. De nadruk ligt niet op de klachten, maar op levensgeschiedenis waarin de klachten zich hebben kunnen ontwikkelen. Vroege ervaringen spelen volgens deze visie een cruciale rol in de vorming van een persoon en de manier waarop deze het contact met anderen aangaat. Het leren kennen van een persoon en diens onbewuste wensen, gevoelens en conflicten vraagt tijd en aandacht. Psychotherapie wordt door één van de respondenten beschreven als een gezamenlijk zoekproces:

“Een mens is niet zijn klacht, maar de klacht is een onderdeel van een complex systeem dat deze mens nodig heeft of gebruikt, of als afweer inzet. Dat weten we allemaal niet als we hem ontmoeten...je doet hem zo goed om daar tijd en aandacht voor te hebben (...). Psychotherapie gaat over de ontdekking van de persoon. Zowel jij als therapeut,

5 Visie D wordt niet duidelijk vertegenwoordigd door de geïnterviewde professionals, en wordt hier daarom niet verder uitgewerkt.

6 In de psychoanalytische theorie wordt naar deze relationele processen gerefereerd als 'overdracht' en 'tegenoverdracht'.

als de cliënt als persoon is in ontwikkeling. Maar er zijn ook collega's die zeggen: 'In iedere sessie moet je precies weten wat je aan het doen bent, en anders geef ik er geen cent voor'. Dan zeg ik; 'Oh, wat grappig nou, want ik kan soms in therapie het gevoel hebben van, ik heb geen idee waar het naar toe gaat, waar gaat het over?' En zolang ik heel trouw blijf aan die vraag van 'waar gaat het over', weet ik zeker dat ik goed werk doe. Omdat de cliënt het kennelijk ook niet weet, en het nog niet kan vertellen. En als ik maar goed kan luisteren, dan vind ik dat belangrijker dan dat ik per sessie weet van vandaag gaan we - uitgaande van een schaal van 1 tot 10 - van 6 naar 7 komen.'
(respondent VIII, vrijgevestigd GZ-psycholoog, werkt DBC-vrij)

In bovenstaand citaat wordt de psychodynamische benadering gecontrasteerd met oplossingsgerichte therapie, waarbij concrete behandeldoelen worden geformuleerd en 'meetbare' resultaten gegenereerd. Een visie die beter aansluit bij de nadruk op kortdurende, efficiënte behandelingen van tegenwoordig. Zulke, meer gedragsmatige manieren van werken, worden door psychodynamisch georiënteerde professionals als een oppervlakkige behandelmethode gezien, waarbij symptomen tijdelijk worden opgeheven, maar de onderliggende problematiek niet.

In een tijd waarin de gedragstherapeutische benadering dominant is geworden en Evidence Based werken het hoogste goed is, vormen psychodynamisch georiënteerde professionals echter wel een minderheid. In hun verhalen klinkt dan ook een gevoel van bedreiging door. Met name de standaardisering van zorg en de invloed van niet-inhoudelijk deskundigen worden als bedreigend ervaren. Deze ontwikkelingen doen volgens hen af aan de autonomie van de professional:

"Ik ben een groot voorstander van professionele autonomie. Mijn beroep is er een waar je leert op eigen kompas beslissingen te nemen. Dit is in tegenstelling met het werken volgens protocollen en de macht van externe machtpartijen zoals de staat en de verzekeraar. Ik wil mijn vak op mijn manier kunnen uitoefenen."
(respondent I, vrijgevestigd psychiater, werkt DBC-vrij)

Professionele autonomie is juist voor deze groep professionals cruciaal, omdat zij op een manier werken die niet makkelijk gestandaardiseerd en gemeten kan worden, en dus ook moeilijk te verantwoorden is tegenover niet- inhoudelijk deskundigen. Met de komst van het nieuwe zorgstelsel en de DBC's wordt de invloed van de zorgverzekeraar en het werken volgens richtlijnen officieel vastgelegd en geïnstitutionaliseerd. Er wordt gevreesd dat de psychodynamische benadering hierdoor nog meer in diskrediet zal raken:

"Er is sprake van een dominante bondgenootschap van belangen: De farmaceutische industrie die graag alles met pillen wil genezen, de verzekeraars die zo min mogelijk willen hoeven uitkeren en de gedragstherapeuten, die zeggen dat ze in 8 zittingen kunnen genezen.. Het zal wel blijken...Maar zij hebben allemaal belang bij het nieuwe systeem. En als er een systeem zou zijn bedacht met het doel om de psychodynamische benadering de nek om te draaien, is dit perfect. Ik zeg niet dat het zo specifiek en bewust bedoeld is, maar de belangen zijn zo tegen ons gekeerd."
(respondent III, vrijgevestigd psychiater, stopt met praktijk vanwege de DBC's).

Naast de 'bedreigde' status van de psychodynamisch speelt natuurlijk ook de werksetting van professionals een rol in de ervaren afbrokkeling van autonomie. De professionals waar het om gaat werken vaak al decennia lang vrijgevestigd. Meer dan professionals in instellingen zijn zij gewend om hun eigen koers uit te zetten, zonder iemand hier verantwoording over schuldig te zijn. Het DBC-systeem betekent voor hen dan ook een veel

grotere omslag in werkwijze dan voor professionals werkzaam in instellingen.

Naast het thema van autonomie is het thema van privacy voor de psychodynamisch georiënteerde professionals zeer belangrijk. Voor hen betekent de DBC-systematiek een schending van het beroepsgeheim en de privacy van de cliënt. Dat juist binnen deze visie het privacyargument zo belangrijk is heeft sterk te maken met de functie van vertrouwelijkheid in de therapie, zoals verwoord in de volgende citaten:

“Ik kan alleen mijn werk doen, als ik de patiënt kan verzekeren dat alles wat gezegd wordt geheim blijft. Er zijn genoeg innerlijke remmen om bepaalde zaken niet te delen. Verzwegen zaken die essentieel zijn voor het verloop van de behandeling zullen alleen naar buiten kunnen komen op voorwaarde van geheimhouding.”

(respondent I, vrijgevestigd psychiater, werkt DBC-vrij)

“Ik ben er van overtuigd dat een verantwoorde psychotherapie alleen plaats kan vinden in een veilige bedding van confidentialiteit (...) Mensen hebben allemaal hun intieme privédingen die ze nooit hebben besproken of gedeeld met een ander. En als er conflicten zijn die hun belemmeren in het leven, waarin deze, voor hun beschamende kwesties een rol spelen, dan moeten ze eerst zeker zijn dat ze veilig zijn om die dingen met een ander te delen.”

(respondent III, vrijgevestigd psychiater, stopt met praktijk vanwege DBC's).

In deze standpunten wordt de schaamte waarmee psychische problematiek is omringd benadrukt. Absolute geheimhouding van alles wat zich in de spreekkamer afspeelt is voor deze professionals dan ook een voorwaarde voor werkzame therapie. Het doorgeven van persoonlijke informatie wordt gezien als een schending van de essentiële vertrouwensrelatie tussen de behandelaar en de cliënt.

Daarnaast kan het belang dat aan privacy wordt gehecht in verband worden gebracht met de specifieke cliëntenpopulatie van de professionals. De belangrijkste voorvechters van privacy hebben Joodse patiënten in behandeling die direct of indirect slachtoffer zijn geworden van de Jodenvervolging tijdens de Tweede Wereldoorlog. Begrijpelijkerwijs maakt deze groep zich, meer dan andere patiëntgroepen, zorgen over de gevolgen van registratie van persoonlijke gegevens. Het besef van de verregaande gevolgen die misbruik van persoonsgegevens kan hebben weerklinkt in de ideeën over DBC's van de behandelende professionals:

“De nazi's waren ook dol waren op technologie en statistiek. Dit was een eerste voorbereiding voor de moordpartijen. Niemand weet hoe de samenleving er over 20 jaar uit ziet. Hoe stevig is de democratie?”

(respondent I, vrijgevestigd psychiater, werkt DBC-vrij)

Maar ook professionals die in hun werk niet direct te maken hebben met Joodse patiënten plaatsen hun vrees voor misbruik van persoonsgegevens vaak in een historische context. De verwijzing naar de 2e WO wordt met name gebruikt om te illustreren dat de consequenties van registratie van persoonsgegevens niet te overzien zijn en dat men hierin niet simpelweg kan vertrouwen op de goede bedoelingen van anderen. Ook in hun verwijzingen naar de politiek, de verzekeraar en verschillende andere, bij het nieuwe zorgstelsel betrokken partijen benadrukken zij de belangen van deze verschillende partijen en trekken hun onafhankelijkheid in twijfel. Ook hierin wordt weer het eerder genoemde gevoel van bedreiging zichtbaar. Inmenging met professionele activiteiten door buitenstaanders wordt afgewezen en als risico benoemd.

Geconcludeerd kan worden dat de psychodynamisch georiënteerde, vrijgevestigde

professionals zich kenmerken door een visie waarin de complexiteit van de menselijke psyche centraal staat. Het doorgronden van psychische processen wordt gezien als een relationeel proces dat tijd en aandacht vergt en niet kan worden gestandaardiseerd. Binnen deze visie is professionele autonomie absoluut is en inmenging van niet-inhoudelijk deskundigen ongewenst. In die zin kan deze visie getypeerd worden als een 'traditionele' professionele logica. Deze logica sluit niet aan bij de logica waar het DBC-systeem op is gebaseerd. Professionals in deze groep wijzen de ideeën die aan het systeem ten grondslag liggen dan ook sterk af en lijken zich bedreigd te voelen door het systeem dat hen extern wordt opgelegd.

De gedragstherapeutische benadering: uitwerking van visie F

Visie F, waarbij de bureaucratische belasting van de professional en het reductionisme van het DBC-systeem centraal staat, wordt met name gedeeld door professionals die werkzaam zijn in instellingen. In deze instellingen is de (cognitieve-) gedragstherapie de dominante behandelbenadering. Deze benadering gaat ervan uit dat iemands problematische gedrag en gedachten grotendeels zijn aangeleerd, en dat dit leerproces omkeerbaar is. Eén van de respondenten licht dit toe:

"Iedereen heeft kansen en risico's op plezierige dingen en op moeilijke dingen in het leven. Omdat het brein voortdurend opzoek is naar samenhangen kun je de verkeerde leerervaring - samenhangend met biologische kwetsbaarheden - opdoen waardoor je problemen krijgt. Afgezien van het feit dat je natuurlijk ook nog problemen kan krijgen door objectief erg belastende gebeurtenissen (...). Als je het over de gedragstherapie hebt dan vermoed ik dat - in het heel algemeen gezegd - wat je op een bepaalde manier geleerd hebt, je ook op een andere manier weer anders kan leren...Dus als je één keer hebt geleerd bang te zijn voor spinnen, kun je ook leren om er niet meer bang voor te zijn. En als je last hebt van een traumatische gebeurtenis kun je ook leren om ondanks datgene wat gebeurd is, toch geen herbeleving te krijgen in bepaalde situaties, omdat je in therapie kunt leren om in het brein als het ware een ander associatief netwerk te activeren...Dus in eerste instantie is eigenlijk wel het doel om dingen op te heffen of zeer sterk te minimaliseren."

(respondent VI, klinisch psycholoog, instelling B)

De therapie is dus in eerste instantie gericht op het opdoen van correctieve ervaringen, waardoor verandering kan worden bewerkstelligd. Professionals benadrukken echter ook dat niet iedere cliënt tot verandering kan komen en dat het forceren van verandering ook averechts kan werken. Zij benadrukken dat acceptatie in sommige gevallen heilzamer kan zijn, en paradoxaal genoeg juist tot verandering kan leiden⁷.

Kenmerkend voor de gedragstherapeutische benadering is dat therapie vaak gestructureerd is en afgebakend in tijd. Protocollen worden binnen deze benadering dikwijls gebruikt als leidraad van de behandeling. Gedragstherapieën zijn goed vertegenwoordigd in de wetenschappelijke richtlijnen. De effectiviteit van deze behandelingen is gemakkelijker aan te tonen dan die van andere therapieën, vanwege o.a. de concrete behandeldoelen en de grotendeels gestandaardiseerde procedures. Dit gegeven maakt dat professionals die volgens deze benadering werken, zich ook minder bedreigd voelen in hun professionele autonomie. De klinische beslissingen die zij maken vallen immers binnen de geaccepteerde en geïnstitutionaliseerde methoden. In die zin liggen de ideeën van de deze professionals ook dicht bij de politieke idealen; het aantoonbaar maken van effectiviteit van behandelingen en het werken volgens wetenschappelijke

⁷ Hierin klinkt de invloed van de zogenaamde derde- generatie gedragstherapie door. Therapieën als Mindfulness Commitment and Acceptance Therapy (ACT) worden in veel instellingen toegepast.

richtlijnen wordt door deze professionals positief gewaardeerd. Enige controle op geldstromen en het werk van de professional wordt geaccepteerd of zelfs als noodzakelijk gezien. We zien hierin dan ook dat de professionele logica van gedragstherapeutisch georiënteerde professionals veel dichterbij de marktlogica ligt. Neem bijvoorbeeld het volgende citaat:

“Bij deze instelling is cognitieve gedragstherapie in opmars, ook omdat het Evidence Based is. Ik denk dat het belangrijk is dat het bewezen effectief is, in elk geval zo veel mogelijk bewezen effectief: dat je kijkt of het werkt. En daar kan ik wel heel erg achter staan. Maar sowieso past het wel bij me. Het is een lekkere concrete manier van werken....Kijk de psychoanalyse, die behandelingen duren heel lang..Het kan soms jaren duren. En bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie is in principe heel afgebakend..dat je zegt: nou, tien keer proberen dan doen we dit en dat. Als het niet werkt kijk je natuurlijk wel weer verder (..) Maar in principe baken je dingen heel erg af, in tijd dus ook..en het is ook heel gestructureerd...We hebben best veel...vooral voor de groepstrainingen heel veel draaiboeken..Dus dat is wel heel gestructureerd werken, in stappen. Dus dat vind ik zelf wel heel prettig. En ik heb ook best veel cliënten die heel tevreden zijn na afsluiting van de therapie of training (...) Dus ja die methode spreekt me heel erg aan.”

(respondent VII, orthopedagoog, instelling B)

Hierin worden effectiviteit en snelheid benoemd als belangrijke waarden. Daarnaast verantwoordt de respondent de methode aan de hand van cliënttevredenheid. Dienstbaarheid aan de vraag van de cliënt wordt gedurende het interview verschillende keren genoemd als belangrijk uitgangspunt van de behandeling. Bij deze ‘moderne’ professionele logica lijkt dan ook meer sprake te zijn van vermenging van professionele waarden en marktwaarden. Op basis van deze vermenging van logica’s zou minder weerstand worden verwacht tegen het DBC-systeem. De professionals onderschrijven immers gedeeltelijk de beleidsdoelen die hieraan ten grondslag liggen. Ook lijkt het DBC-systeem beter aan te sluiten bij de praktijken van professionals in instellingen. Zo is het gebruik van de DSM-IV in veel van de instellingen gebruikelijk en is de specifieke psychiatrische classificatie vaak uitgangspunt voor de (al dan niet protocollaire) behandeling.

Toch blijkt er binnen deze groep wel degelijk weerstand te zijn tegen de DBC’s. Dit kan het beste worden begrepen in de context van ontwikkelingen die zich de laatste jaren in GGZ instellingen hebben voltrokken. In het kader van kostenefficiëntie en bezuinigingen is er sprake van verzakelijking van de zorg. Van alarmerende e-mails over het begrotingstekort van de instelling, of cijfers over productietekorten kijken professionals niet meer op. Professionals worden steeds meer bewust gemaakt van de financiële situatie van hun instelling, en de manier waarop zij deze kunnen verbeteren. De nadruk op productie is gepaard gegaan met toenemende administratieve taken die de controle op professionals en geldstromen moet bevorderen. De weerstand van professionals in instellingen tegen de DBC’s lijkt dan ook met name voort te komen uit deze toegenomen belasting:

“We krijgen nu allemaal cijfers met tot op de procent nauwkeurig hoeveel precieze contacten je hebt gehad, en hoeveel indirecte tijd. En dat wordt weer per persoon rond gemaild, en dan moet je dus nog meer registreren. En dat is wel heel erg vermenigvuldigd de laatste tijd. Ik ben bang dat het nog erger wordt en dat vind ik wel heel erg. Ik vind het namelijk wel heel goed om te registreren. Het zou toch een hele ondoorzichtige boel zijn als je de hele dag als het ware thee zou kunnen drinken en niks doen. Dus ik snap wel dat je een beetje op moet schrijven wat je doet, en dat vind ik ook wel logisch, maar het is soms bizar...dat zelfs als iemand mijn kamer in komt lopen en vraagt van: ‘Heb

je die en die laatst gezien?', dat ik dat dan al moet gaan registreren als indirecte tijd, omdat je net één minuut over een cliënt hebt gesproken. Nou dat gaat echt te ver vind ik."

(respondent VI I, orthopedagoog, instelling B)

De toenemende hoeveelheid administratie roept irritatie op bij professionals. Op de eerste plaats omdat zij zich niet bezig willen houden met taken die naar hun mening los staan van het inhoudelijk werk. Gezien de toch al grote productiedruk waar zij mee te maken hebben gaat de tijd die aan administratie opgaat ten koste van het 'echte werk'. Deze irritatie wordt nog groter doordat professionals het idee hebben dat zij alleen maar registreren voor de zorgverzekeraar. Waar professionals vaak nog enig begrip kunnen opbrengen voor eisen van het management en bestuur, kunnen zij dit niet voor de zorgverzekeraar opbrengen. Met deze partij ervaren zij immers geen enkele binding. Wat het meeste frustratie oplevert is echter de ervaring dat de registratie geen enkele zinnige bijdrage levert aan verbetering van zorg. Professionals ervaren dat zij worden belast met een systeem waar zij zelf op geen enkele manier baat bij hebben:

"Ik vind het administratief gedoe...En ik snap het wel ...Ik vind ook dat we transparant moeten zijn en daarvoor is het ook allemaal opgesteld officieel (...). Maar het is een administratief moloch geworden. Ik bedoel, ik kan DBC's registreren..ik moet nu mijn tijd registreren, maar wie zegt wat ik in die tijd doe? Het gaat niet over kwaliteit, maar over kwantiteit. Het zegt helemaal niets over wat ik doe in die tijd. En ik moet die tijd telkens maar registreren, maar wat zegt dat nou!? Of ik moet een classificatie registreren en een GAF⁸ score. Dan denk ik, ja...dat zijn hele grove dingen (...) Het zegt niets over kwaliteit! Dus ik denk dan: voor wie registreer ik nu eigenlijk?"

(respondent VII, psychiater, instelling B)

Alhoewel ook de geïnterviewde professionals in instellingen een negatieve attitude hebben ten opzichte van DBC's zijn hun tegenargumenten vaak wel minder uitgewerkt en radicaal dan die van professionals die met hun ideeën over geestelijke gezondheidszorg verder van de politieke idealen afstaan. Verder blijkt dat professionals die zelf hun DBC's moeten registreren, naast klachten over de toegenomen bureaucratie, ook meer principiële bezwaren hebben tegen de DBC's dan professionals in de instelling waar de DBC-registratie door het secretariaat wordt uitgevoerd. Alhoewel dit onderzoek hier geen uitsluitsel over geeft, zou het kunnen dat professionals in instellingen zich principiële bezwaren eigen maken, nadat zij in aanraking gekomen zijn met de alledaagse belasting rondom de DBC's. Dit kan worden gecontrasteerd met visie E, waar de DBC's bij voorbaat op principiële gronden worden afgewezen, zonder dat noodzakelijkerwijs ervaring is opgedaan met het systeem (de professionals die visie E delen werken immers grotendeels DBC-vrij).

Geconcludeerd kan worden dat de professionele logica en de marktlogica binnen de gedragstherapeutische benadering dicht bij elkaar zijn komen te liggen. Er is sprake van een gedeeld streven naar efficiëntie en transparantie. De gekozen operationalisering van deze idealen wordt echter sterk afgewezen; het DBC-systeem betekent een extra belasting voor professionals in instellingen die toch al onder grote druk staan en steeds meer moeten produceren en registreren.

Gedeelde zorgen: reductionisme en de invloed van niet-inhoudelijk deskundigen

In bovenstaande paragrafen zijn met name de verschillen in visie tussen psychodynamisch- en gedragstherapeutisch georiënteerde professionals belicht. Zoals eerder is gebleken is er

⁸ De GAF- score is onderdeel van het DSM-IV en geeft een indicatie van het niveau van functioneren van een persoon (op een schaal lopend van 1 tot 100).

echter ook sprake van overeenstemming tussen verschillende professionals op een aantal punten. Het idee dat het DBC-systeem te reductionistisch is voor de complexe praktijk van de GGZ en de kritiek op de invloed van niet-inhoudelijk deskundigen zijn de voornaamste gedeelde bezwaar.

Met betrekking op het reductionisme van het systeem wijzen professionals er ten eerste op dat de DSM-IV tekort schiet als diagnostisch instrument. Een DSM-IV classificatie niets zegt over de achtergrond van de problematiek of de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt:

“Die hele DBC-systematiek berust op DSM (..) en dat is een lelijk soort diagnostiek die incompleet is en voor de psychiatrie niet klopt, want ja..iemand die overstuur is omdat hij ontslagen is zal toch een ander soort therapie nodig hebben dan iemand die zijn kind verliest. Je kunt door het opstellen van een syndroom met geen mogelijkheid vaststellen wat voor interventies er moeten plaatsvinden, en hoelang dat gaat duren.”

(respondent II, psychiater, stopt met praktijk vanwege de DBC's)

“Ik ben me in toenemende mate gaan opwinden over het feit dat het gewoon niet klopt wat je doet, inhoudelijk. Er wordt gevraagd om een diagnose-behandelcombinatie in te voeren..volgens bepaalde codes, en dat berust op de DSM-IV. Maar die hele DSM-IV is nog een discussiepunt. Bij de DSM-IV gaat het over uiterlijke verschijnselen en als je er dan 7 van de 10 herkent, heet je een borderline persoonlijkheidsstoornis. Maar dat is het niet! Dat weten wij wel...Want zet 10 borderline patiënten naast elkaar. De één heeft 7 kenmerken van iets, en de ander heeft 7 kenmerken van hetzelfde, maar daardoor zijn ze nog totaal verschillend. Want het gaat het over achterliggende begrippen, die een persoonlijkheid heel duidelijk bepalen, zoals afweermechanismen, frustratietolerantie, egosterkte etc. Dat is met name waar het in behandeling om gaat, en kenmerken oké. Dat zijn symptomen en daar heb je het natuurlijk voortdurend over. Maar wat onderliggend in de structuur aanwezig is, dát moet je als psychotherapeut in de gaten houden. En dát kan je nergens kwijt. In de DSM-IV is het niet opgenomen.”

(respondent XIV, psychotherapeut, instelling D)

Zoal deze professionals benadrukken is het niet de DSM-classificatie, maar de achterliggende structuren en oorzaken waar een behandelingen op gebaseerd wordt. De DSM-classificatie is in hun ogen dus onbehulpzaam en zelfs onjuist. Andere professionals benadrukken dat een DSM-IV classificatie geen inzicht geeft in de ernst van de problematiek, en ook daarom onvoldoende richting geeft aan de duur en de aard van behandeling:

“Die DSM classificatie geven we omdat het moet, maar niet omdat het behulpzaam is in de behandeling (...) Bovendien zie je dat mensen al heel snel voldoen aan bijvoorbeeld een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (...) En daar zijn mensen bij die vooral wat verlegen zijn en met sociale situaties wel moeite hebben, maar die je ook met niet al te veel training en behandeling vooruit kan helpen. Die mensen heb je, en die voldoen wel aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Maar je hebt ook mensen die helemaal afgesloten al 30 jaar achter de gordijnen zitten. En als je die weer wat kwaliteit van leven wilt bieden, ze twee jaar intensief moet behandelen. En dat is dan eigenlijk exact dezelfde diagnose.”

(respondent IX, GZ-psycholoog, werkzaam bij instelling A)

Het idee dat door al deze professionals op een verschillende manier wordt vertolkt is de uniciteit van de individuele cliënt en zijn of haar specifieke problematiek. Elke cliënt vereist dan ook een individuele behandeling. Kwaliteit wordt gedefinieerd als het leveren

van maatwerk; het aansluiten bij de behoeften van de unieke cliënt. Hierin komen dus duidelijk de waarden van de professionele logica naar voren. De precieze invulling van deze waarden kan verschillen, maar het uitgangspunt van de uniciteit van mensen is voor eigenlijk alle professionals (idealiter) het uitgangspunt van behandeling.

De kritiek op het reductionisme van het DBC-systeem kan gezien worden als een verdediging van de professionaliteit: het DBC-systeem - een door buitenstaanders ontwikkeld en opgelegd systeem - doet geen recht aan de complexiteit van hun werk. Deze complexiteit kan alleen door inhoudelijk deskundigen begrepen worden. Het verwijt dat het DBC-systeem te reductionistisch is raakt dan ook aan een ander veelgehoord kritiekpunt, namelijk dat verzekeraar te veel te zeggen heeft in het nieuwe zorgstelsel. De zorgverzekeraar is voor bijna alle professionals de boosdoener. Alhoewel professionals in instellingen zich vaak minder direct 'bedreigd' voelen in hun autonomie door de zorgverzekeraar, ervaren zij dat de toenemende productie- en registratiedruk hen door de verzekeraar wordt opgelegd:

"Het is dus voor de verzekering dat mensen in het systeem worden gezet..Voor de verzekering hebben ze dit formulier bedacht, en voor de verzekering moeten we dit 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, sociaal-psychiatrisch verpleegster bij instelling C)

Op de rol van de overheid, die de zorgverzekeraars een centrale rol heeft toegewezen wordt maar door een enkeling gewezen. De zorgverzekeraar is de meest zichtbare partij en vertegenwoordigd voor de professionals eigenlijk alles wat tegengesteld is aan hun eigen professionele waarden. De zorgverzekeraar wordt gezien als een op winst beluste partij, die niet het belang van de cliënt, maar het eigenbelang voorop stelt. Bovendien heeft de zorgverzekeraar in hun ogen geen kennis van zaken en zou dus ook geen enkele invloed uit mogen oefenen op de aard of de duur van het werk van de professional.

Geconcludeerd kan worden dat de gedeelde professionele logica zich kenmerkt door de uniciteit van de cliënt centraal te stellen. Professionals benadrukken de individuele verschillen tussen cliënten en vinden het belangrijk hierbij aan te sluiten in de behandeling. De DBC-sytematiek en de DSM-IV waar de systematiek op berust, zien zij als een ontkenning van de uniciteit van cliënten, en een simplificatie van de werkelijkheid. Zij bakenen hun professionele domein verder af door de invloed van niet-inhoudelijk deskundigen op hun werk af te wijzen.

4.2 Conflict en coping in de dagelijkse praktijk

In de volgende paragrafen wordt uitgewerkt hoe professionals omgaan met het DBC-systeem. Hierin zal ik het conflict tussen verschillende logica's verder uitwerken en de manier waarop met conflict wordt omgegaan. Ik richt me hierbij op de professionals werkzaam in instellingen. De meeste vrijgevestigde professionals die zijn geïnterviewd werken DBC-vrij of zijn (gedeeltelijk) gestopt met hun praktijk. Zij hebben ervoor gekozen om hun professionele logica te volgen en trouw te blijven aan hun principes. Dit is vaak geen makkelijke keuze geweest, aangezien DBC-vrij werken wettelijk niet is toegestaan en dus strafbaar is. Daarnaast is een aantal professionals hun activiteiten gaan beperken tot eerstelijns zorg, supervisie, leertherapieën; zaken die niet via de DBC's worden bekostigd. Deze professionals hebben zich dus aan het systeem weten te onttrekken. Ondertussen zetten zij hun strijd tegen de DBC's voort middels het voeren van rechtszaken tegen de staat en het schrijven van opinieartikelen. Deze professionals hebben dus de expliciete en radicale keuze gemaakt in hun worstelingen met de DBC's.

Om erachter te komen wat er gebeurt wanneer professionals, ondanks hun bezwaren, blijven werken met het DBC-systeem zal de aandacht nu worden gericht op de professional in de instelling. Door hun alledaagse worstelingen met het systeem te bestuderen kan meer inzicht worden verkregen in de coping-mechanismen die mensen inzetten wanneer zij te maken krijgen met conflicterende doelen.

De professional, de bureaucratie en de markt

De eerste vraag bij het onderzoeken van conflict en coping is of professionals überhaupt conflict ervaren rondom de DBC's. In de meeste gevallen blijkt dit, in meer of mindere mate inderdaad het geval te zijn. Waar sommige respondenten het conflict tussen tegenstrijdige doelen expliciet benoemen, wordt dit conflict bij anderen afgeleid uit de tegenstrijdigheden in hun uitspraken en de manier waarop zij het eigen gedrag rondom de DBC's rechtvaardigen.

Het conflict tussen de professionele en bureaucratische logica staat voor veel professionals in instellingen op de voorgrond, en wordt door bijna alle respondenten benoemd. Professionals worden geacht bepaalde procedures te volgen en zorgvuldig hun handelingen te registreren. Op deze manier kunnen de productiecijfers en prestatie-indicatoren berekend. De instelling kan op deze manier verantwoording afleggen over de geleverde kwaliteit en de financiële situatie. Het handelen volgens de bureaucratische logica wordt door professionals echter ervaren als tegenstrijdig met hun professionele logica. Één van de respondenten licht dit in het volgende citaat toe hoe hij de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar ervaart:

“Er is sprake van een toenemende nadruk op wat ik noem, de procedurele zuiverheid. Dus bijvoorbeeld: heb je op tijd je behandelplan af? En dat zijn allemaal goede dingen. Maar de druk die op je wordt gelegd is zo hoog dat het niet kwaliteitsverhogend werkt, maar kwaliteitsverlies betekent. Want als ik dat allemaal op orde wil hebben, dan moet ik mijn cliënten veel slechter behandelen, want dan krijg ik er tijd voor. Dan moet ik gewoon veel minder met cliënten bezig zijn en veel meer achter de PC zitten. Dan heb ik dat allemaal op orde. Maar je wilt natuurlijk ook die cliënt goed helpen. Dus daar zie je voor jezelf die dubbelheid (...) Kijk de behandelaar moet voortdurend die afweging maken tussen die persoonlijke kwaliteit voor de cliënt, de aandacht, aansluiten voor wat voor hen goed is, en dat al die andere aspecten er ook allemaal bijhoren..dat is er nu eenmaal ook. Daar moet je steeds tussen kiezen en wikken en wegen. Terwijl de organisatie stuurt eigenlijk alleen maar op dat ene stuk. En dat andere stuk dat lijkt weg. Terwijl..het heet dan wel kwaliteit in de communicatie: de kwaliteit is verhoogd, want de behandelplannen waren dit jaar beter op orde dan vorig jaar.”

(respondent IX, GZ-psycholoog, instelling A)

Voor andere professionals staat het conflict met de marktlogica op de voorgrond. In onderstaand citaat wordt dit toegelicht:

“Wij krijgen kritiek dat onze DBC's te lang zijn (..) Wij zijn in feite het soort ouderwetse organisatie die denken, nou er komt iemand binnen, die hebben we gezien en die gaan we behandelen. We doen niet zo moeilijk over die DBC. Maar we worden door de markt gedwongen, door de marktwerking, 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 klanten moet kijken, wat heeft die nodig en dan kan je gewoon dingen gaan doen. Ik vind het terecht dat je gedwongen wordt door een systeem dat je nadenkt over de dingen die je doet, maar nu draait het tij om. Je wordt eigenlijk tot een soort ratachtige manier van denken gedwongen, die er toe leidt dat je gewoon het maximale uit het systeem perst.”

(respondent X, psychotherapeut, werkzaam bij instelling C)

In dit stuk wordt de worsteling van de professional met het beleid heel duidelijk geïllustreerd. De 'spagaat' waarin de respondent zich bevindt wordt nog duidelijker doordat hij er in het interview ook verschillende keren op wijst dat 'je dit soort [strategische] redeneringen moet gaan doen omdat je anders door de concurrentie afgerekend gaat worden'. Enerzijds vind hij het dus onzinnig en onethisch om strategisch te gaan denken, anderzijds ziet hij dit als de enige manier om als instelling te overleven. Hierin wordt ook een proces van rationalisering zichtbaar waarin de respondent het eigen gedrag tracht te rechtvaardigen, door de noodzaak ervan aan te tonen. Daarnaast lijkt de angst voor een slechte concurrentiepositie, en het strategische gedrag dat hieruit voortkomt bij te dragen aan de internalisering van de (afgewezen) marktlogica; de respondent heeft zich al eigen gemaakt om op een economische manier te denken, en vult de DBC's op een voor de instelling gunstige manier in. Interessant is ook dat deze respondent, die zich het meest van alle respondenten afzet tegen het economische denken, als enige professional de term 'klant' gebruikt.

De mate waarin professionals conflict ervaren lijkt verder sterk af te hangen van de mate van autonomie die de professional krijgt, of ervaart. Professionals die geconfronteerd worden met bepaalde (aan markt of bureaucratie gerelateerde) eisen, maar voldoende ruimte krijgen om naar eigen inzicht te handelen, volgen in geval van tegenstrijdigheid hun professionele logica. Dit is zo vanzelfsprekend dat er ook minder conflict wordt ervaren. Eisen die niet direct in het belang van de cliënt zijn komen automatisch op de tweede plaats. Wanneer eisen van de werkgever dwingender zijn, ontstaat een grotere mate van conflict en wordt de noodzaak ook groter om coping-mechanismen in te zetten. Hieronder wordt dit geïllustreerd door twee verschillende reacties op de druk die van bovenaf wordt uitgeoefend om goedkoper en sneller te werken om zo een goed concurrentiepositie te verkrijgen:

"Mijn baas zegt letterlijk: het liefste heb ik dat jullie 100% productie hebben. Ik werk negen uur op een dag en het liefste heeft hij dat ik negen cliënten zie. Ik ga weleens naar het toilet. Ik moet weleens wat fotokopiëren. Wij hebben een email waarvan we geacht worden er veel van te volgen...Dan ben ik sowieso met dit soort activiteiten al een uurtje bezig. Ja..dan kom ik dus vier keer in de week structureel een uur te kort. In kan me er niet eens druk om maken. Dan denk ik: dit is een niet serieus te nemen norm."

(respondent XI, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, instelling C)

"In ons team is het nu zo dat er geen wachtlijst mag ontstaan. Dus je krijgt per maand een aantal cliënten toegewezen op grond van het aantal uren dat je werkt. En ja...als je vol zit dan hanteren ze het simpele motto: 'instroom is gelijk aan uitstroom'. Dus als je een cliënt krijgt, dan moet je maar een andere afsluiten. En 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 willens en wetens een handeling verrichten waar de cliënt schade van ondervindt. Maar ik kan het gewoon zelf ook niet...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 beiden, want dan ga je zelf eraan onderdoor (...) Ik ga dus toch kijken wie ik af kan sluiten."

(respondent XIV, psychotherapeut, instelling D)

In instelling C is er minder controle op de 'productie', waardoor respondent XI zich kan veroorloven om zich niet druk te maken over de norm. In instelling D is het instroombeleid

dwingend, waardoor een conflict ontstaat tussen de professionele ethiek (een lopende behandeling niet afsluiten wanneer de cliënt daar niet klaar voor is) en de beleid van de instelling (instroom is uitstroom). In het onderste citaat zien we de respondent hiermee worstelen en wordt de tegenstrijdigheid in gewenst en waargenomen gedrag gerationaliseerd: je moet lopende behandelingen wel afsluiten, anders ga je er zelf aan onderdoor. De professionals verkeert dus is een benarde situatie waarin de belangen van de cliënt, het eigen welzijn, maar ook de belangen van de instelling tegen elkaar moeten worden afgewogen.

Berusting versus alledaags verzet

Hierboven zijn verschillende conflicten rondom de DBC's geïllustreerd waar professionals mee te maken krijgen. Als gevolg hiervan doen professionals concessies aan hun idealen en rationaliseren zij hun gedrag: Zij moeten immers wel mee gaan in bepaalde ontwikkelingen, aangezien zij hiertoe van bovenaf toe gedwongen worden. Het gevoel dat professionals zelf geen enkele invloed kunnen uitoefenen op beleid wordt door verschillende respondenten tot uitdrukking gebracht:

“Ik denk dat het dan maar zo moet gaan (...) en dan komt er misschien weer eens verstandiger beleid (...) Ja, want dat is toch een krachtig spel. Als je behandelaar bent ligt die macht helemaal buiten je. Zelfs ons management heeft daar geen invloed op. Dat is politiek...”

(respondent IX, GZ-psycholoog, instelling A)

“Ja eigenlijk moeten we de barricades op, maar of ik dat op mijn leeftijd moet doen? Misschien moet ik me erbij neerleggen. De jonge mensen zouden zich hier mee bezig moeten houden, maar daar hoor je weinig van. Het zijn wel altijd golfbewegingen in de psychiatrie... Er komen vast weer betere tijden...”

(respondent XIV, psychotherapeut, instelling D)

‘Artsen gaan hier wel tegen protesteren, ze zijn er al mee bezig. Ik laat het maar aan hun over. Zij hebben veel meer macht dan psychologen.’

(respondent IV, GZ-psycholoog, instelling A)

Deze houding suggereert een zekere berusting en hoop op betere tijden. Maar leggen professionals zich echt zo makkelijk neer bij de invoering van het DBC-systeem? Volgen zij echt zo braaf op wat hen wordt opgedragen? Alhoewel zij geen openlijk verzet plegen tegen de DBC's en ook het werk er niet bij neerleggen, komen uit de gesprekken wel degelijk subtielere vormen van verzet naar voren. Deze bestaat met name uit het creatieve gebruik van regelgeving rondom het systeem. Dit soort 'alledaags verzet' stelt de professionals in staat zich gedeeltelijk te weren tegen de hen opgelegde systematiek. Het volgende citaat vat de pragmatische houding van professionals ten opzichte van het DBC-systeem treffend samen:

“We vinden wel foefjes om ermee om te gaan (...) Ik speel er maar een beetje mee, ik kijk wat voor de cliënt het handigst is.”

(respondent IV, GZ-psycholoog, instelling A)

Het creatieve gebruik van de DBC's gaat gepaard met een cognitieve tweedeling die wordt aangebracht tussen dat wat zich in werkelijkheid in de spreekkamer afspeelt, en dat wat geregistreerd wordt in het systeem. Deze tweedeling lijkt voor veel professionals zo vanzelfsprekend dat het vaak zijdelings in het gesprek naar voren komt. Zoals één van

de respondenten aangeeft wanneer ik vraag wat voor invloed het DBC-systeem heeft op het werk: 'Oh, maar dat zijn los van elkaar staande trajecten'. Deze tweedeling stelt professionals in staat om hun management en de verzekeraar tevreden te stellen, maar ondertussen zo min mogelijk te veranderen aan bestaande praktijken:

"Ik vul het DBC's braaf in, en de secretaresses die helpen ons daarmee. En verder ga ik gewoon mijn eigen gang, 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, instelling D)

"Ik wil best op een manier registreren die meer geld oplevert, dat zal mij een zorg wezen, maar de inhoud verandert niet natuurlijk."
(respondent V, psychiater, instelling A)

De door de professionals aangebrachte tweedeling tussen praktijk en registratie kan worden opgevat als een defensieve reactie om de professionele autonomie, en daarmee de inhoud van het werk te beschermen. Professionals zijn niet bereid om hun praktijken aan te passen op een manier die ingaat tegen hun professionele logica, en passen deze praktijken dus alleen op papier aan. Doordat het DBC-systeem als een inhoudelijk oninteressant en reductionistisch systeem wordt gezien levert deze praktijk niet bovendien niet heel veel gewetenswroeging op.

Ten gevolge van het pragmatische gebruik van het DBC-systeem ontstaan echter vertekeningen in de registratie. Uit het onderzoek komen drie soorten vertekeningen naar voren; vertekening door slordigheid, vertekening door strategisch gedrag en vertekening door de bescherming van cliëntinformatie. In onderstaand citaat wordt het ontstaan van vertekening door slordigheid geïllustreerd. De slordigheid komt voort uit een focus op het inhoudelijke werk en de daarmee gepaard gaande desinteresse in DBC's. In reactie op een casusbeschrijving waarbij geen sprake is van een duidelijke psychiatrische stoornis beschrijft de respondent wat hij zou invullen in de DBC:

"Zomaar wat neerzetten...Daar ga ik mij echt niet druk over maken (..) Kijk ik ga in mijn behandelplan misschien wel van sommige dingen uit (..) maar met die DBC, nou ik vul zo wat in. Ik hecht er inhoudelijk helemaal geen waarde aan. Ja, en als die DBC dan bepaalde verplichtingen met zich meebrengt...kijk die verplichtingen maken mij niet zoveel uit..Het gaat om de echte inhoud zeg maar."
(respondent VI, klinisch psycholoog, instelling B)

Daarnaast ontstaan er vertekeningen in de DBC's door strategisch gedrag van professionals. Een illustratie van een strategische manier van registreren wordt hieronder gegeven:

"Het is lucratief is om eerst een as 1 diagnose te behandelen en dan vervolgens, eigenlijk op het moment dat de DBC zegt van: nu moet hij eigenlijk wel eens uitbehandeld zijn voor die as 1 stoornis. Dan zeg je, en 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 is. 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, instelling C)

Dit strategische gedrag kan niet worden toegeschreven aan de behoefte tot zelfverrijking. Het gaat hier namelijk om een professional in loondienst. De manier van registreren die de respondent toelicht stelt professionals wel in staat om langer te kunnen behandelen, zonder dat de concurrentiepositie hierdoor in het gevaar komt. Het is dus een manier om zowel de inhoud van het werk, als de instelling te beschermen. Tenslotte kunnen vertekeningen ontstaan wanneer professionals hun cliënten willen beschermen tegen eventuele negatieve effecten van een zware diagnose:

“Laten we wel wezen. Iemand zeggen: Jij hebt een persoonlijkheidsstoornis, dat is nogal wat. Dan staat hij er in en zal het systeem dat niet makkelijk kunnen wissen. Daar zou ik erg huiverig mee zijn. Maar je moet binnenkomen, dat is gewoon zo. Nou dan is niet de slechtste deur of achteringang om het als aanpassingsprobleem te benoemen. Dan weet ik om te gaan met het systeem in de zin van: waar heeft de cliënt het meeste belang bij en het minste last van?”

(respondent XI, sociaal-psihiatrische verpleegkundige, instelling C)

Op verschillende manieren ontstaan zo vertekeningen in de informatie die in het DBC-systeem binnenkomt. Alhoewel deze vertekeningen vaak ontstaan uit goede bedoelingen ontstaat zo ook een vicieuze cirkel: professionals vinden dat het DBC-systeem tekort schiet en gebruiken het op een pragmatische manier. Hierdoor verliest de informatie die wordt verkregen aan betekenis. Professionals weten dat de informatie in de DBC niet overeenkomt met de realiteit en hechten daardoor nog minder waarde aan het systeem. Zij maken het DBC-systeem op die manier dus ook minder waardevol dan het in potentie zou kunnen zijn. Dat de DBC's niet alleen naar de zorgverzekeraar gaan, maar dat er ook beleid en onderzoek op wordt gebaseerd is een gegeven waar niet veel professionals zich niet bewust van lijken te zijn. Mogelijk weten professionals dit niet, of beschermen zij zichzelf door dit gegeven buiten beschouwing te laten: Er zijn immers al zo veel verschillende belangen waar de professional rekening mee moet houden in beslissingen rondom de DBC's. Ook lijken professionals zich niet altijd bewust van hun eigen rol in het ontstaan van de tweedeling tussen de werkelijkheid en de administratie:

“Je zou een verbinding moeten zien te krijgen tussen wat je op papier doet met zo'n DBC en de inhoud. Nu zijn dat separate trajecten..”

(respondent X, psychotherapeut, instelling C)

Mogelijk is de tweedeling die professionals aanbrengen ook een vorm van rationalisering, waardoor de professional het idee kan aannemen dat de invloed van het systeem wel mee valt en zonder al te veel gewetenswroeging het werk kan blijven doen.

Processen van simplificatie

In de bovenstaande beschrijving van alleedaags verzet van professionals wordt duidelijk hoe professionals zich proberen te weren tegen het DBC-systeem. Anderzijds kan coping ook bestaan uit het simplificeren van het werk. Processen van simplificatie van het werk lijken onder professionals in beperkte mate voor te komen. De enige duidelijke vorm van simplificatie die wordt gevonden is het creëren van routines rondom de DBC's. Professionals stellen bijvoorbeeld een zo vaag mogelijke, lichte classificatie vast, die bij geval van twijfel over de aard van de problematiek altijd in het systeem kan worden ingevoerd. De meest geliefde classificatie is in deze context de 'aanpassingsstoornis'. Verder worden ook de classificatie met de uitgang NAO (niet anderzijds omschreven) vaak ingezet als (start) diagnose. In de meeste gevallen vindt routinering echter op organisatorisch niveau plaats of wordt er aangestuurd op routinering op het niveau van de professional.

Zoals routinering op het niveau van behandeling, wanneer de druk om korte DBC's te maken toeneemt:

“Eigenlijk is de visie echt wel zo kort mogelijk. Als het kan zou je bij wijze van spreken hier bij een intake zitten en je denken; nou...dit moet wel ADHD zijn..Je hoort het verhaal van de ouders, je ziet het kind heel druk..dat je meteen al zegt..we zetten meteen al die medicatie in als behandeling...als ouders dat ook willen...en dat je dus niet eerst heel lang gaat wachten op een heel lang onderzoek..”

(respondent VII, orthopedagoog-generalist, instelling B)

Processen van differentiatie in cliëntèle en rantsoenering blijken als individueel coping-mechanisme ook minder relevant te zijn in de context van professionals in GGZ instellingen; deze professionals krijgen een bepaald aantal cliënten toegewezen en kunnen hier zelf geen selectie in aanbrengen. Wel zijn er tekenen dat op organisatorisch niveau sprake is van differentiatie in cliëntèle, waarbij de commerciële instellingen er door de regionale instellingen van worden beschuldigd alleen de makkelijke cliënten aan te nemen en de complexe cliënten naar hun door te verwijzen. Ook rantsoenering is een proces dat zich sterker op organisatorisch niveau afspeelt. Hierbij wordt niet zozeer de toegang tot de instelling bemoeilijkt (er wordt immers per cliënt uitbetaald), maar wel de toegang tot diensten die niet kostenefficiënt zijn. Zo vertelt één van de respondenten dat de organisatie steeds meer aanstuurt op groepsbehandelingen:

“Het gaat steeds meer om geld. Mensen worden vaak in groepsverband behandeld omdat het kosteneffectiever is, ook als een individuele behandeling beter zou zijn. Ik trek me daar niet veel van aan, ik ben vervelend. Ik vraag altijd wel wat de cliënt wil of leg uit wat ik wil, omdat ik denk dat het beter is voor de cliënt. Ik luister niet naar managers. Als ik bijvoorbeeld denk dat iemand beter individueel kan behandeld worden dan in de groep. Dat kan ik er meestal wel doordrukken.”

(respondent IV, GZ-psycholoog, instelling A)

In bovenstaand citaat wordt ook geïllustreerd dat coping-mechanismen op organisatorisch niveau juist weer worden afgewezen door professionals. Wanneer zij bepaalde regelingen tegenstrijdig vinden aan het belang van de cliënt, proberen zij terug te vechten naar boven. Dit kan verklaard worden door een sterke professionele logica, maar ook door de kwetsbaarheid van de groep waarmee deze professionals werken; frustratie kan niet gemakkelijk 'naar beneden' worden afgereageerd:

“We krijgen altijd het gevoel dat we te weinig hebben gedaan terwijl we ons zes slagen in de rondte werken. Dus..ja, ik denk dan weleens...Ik begrijp, die zorgverzekeraars zetten de raad van bestuur onder druk, de raad van bestuur zet weer afdelingshoofden onder druk, die zetten weer teamleiders onder druk, en zij zetten ons weer onder druk. Wij kunnen cliënten niet onder druk zetten, en zeker geen mensen met persoonlijkheidsstoornissen, dan krijg je echt moeilijkheden. Dus wij gaan weer naar boven terugvechten.”

(respondent XIV, psycholoog, instelling D)

Het gedrag van professionals lijkt meer gericht op het beschermen van de belangen van de cliënt dan op het beschermen van zichzelf en het verlagen van hun werklust. Tekenen van rigiditeit in het toepassen van regels en het ontkennen van autonomie worden in dit onderzoek niet gevonden. Dit betekent wel dat er voor professionals een zeer stressvolle situatie kan ontstaan; zij worden vanuit verschillende richtingen onder druk worden gezet om te handelen op een manier die tegen de professionele logica ingaat. Alhoewel zij

zich, doormiddel van vormen van rationalisering en alledaags verzet, inspanssen om deze aantasting van hun professionaliteit het hoofd te bieden, wordt de strijd maar gedeeltelijk gewonnen. Dit creëert een stressvolle werksituatie:

“Wat het met mij persoonlijk doet is dat het een hoop ergernis oplevert en strijd met de managers. Daar lig ik 's nachts wel van wakker hoor... Dus het is echt stressvol werken op deze manier.”

(respondent XIV, psychotherapeut, instelling D)

Conclusie

In dit hoofdstuk is de visie van professionals op DBC's in context geplaatst. Gebleken is dat visie E - waarbij privacy en autonomie belangrijke thema's zijn - in verband kan worden gebracht met de psychodynamische benadering van geestelijke gezondheid en de werk setting van de vrijgevestigde professional. Binnen deze benadering worden professionele autonomie en geheimhouding gezien als absolute voorwaarden om het werk uit te kunnen oefenen. Professionals met deze 'traditionele professionele logica' wijzen de ideeën die ten grondslag liggen aan de DBC's sterk af en lijken zich bedreigd te voelen door het systeem. Visie F blijkt verbonden te zijn aan de gedragstherapeutische benadering in de setting van instellingen. In deze visie staat de toegenomen belasting van professionals centraal. Alhoewel de 'moderne professionele logica die deze professionals verwoorden dichter bij het politieke ideaal ligt, wordt het DBC-systeem tevens afgewezen. De DBC's worden door deze professionals in een kader van toenemende productie en registratiedruk geplaatst. Wat professionals met een verschillende achtergrond delen, is de kritiek op de reductionisme van het DBC-systeem, en de toenemende invloed van niet-inhoudelijk deskundigen. Deze bezwaren lijken voort te komen uit een gedeelde professionele logica waarin de uniciteit van mensen centraal staat. De professional wil daarop aan kunnen sluiten en hierin niet belemmert worden door niet-inhoudelijk deskundigen.

Ondanks hun negatieve attitude ten opzichte van het DBC-systeem moeten professionals er wel dagelijks mee werken. Er is gekeken hoe professionals in de dagelijkse praktijk omgaan met conflicten tussen verschillende logica's waar zij mee te maken krijgen. Professionals blijken conflict te ervaren met zowel bureaucratische- als marktgerelateerde waarden. De mate van conflict lijkt toe te nemen wanneer de autonomie van de professional wordt beperkt. De concessies die professionals moeten doen aan hun professionele logica worden veelal gerationaliseerd. Daarnaast proberen professionals de inhoud van hun werk zo veel mogelijk te beschermen. Zij brengen een tweedeling aan tussen de werkelijkheid en de DBC-registratie, en gebruiken het systeem pragmatisch. Zo kan op papier worden voldaan aan eisen van management en zorgverzekeraar, en kan de professional zo veel mogelijk de bestaande praktijken continueren. Het gaat hier om vormen van 'allegaars verzet': subtiele manieren van verzet die zich op het niveau van uitvoering afspelen. Dit kan gecontrasteerd worden met verzet op het niveau van invoering, zoals bij de professionals die weigeren met de DBC's te werken. Doordat professionals in instellingen zich verzetten op het niveau van uitvoering geven zij het DBC-systeem actief vorm. Doordat hun verzet zich afspeelt op het niveau van uitvoering, in plaats van invoering houden zij het systeem echter ook in stand.

Hoofdstuk 5 De gevolgen van de DBC's in de GGZ

Inleiding

Ondanks de pogingen van professionals om hun bestaande werkwijzen te continueren heeft het DBC-systeem weldegelijk gevolgen voor hun werk. Doordat het DBC-systeem stapsgewijs wordt ingevoerd vinden veranderingen sluipenderwijs plaats, waardoor de gevolgen niet altijd direct zichtbaar zijn:

“We weten vooral nog steeds niet zo erg wat we er mee moeten. Dus we hebben wel het idee van: het heeft consequenties voor ons werk, maar we weten eigenlijk niet precies welke.”

(respondent IX, GZ-psycholoog, instelling A)

In dit hoofdstuk zal ik een beeld proberen te schetsen van de gevolgen van de DBC's voor de geestelijke gezondheidszorg. Ik zal deze gevolgen in relatie brengen met de beleidsdoelen die aan de DBC's ten grondslag liggen. Waar in het vorige hoofdstuk de nadruk lag op gevolgen van de DBC's voor professionals, verschuift nu de aandacht naar de gevolgen voor de cliënt, en de toekomst van de GGZ. De gevolgen die worden beschreven zijn afgeleid uit de verhalen van professionals, en aangevuld met andere bronnen (zie bijlage 3). Het gaat niet om een uitputtende beschrijving, maar een weergave van een aantal gevolgen die in dit onderzoek het meest duidelijk naar voren komen. Bovendien voltrekken veranderingen zich geleidelijk. Bepaalde ontwikkelingen die nu worden veroorzaakt of versterkt door invoering van DBC's, zullen naar verwachting nog verder doorzetten. Daarbij moet worden benadrukt dat de grootste gevolgen worden verwacht wanneer meer marktwerking wordt ingevoerd⁹. Veel van de gevolgen van DBC's en marktwerking in de GGZ zullen dus in een later stadium in kaart moeten worden gebracht.

5.1 De cliënt wordt er niet beter van

“Het gevolg [van de beleidswijzigingen] is dat de sector van de geestelijke gezondheidszorg niet de basis vormt van de beleidsmaatregelen, maar de hulpbehoefte van de patiënt die een psychische stoornis heeft.”

(minister Hoogervorst, beleidsvisie GGZ, 31 mei 2006)

Het belangrijkste doel van het nieuwe zorgstelsel was het centraal stellen van de cliënt. Het DBC-systeem zou bijdragen aan het bevorderen van vraaggestuurde zorg. In deze volgende paragrafen zal ik evalueren in hoeverre de DBC's hier tot nu toe aan hebben bijgedragen.

De stoornis centraal

Een van de meest zichtbare veranderingen in de praktijk is de noodzaak om de cliënt in een vroeg stadium in termen van een DSM-IV classificatie te beschrijven. Zowel de versnelling van het diagnostische proces als de opgelegde DSM-terminologie leveren in de praktijk problemen op, en hebben gevolgen voor de cliënt:

“Wat ik het lastige vind van die DBC's is dat je geforceerd mensen in een vroeg stadium

⁹ Alhoewel veel zorgaanbieders alvast een goede concurrentiepositie proberen te verkrijgen staat de liberalisering van de sector nog in de kinderschoenen. Onlangs heeft minister Klink zelfs besloten om liberalisering van de GGZ nog langer uit te stellen. Hij legt daarmee het advies van de NZa, om een gedeelte van de DBC's in 2010 vrij te geven aan de markt, naast zich neer (www.dbconderhoud.nl).

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 voor een hoop psychische problemen duurt het soms wel maanden voordat je kan zeggen: nou nu weet ik zeker dat het autisme is, of nu weet ik zeker dat het een neurotisch probleem is. En er zijn ook een hele hoop problemen die je eigenlijk niet in een DBC kan krijgen. Een neurose, wat vroeger natuurlijk heel gebruikelijk was als diagnose, nou probeer daar maar een code aan te koppelen die in de DBC past. Dan kom je bij een angststoornis terecht, of bij een aanpassingsstoornis. Maar ja, dat doet allemaal niet helemaal recht aan wat er daadwerkelijk met die patiënt aan de hand is. En dat zie ik als een manco. Dat wordt je zo extern opgelegd. Kijk ik kan wel een behandelplan schrijven, 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, instelling A)

"Als je iemand drie kwartier ziet stel je een foutieve diagnose. Dit is te kort voor goed diagnostisch onderzoek. Het probleem is dat er na die diagnose vaak niet meer verder wordt gekeken. Het is dan niet duidelijk waarom iemand een bepaalde diagnose heeft gekregen (...) Het gevaar is dat er bijvoorbeeld een diagnose 'aanpassingsstoornis' wordt gesteld en dat dit later niet wordt bijgesteld. Dat er ook niet meer wordt doorgevraagd naar de problematiek. Er wordt niet meer kritisch gekeken naar de diagnose. Dit kan zowel over- als onderdiagnosticeren tot gevolg hebben.."

(respondent IV, GZ-psycholoog, instelling A)

Zorgvuldig onderzoek naar de aard van de problematiek van de cliënt wordt door het DBC-systeem dus bemoeilijkt. Hiermee neemt het risico op foutieve diagnoses toe. Wanneer een te snel gestelde, onnauwkeurige diagnose niet meer wordt bijgesteld, kan dat schadelijke gevolgen hebben voor de behandeling van de cliënt.

Hoe de belangen van de cliënt in deze situatie het beste kunnen worden gewaarborgd is niet eenduidig. Is het bijvoorbeeld in het belang van de cliënt om een zo zwaar mogelijke diagnose te stellen, waardoor meer geld beschikbaar komt voor behandeling? Of is het juist in het belang van de cliënt om een zo licht mogelijke diagnose te stellen, waardoor eventuele schadelijke gevolgen worden beperkt? De diagnose komt namelijk wel in een systeem te staan en kan een eigen leven gaan leiden. Uit dit onderzoek komt naar voren dat 40% van de professionals in instellingen geneigd is om, in geval van onduidelijkheid van de diagnose, in eerste instantie te kiezen voor een lichte classificatie zoals 'aanpassingsstoornis'¹⁰. Door 30% van de professionals werd bij twijfel gekozen voor een zwaardere classificatie¹¹. Wanneer de prijsverschillen tussen verschillende DBC's groter worden, kan verwacht worden dat er vaker gekozen zal worden voor een zwaardere classificatie. Nu al worden professionals hier door hun management toe aangemoedigd.

Welke keuze de professional ook maakt, de noodzaak van het registreren van een DSM-IV classificatie dwingt de professional om steeds meer in termen van stoornissen over de cliënt te denken. Het DBC-systeem draagt zo bij aan de institutionalisering van de DSM-IV waarbij de term classificatie steeds vaker verward wordt met diagnose. Waar het in diagnostiek gaat om het verklaren van problematiek, gaat het bij classificatie om het geven van een naam aan een cluster symptomen. Daarmee is de problematiek nog niet verklaard en in relatie gebracht met de unieke situatie van de cliënt. Niet de cliënt, maar de stoornis komt door het DBC-systeem centraal te staan.

¹⁰ Het ironische is dat aanpassingsstoornis de enige DSM-IV classificatie is waarbij levensomstandigheden expliciet als belangrijkste oorzaak voor de ontstane psychische en emotionele stress worden aangeduid. De populariteit van deze classificatie geeft op zich al een belangrijke tekortkoming van de DSM-IV aan.

¹¹ In geval van de casus 'volwassenen' werd dan gekozen voor PTSS of persoonlijkheidsstoornis NAO. Bij de kinder & jeugd variant werd gekozen voor ODD. De overige 30% kon geen keus maken of gaf aan vervolgonderzoek uit te willen voeren.

Tenslotte draagt de noodzaak van een psychiatrische classificatie voor de toegang tot zorg een bepaalde boodschap uit, namelijk: je hebt pas recht op geestelijke gezondheidszorg als je een stoornis hebt. Dit bevordert medicaliseringprocessen. Voor cliënten levert het krijgen van een DSM-IV classificatie namelijk, naast nadelen, ook voordelen op. Het DBC-systeem versterkt daarmee de ontwikkeling waarbij mensen pas erkenning krijgen voor hun probleem wanneer dat probleem een DSM-naam draagt.

Het protocol als keurslijf

Het DBC-systeem heeft niet alleen gevolgen voor diagnostiek, maar ook voor behandeling. Vraagsturing zou in het nieuwe zorgstelsel worden bewerkstelligd doordat zorgaanbieders gaan concurreren om de gunst van de cliënt. Zorgaanbieders blijken zich vooralsnog met name genooddaakt te voelen sneller en goedkoper (in plaats van beter) te gaan werken om een goede concurrentiepositie te verkrijgen. Alhoewel professionals de uniciteit van hun cliënten benadrukken en hier in hun behandeling bij aan proberen te sluiten, belemmert het huidige zorgstelsel hen in het leveren van maatwerk. Standaardisatie wordt steeds vaker ingezet als bezuinigingsmaatregel. Behandelen op een op het individu afgestemde manier is immers tijdrovend en duur. Een professional licht toe:

“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 worden gedaan. 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.”

(respondent IV, GZ-psycholoog, instelling A)

Dit keuzemogelijkheden van de cliënt worden dus juist ingeperkt, in plaats van vergroot. Het is onwaarschijnlijk dat een ‘one size fits all’ benadering die hierdoor ontstaat zal bijdragen aan het centraal stellen van de hulpbehoefte van de cliënt. Met name de complexe cliënt, die een langdurige, op het individu afgestemde behandeling vereist blijkt de dupe te worden van de trend om kortdurend en geprotocolleerd te werken:

“Kijk, wat er nu gebeurt in de gezondheidszorg is dat tegenwoordig steeds meer mensen naar commerciële instellingen gaan. En dat zijn de gemotiveerde mensen die met een snelle behandelingen van 5 á 6 keer klaar zijn. Dus wees vooral intelligent, wees gezellig gestoord, en de hulp gaat uitstekend...dat kun je ook mooi protocolleren...dat gaat fantastisch. Maar daarnaast is er een hele grote groep mensen...dat gaat niet in een snelle behandeling. Dat zijn de anderstaligen, de ongemotiveerden, de licht verstandelijk gehandicapten (...) Het punt is dat je een categorie mensen overhoudt die wel hulp nodig hebben maar er niet om kunnen vragen, en ook niet goed mee kunnen doen (...) Waar laat je die? (...) Uiteindelijk zal men die hier ook kwijt willen.”

(respondent XI, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, instelling C)

Dat afschuiving van complexe cliënten niet alleen gevreesd wordt, maar nu al zichtbaar is blijkt uit het volgende citaat:

“We kregen laatst van zo’n commerciële praktijk een klant doorverwezen, die had daar keurig zijn module burn-out gehad. Had daar dus keurig die module doorlopen, kreeg vervolgens het verwijt dat hij ook een depressie had, en ja dan werkt die module niet, dus: gaat u maar gewoon 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, instelling C)

In plaats van dat de behandeling aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt, moet de cliënt dus eigenlijk steeds meer binnen het protocol passen. Toch wordt de standaardisatie van zorg wel gepresenteerd als kwaliteitsverbetering. Zo adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit bijvoorbeeld om het gebruik van richtlijnen te betrekken bij de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zodat concurrentie op basis van kwaliteit kan ontstaan (Uitvoeringstoets Curatieve GGZ; Naar vrije prijzen in de GGZ, februari 2009). De toepassing van protocollen is door sommige zorgverzekeraars al als kwaliteitsindicator opgenomen. Hoewel een protocol richting kan geven aan behandeling is het desondanks geen garantie voor kwalitatief goede zorg en kan het zelfs averechts werken. Een professional beschrijft dit als volgt:

“Er is nu wel een hele professionalisering aan de gang, maar met de professionalisering zie je ook de protocollering en zie je ook weer professionaliteitsverlies. Want op basis van best wel zinnige inzichten wordt een protocol geschreven, die mensen dan gaan toepassen zonder verdere kennis van zaken. En dat zijn geen goede behandelingen.”

(respondent IX, GZ-psycholoog, instelling A)

Alhoewel standaardisatie bevorderd wordt in het nieuwe stelsel, komen er in dit onderzoek geen aanwijzingen naar voren dat zorgverzekeraars al daadwerkelijk harde eisen stellen aan te gebruiken behandelmethoden¹². Ook zorgverzekeraars lijken in te zien dat er voldoende ruimte moeten worden gelaten voor het oordeel van de professional:

“Wij hebben niet als eis dat Evidence Based behandelingen alleen mogen. De beroepsgroepen hebben samen met Trimbos de multidisciplinaire richtlijnen vastgesteld. Behandelaren zijn vrij om hiervan af te wijken. Wel vinden we dat behandelaren in staat moeten zijn om de cliënt uit te leggen waarom wordt afgeweken van de richtlijnen. Wij willen de komende jaren juist de effectiviteit van de gehele behandelspectrum laten benchmarken. Misschien komt daaruit naar voren dat bepaalde ‘niet-evidence based’ behandelingen betere resultaten behalen. Verder is het zo dat beter niet altijd korter betekent. Beter betekent dat de cliënt op langere termijn minder zorg nodig heeft.”

(respondent 20, zorginkoper curatieve GGZ)

Ondanks de ruimte die de professional op dit moment wordt gelaten in de behandeling, worden zij via een omweg wel beperkt in hun keuzevrijheid. Het is namelijk wel zo dat zorgaanbieders financieel worden afgerekend op de lengte van hun DBC's, waarbij langdurige behandeling relatief minder geld oplevert. Behandelingen die per definitie langdurig zijn, zoals de psychoanalyse of de behandeling van complexe patiënten komen hierdoor onder druk te staan. Op lange termijn kan het huidige beleid daardoor leiden tot een afname van diversiteit van het zorgaanbod.

¹² Hiermee sluit ik niet uit dat het niet gebeurt. In het onderzoek van Palm et al. (2008) wordt dit door sommige professionals wel gesuggereerd.

5.2 De illusie van transparantie

“Het DBC systeem biedt schijnbaarheid 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 7, GZ-psycholoog bij een instelling)

In hoeverre wordt het beleidsdoel van transparantie behaald? Uit de verhalen en gedragingen van professionals kan worden opgemaakt dat met het DBC-systeem eerder het omgekeerde wordt bereikt. Zoals eerder is beschreven vinden professionals dat het DBC-systeem geen recht doet aan de complexiteit van de praktijk. Het gevolg hiervan is dat professionals het systeem als inhoudelijk oninteressant zien, wat pragmatisch, onzorgvuldig, en strategisch gebruik tot gevolg heeft. Op verschillende manieren ontstaan zo vertekeningen in de DBC's. Alhoewel de manier waarom professionals DBC's registreren door sommigen als onrechtmatig zal worden benoemd, is gebleken dat hun gedrag veelal voortkomt uit pogingen om de inhoud van het werk, de cliënt, of de instelling te beschermen. In navolging van Grover wil ik dan ook benadrukken dat ongehoorzaamheid ethisch soms meer verantwoord is dan het strikt naleven van beleid: “Although misreporting may in some case be illegal, it most often is not clearly so. In fact, lying may in some situations be the ethical behaviour; for example, hostile organizations may stand in the way of professional, ethical behaviour, in which case lying may be a form of principled organizational dissent” (Grover 1993: 269).

De keerzijde van de vertekeningen die ontstaan door deze manier van registreren is echter dat de informatie die aan zorgverzekeraars en het DBC Informatie Systeem (DIS) wordt geleverd weinig informatief is. De toch al complexe, dan niet onmogelijke taak om ‘zorgproducten’ te vergelijken wordt hierdoor nog verder bemoeilijkt. Eerlijke vergelijking en concurrentie zal op basis van de foutieve gegevens niet van de grond kunnen komen. Maar ook de validiteit van het beleid en onderzoek dat op grond van de gegevens van het DIS wordt ontwikkeld komt in het geding.

Daarnaast kunnen vertekeningen in de data, ook de werkelijkheid gaan vormen en vereenvoudigen, zoals de volgende respondent toelicht:

“De systematiek is uiteraard al een versimpeling van de werkelijkheid. En omdat het dbc-deren veel tijd kost zoekt de werker vormen om het bureaucratische invulwerk te versimpelen. In de praktijk leidt dat er nu al toe dat instellingen hun behandelingen terugbrengen tot standaardschema's die aansluiten bij de dbc's zodat een druk op de knop genoeg is om in 1 klap een heleboel verrichtingen in te vullen. En zo gaat de papieren werkelijkheid de echte werkelijkheid vormen. Aangezien het automatiseringssysteem vervolgens deze versimpelde therapieën weer als de huidige standaard interpreteert, ontstaat vervolgens ook nog een vicieuze cirkel.”

(respondent 1, vrijgevestigd psychiater, verbonden aan ‘de vrije psych’)

Het probleem dat ten grondslag lijkt te liggen aan de ondoorzichtigheid van de DBC's, is de diversiteit aan doelen die de systematiek dient. Het idee dat een financieringssysteem tegelijkertijd de transparantie, kwaliteit en efficiëntie van zorg kan bevorderen blijkt een foutieve aanname. Als financieringssysteem lokt het DBC-systeem namelijk strategisch gedrag uit. Professionals worden gestimuleerd de DBC's op een lucratieve manier in te vullen. Daarnaast is er zo weinig ruimte om inhoudelijk relevante zaken te registreren in de DBC dat professionals weinig interesse tonen in het systeem, en dus minder gemotiveerd zijn tijd en moeite in het systeem te investeren. Een op kwaliteit gericht systeem zou meer ruimte moeten bieden aan informatie die voor professionals zelf interessant is, zoals

een beschrijvende diagnose en verantwoording van klinische beslissingen. Zo'n systeem zou dan door en voor professionals ontwikkeld moeten worden, en niet tegelijkertijd de functie kunnen hebben van financieringssysteem. Een financieringssysteem daarentegen, zou professionals niet moeten belasten en zou hun klinische beslissingen niet mogen beïnvloeden.

5.3 Kwantiteit ten koste van kwaliteit

“De DBC meet niet het behandelproces, dat is immers wat een behandeling uiteindelijk teweeg brengt bij een cliënt. Het meet alleen - en niet goed - welke mensen en middelen ergens voor worden ingezet. Het woordje kwaliteit wordt op meerdere manieren uitgelegd maar krijgt het meeste de betekenis van economische efficiëntie.”

(respondent 6, GZ-psycholoog bij een instelling)

Het DBC-systeem zou zowel de kwaliteit als efficiëntie van zorg moeten bevorderen. Op dit moment is niet duidelijk hoe de DBC's bij zouden dragen aan kwaliteitsverhoging. Zoals eerder is geconcludeerd levert het systeem in de praktijk geen inhoudelijk interessante informatie op, maar slechts vertekenende informatie over de kosten van verschillende verrichtingen. Daarnaast komt concurrentie op basis van kwaliteit onvoldoende van de grond, concluderen de verschillende betrokken partijen bij het nieuwe zorgstelsel zelf op de lustrumconferentie '5 jaar DBC's' (juli 2009). Dit lijkt niet puur te wijten aan de rol van de 'op winst beluste' zorgverzekeraar, maar ook aan het ontbreken van informatie over kwaliteit. Hierdoor is de prijs van zorg vooralsnog het meest bepalend bij het contracteren van zorgaanbieders:

“Bij de zorgverzekeraar ligt in het nieuwe stelsel een grote verantwoordelijkheid, omdat zij de zorginkoop sturen. Maar waar kopen zij op in? De verzekeraars hebben nu nog onvoldoende zicht op de kwaliteit van de zorg om daar gericht op in te kopen. Het verzamelen van data over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is daarom van groot belang. En we moeten ervoor waken daarbij als verzekeraars appels met peren te gaan vergelijken. Het is de kunst de duur van een behandeling aan de kwaliteit te koppelen.”

(manager van een zorgverzekeraar in: In gesprek met het veld 'Tempo houden- maar wél met verstand', kamerstuk, 27 mei 2008)

Ondanks de inspanningen die worden geleverd om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen, is er nog geen sprake van voldoende vergelijkbare maten. Los van het vraagstuk of 'kwaliteit' echt in cijfers kan worden gevangen, is het stelsel dus ingericht op een hypothetische situatie. Dit heeft tot gevolg dat er nu eigenlijk alleen concurrentie ontstaat op basis van de prijs. De productiedruk loopt hierdoor nog verder op en leidt tot verschraving van de zorg. Voor reflectie, innovatie en kwaliteitsverbetering blijft geen tijd meer over:

“Ik heb allerlei ideeën om die 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?'. We zijn sinds kort bijvoorbeeld allemaal getraind in de schemagerichte therapie, met de bedoeling dat we één van de behandelprogramma's om gaan bouwen naar een schemagericht programma. Maar die ombouw lukt helemaal niet, want we zitten allemaal tot onze oren in het werk (...) En dan ga je dus maar starten met iets waarvan je denkt..het zit nog helemaal

niet goed, maar we gaan het maar gewoon doen. Dan maar gewoon met vallen en opstaan. En dat klinkt dan wel sympathiek, maar dit soort dingen zijn ook weleens heel erg misgegaan. Er is ook een programma waar we een jaar geleden plotseling mee zijn gestopt, omdat cliënten er slechter van werden in plaats van beter. En dat is echt omdat het een programma is dat twee jaar daarvoor is gestart, gewoon zonder goede voorbereiding (...)Dat vind ik gewoon onverantwoord!"

(respondent IX, GZ-psycholoog, instelling A)

"Ik vind het best goed dat er ook iets kwantitatief afgerekend wordt, in de zin dat je ... de tijd dat het helemaal ondoorzichtig is hoelang je met iemand bezig bent is wel voorbij denk ik. Dat past niet meer binnen deze tijd. Ik vind wel dat het een heel..ik vind 6, 7 mensen per dag echt teveel. Dat gaat echt ten koste van de kwaliteit (.). Ik heb ook met persoonlijkheidsproblematiek gewerkt. Daar heb je misschien wat meer tijd voor nodig, maar je hebt ook gewoon moeilijkere mensen in je kamer. Waarbij je ook gewoon 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 interviews, waar ik meestal wel naar toe ga, behalve als je weer een patiënt niet kwijt kan en dan toch maar aanneemt...Maar dat zijn echt de enige momenten dat ik nog reflecteer over mijn werk."

(respondent XV, GZ-psycholoog, instelling C)

Bovenstaande professionals beschrijven een zeer zorgelijke situatie waarin geen ruimte meer is om kritisch te reflecteren op het werk. Niemand is bij de deze situatie gebaat. De cliënt krijgt niet de zorg waar hij recht op heeft, professionals raken gefrustreerd doordat zij hun werk niet op een bevredigende manier kunnen uitvoeren, en ook de zorgverzekeraar is uiteindelijk niet goedkoper uit: wie geen kwalitatief goede zorg krijgt heeft immers een grotere kans op terugval.

De focus op kwantiteit zorgt ervoor dat financiële belangen een steeds grotere rol gaan spelen in de beslissingen op bestuurlijk niveau. Dit heeft zijn weerslag op het niveau van de werkvloer, waar deze belangen tevens in toenemende mate een rol gaan spelen:

"Als ik een mailtje binnenkrijg van een cliënt denk ik, nou mooi, dan moet ik die even terugmailen en dan kan ik het daarna wegschrijven. En als ik iemand aan de telefoon heb dan vraag ik tegenwoordig ook nog even hoe het gaat. Want als ik vraag hoe het gaat dan kan ik daar een korte aantekening van maken in het dossier, dan heb ik weer meer productie gehaald."

(respondent XV, GZ-psycholoog, instelling C)

Deze tendens, waarbij professionals zich steeds meer gedwongen zien om te handelen op basis van economische overwegingen, is onwenselijk in een sector waar de belangen van de cliënt altijd het zwaarst zouden moeten wegen. Wanneer professionals steeds vaker dingen gaan doen omdat het lucratief is - in plaats van nodig - zullen de kosten van de zorg bovendien alleen maar verder oplopen.

Conclusie

Uit bovenstaande is gebleken dat het DBC-systeem in de praktijk vooralsnog niet bijdraagt aan het behalen van de beleidsdoelen die eraan ten grondslag liggen. Ten eerste lijkt het DBC-systeem niet bij te dragen aan het centraal stellen van de cliënt. De DSM-IV classificatie als uitgangspunt van bekostiging draagt bij aan het centraal stellen van de stoornis, in plaats van de cliënt en diens unieke situatie. Snelle, onzorgvuldige diagnostiek wordt door het DBC-systeem bevordert. Door een DSM-classificatie als voorwaarde

voor hulp te definiëren wordt medicalisering bovendien in de hand gewerkt: het wordt voor zowel professionals als cliënten 'aantrekkelijker' om problematiek in termen van stoornissen te beschrijven.

Daarnaast proberen GGZ instellingen door het huidige beleid een goede concurrentiepositie te verkrijgen door korte en goedkope DBC's te creëren. Langdurige behandeling en zorg voor complexe patiënten komt hierdoor onder druk te staan. Behandelingen worden steeds vaker gestandaardiseerd, waardoor er minder ruimte is om aan te sluiten bij de hulpbehoefte van de cliënt.

Wat betreft het streven naar transparantie blijkt dat de informatie die op basis van de DBC's wordt verkregen, geen recht doet aan de werkelijkheid. Enerzijds omdat het systeem weinig ruimte geeft om de unieke situatie van de cliënt te typeren. Anderzijds omdat professionals door hun creatieve gebruik van het systeem, de werkelijkheid nog verder vertekenen. De informatie die gebruikt wordt als basis voor concurrentie en beleidsontwikkelingen is hierdoor transparant noch valide.

Tenslotte is gebleken dat kwantiteit vooralsnog ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Concurrentie op basis van kwaliteit komt niet van de grond, waardoor de prijs van zorg doorslaggevend wordt. Dit dwingt instellingen om de productiedruk nog verder op te voeren. Professionals kunnen hierdoor niet meer garant staan voor het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg.

Conclusie

In dit onderzoek is gekeken naar de gevolgen van het gebruik van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in de geestelijke gezondheidszorg. Ten eerste is onderzocht wat de DBC's voor professionals betekenen en hoe zij met het systeem omgaan. Om de ervaringen van professionals beter te kunnen begrijpen heb ik gebruik gemaakt van de theorie van Lipsky over 'Street level bureaucracy' (1980), waarin het spanningsveld tussen beleid en praktijk centraal staat. Ten tweede is gekeken naar de gevolgen van de DBC's voor de inhoudelijke psychische zorg.

Om een antwoord te vinden op de eerste hoofdvraag zijn eerst de twee belangrijkste discourses op macroniveau gedefinieerd: het beleidsdiscours en het kritisch publieke discours. Ik heb vastgesteld hoe verschillende partijen zich tot deze discourses verhouden. Gebleken is dat mensen zich op veel verschillende manieren tot deze discourses kunnen verhouden, waarbij delen van discourses worden overgenomen, verworpen of genegeerd. Het blijkt dat beleidsmakers en zorginkopers met name enthousiast zijn over het nieuwe zorgstelsel. Bestuurders, managers en medewerkers van beroepsverenigingen laten een grote verdeeldheid in standpunten zien. Waar sommigen van hen meer sympathiseren met het beleidsdiscours, sluiten anderen zich aan bij bezwaren van professionals. Deze verdeeldheid wordt zowel binnen groepen als binnen één en dezelfde persoon aangetroffen. Uivoerende professionals in de GGZ blijken kritisch tegenover de beleidswijzigingen te staan. Zij verhouden zich echter op verschillende manieren tot het kritische publieke discours.

De verschillende visies van professionals krijgen betekenis in de context van hun ideeën op geestelijke gezondheidszorg en de setting waarin zij werkzaam zijn. Gebleken is dat vrijgevestigde, psychodynamisch georiënteerde professionals met name principiële bezwaren hebben tegen de DBC's. De DBC's betekenen voor hen een bedreiging van hun 'traditionele' professionele logica, waarin geheimhouding en volledige autonomie centraal staan. Gedragstherapeutisch georiënteerde professionals in instellingen benadrukken juist de uitwerking van de DBC's in de praktijk. De 'moderne' professionele logica die deze professionals vertegenwoordigen is meer naar de marktlogica toegegroeid. Alhoewel deze professionals zich gedeeltelijk in de uitgangspunten en doelen van het beleid kunnen vinden, keuren zij de manier waarop het beleid is vormgegeven af. Voor deze professionals betekenen de DBC's met name een extra bureaucratische last in een context van een toenemende nadruk op productie en procedures. Naast verschillen komen er ook overeenkomsten in de visies van professionals naar voren. In hun gemeenschappelijke professionele logica staat de uniciteit van de cliënt centraal: elke cliënt is anders, en vereist een op het individu toegespitste behandeling. Het idee van standaard diagnose-behandeling combinaties staat professionals dan ook tegen. Zij zien dit als een sterke simplificatie van de werkelijkheid. Daarnaast verdedigen zij hun professionaliteit door de toenemende invloed van niet-inhoudelijk deskundigen te verwerpen.

De manier waarop professionals zich positioneren ten opzichte van de DBC's blijkt consequenties te hebben voor de manier waarop zij omgaan met het systeem. De geïnterviewde professionals met principiële bezwaren plegen verzet op het niveau van invoering van het systeem: zij weigeren ermee te werken en ondernemen actie om het systeem ongedaan te maken. De reactie van professionals die met name de uitwerking van het beleid bekritisieren kenmerkt zich door een meer verdedigde, subtiele manier van verzet. Voorbeelden hiervan zijn het manipuleren van rapportage en het creatief omgaan met regels. Het systeem wordt op pragmatische wijze gebruikt, waarbij belangen van de cliënt, en die van de instelling doorslaggevend zijn dan politieke belangen. Het gedrag van deze professionals lijkt erop gericht om de invloed van het systeem zo veel mogelijk te beperken, en bestaande praktijken zoveel mogelijk te continueren. Doordat hun verzet

zich op het niveau van uitvoering afspeelt hebben zij de invoering van het systeem echter wel mogelijk gemaakt, en blijven ze het systeem ook in stand houden. Dit levert voor zowel beleidsmakers als professionals een lastige situatie op. Beleidsmakers krijgen te maken met 'eigenwijze' professionals die het beleid naar eigen inzicht vormgeven. Professionals moeten op hun beurt om zien te gaan met tegenstrijdige waarden. Zij moeten afwegingen maken tussen professionele, bureaucratische en marktgerelateerde doelen. Wanneer zij niet meer automatisch de eigen professionele ethiek kunnen volgen levert dit een stressvolle werksituatie op. Sommige professionals zien zich dan ook genoodzaakt concessies te doen aan het werk, die gerechtvaardigd worden doormiddel van rationalisering. Ook worden tekenen van internalisering waargenomen, waarbij professionals zich de waarden die in het beleid worden belichaamd steeds meer eigen gaan maken.

Naast gevolgen van de DBC's voor professionals, is gekeken wat er is veranderd aan de zorg die professionals leveren. In antwoord op de tweede hoofdvraag zijn deze gevolgen in kaart gebracht en in verband gebracht met de beleidsdoelen. De gevolgen van DBC's in de GGZ worden langzaam zichtbaar en behelzen in sommige gevallen een versterking van processen die al langer gaande waren. De grootste verandering die in dit onderzoek naar voren komt is het dwingende gebruik van de DSM-IV en de noodzaak om in een vroeg stadium een stoornis vast te stellen. Dit werkt medicalisering in de hand. Daarnaast wordt de productiedruk nog verder opgevoerd om te kunnen voldoen aan eisen van zorgverzekeraars en een goede concurrentiepositie te verkrijgen. Doordat concurrentie om basis van kwaliteit vooralsnog niet van de grond komt, wordt snel en goedkoop werken gestimuleerd. Dit krijgt in veel gevallen de vorm van gestandaardiseerde behandelingen, waarbij weinig ruimte is in te spelen op de individuele hulpbehoefte van de cliënt. Behandelingen die per definitie langdurig en intensief zijn vanwege de complexe cliëntengroep, of de specifieke benadering van psychische problematiek worden in deze context bovendien onaantrekkelijk. Door verschillende vertekeningen die in het DBC-systeem ontstaan wordt bovendien geen inzicht verkregen in zorgprocessen en wordt er op basis van foutieve informatie geconcurrerd. Dit alles draagt niet bij aan het bevorderen van in het beleid geformuleerde doelen van vraagsturing, transparantie en kwaliteit.

Met het huidige onderzoek heb ik inzicht proberen te verschaffen in de- tot nu toe onderbelichte- worstelingen van professionals met beleidswijzigingen. Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van de theorie van Lipsky. De grote lijn van zijn theorie komt in dit onderzoek sterk naar voren: professionals geven in hun dagelijkse worstelingen met tegenstrijdige belangen, het beleid vorm. Dit doen zij op een manier die enerzijds de continuering van een professionele werkwijze mogelijk maakt en zorgt voor de bescherming van kwaliteit. Anderzijds worden bepaalde beleidsdoelen, zoals het streven naar transparantie, tegengewerkt. De manier waarop professionals omgaan met het beleid kenmerkt zich door pragmatisch, creatief gebruik. Processen van simplificatie die Lipsky in zijn theorie benadrukt komen in dit onderzoek minder sterk naar voren. Dit zou te maken kunnen hebben met de gekozen methode: professionals zijn mogelijk niet geneigd om hun eigen tekortkomingen te belichten. Processen van simplificatie kunnen bovendien zodanig geautomatiseerd zijn, dat zij vanzelfsprekend zijn geworden en niet worden benoemd. Toch is er ook een inhoudelijke verklaring voor deze bevinding. Simplificatie gaat namelijk in tegen de professionele logica, waarin juist de erkenning van complexiteit en uniciteit van psychische problematiek centraal staat. Simplificatie is juist waar professionals zich tegen verzetten in het debat rondom de DBC's. Hierin ligt dus mogelijk een tekortkoming van de theorie van Lipsky. De professionele ethiek van professionals in de GGZ lijkt sterker te zijn dan op basis van zijn theorie verwacht wordt. Wanneer beleid dwingend wordt zien professionals zich echter wel genoodzaakt om concessies te doen aan hun werk en naar manieren te zoeken om ideeën over hun werk - zoals ze dat idealiter zouden uitvoeren - in overeenstemming te brengen met de werkelijkheid. In dit onderzoek komen aanwijzingen

naar voren dat internalisering hier een belangrijke rol in zou kunnen spelen. Deze rol wordt door Lipsky onderbelicht.

Verder valt een kanttekening te maken bij de theorieën over professionalisme van Freidson en Tonkens. In deze theorieën wordt gewezen op het conflict tussen verschillende logica's: die van de professional, de bureaucratie en de markt. Dit conflict wordt in dit onderzoek bevestigd. Er komt echter ook naar voren dat deze logica's niet statisch zijn, maar dynamisch. Zo is gebleken dat er binnen de professionele logica een gemene deler bestaat, namelijk de nadruk op de uniciteit van de cliënt. Daarnaast blijkt er echter ook sprake te zijn van een sterke differentiatie in ideeën over geestelijke gezondheidszorg. Ook blijkt er sprake te zijn van vermenging van logica's, zoals bij de 'moderne professionele logica' waarin delen van de marktlogica zijn te herkennen.

Op basis van dit onderzoek stel ik dat de visies van uitvoerende professionals de schakels vormen tussen beleid zoals dat bedoeld is, en het beleid zoals dat er in de praktijk uitziet. Deze visies zijn veranderlijk, en worden gevormd onder invloed van de meest prominente discoursen; in dit geval het beleidsdiscours en het kritisch publieke discours. Delen van deze discoursen worden onderschreven of geïnternaliseerd en sturen zo de denk- en handelwijzen van professionals. Om recht te doen aan de dynamiek van dit proces dienen discoursen, denkwijzen en handelwijzen in samenhang te worden bestudeerd. Processen van internalisering zouden bestudeerd kunnen worden in een longitudinaal onderzoek, waarbij de veranderlijkheid van ideeën in kaart kan worden gebracht. Het bestuderen van discoursen met behulp van de Q-methodologie kan hierbij behulpzaam zijn. Verder zou gebruik kunnen worden gemaakt van een theorie waarbij internalisering een prominentere rol speelt, zoals de Foucault's theorie over disciplineren.

Maar belangrijker nog dan de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek, is misschien wel de maatschappelijke relevantie ervan. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat professionals binnen het huidige zorgstelsel belemmerd worden om op basis van hun deskundigheid en professionele ethiek te handelen. Aan hun bezorgdheid over deze situatie wordt door de bedenkers van het beleid geen gehoor gegeven. Alhoewel in beleidsdocumenten keer op keer wordt benadrukt dat de DBC's in nauwe samenwerking met 'het veld' tot stand zijn gekomen, zijn de visies van de professionals uit dit onderzoek geenszins vertegenwoordigd. Hierin komt het democratisch tekort van het beleid naar voren. De consequentie van deze tekortkoming is dat professionals zich – openlijk dan wel stilzwijgend – blijven verzetten tegen het beleid. Om beleidswijzigingen in de GGZ te doen slagen is nauwere samenwerking tussen uitvoerders en bedenkers van beleid noodzakelijk. Verder blijkt dat de overheid haar verantwoordelijkheid voor de bescherming van publieke belangen verwaarloost. Nog vóór dat de DBC's zijn vrijgegeven aan de markt worden al zorgelijke ontwikkelingen waargenomen. Niet kwaliteit, maar kwantiteit komt op de voorgrond te staan. De cliënt, die nu juist centraal zou komen te staan, wordt hier de dupe van. Om het publieke belang van kwaliteit van zorg te waarborgen dient de overheid haar verantwoordelijkheid te nemen – en in te grijpen.

Literatuurlijst

- Barnett, J. R., Barnett, P., & Kearns, R. A.
1998 Declining professional dominance?: Trends in the proletarianisation of primary care in new Zealand. *Social Science & Medicine* 46(2):193-207.
- Bergen, A., & While, A.
2005 'Implementation deficit' and 'street -level bureaucracy': policy, practice and change in the development of community nursing issues. *Health and Social Care in the Community* 13 (1):1-10.
- Berry, L. M.
1998 *Psychology at work: An introduction to Industrial and Organizational Psychology*. 2nd ed. McGraw-Hill, San Francisco.
- Bröer, C.
2006 *Beleid vormt Overlast: Hoe Beleidsdiscoursen de beleving van geluid bepalen*. Amsterdam: Aksant
- Brown, S. R.
1996 Q Methodology and qualitative research. *Qualitative Health Research* 6(4):561-567.
- Bury, M.
2005 *Health and Illness*. Polity Press, Cambridge.
- Checkland, K.
2004 National Service Frameworks and UK general practioners: street-level bureaucrats at work? *Sociology of Health & Illness* 26(7):951-975.
- Coburn, D., Rappolt, S., & Bourgealt, I.
1997 Decline s. retention of medical power through restratification: an example of the Ontario case. *Sociology of Health & Illness* 19(1):1-22.
- Cohen, J., Marececk, J., and Gillham, J.
2006 Is three a crowd? Clients, Clinicians, and managed care. *American Journal of Orthopsychiatry* 76:251-259.
- Cross, R. M.
2005 Exploring attitudes: the case for Q methodology. *Health Education Research: Theory & Practice* 20:206-213.
- Cushman, P., and Gilford, P.
2000 Will managed care change or way of being? *American Psychologist* 55:985-996.
- Dehue, T.
2008 *De depressie-epidemie*. Augustus, Amsterdam.
- Donner, J. C.
2001 Using Q-sorts in participatory processes: An introduction to the methodology. In *Social Analyses: selected Tools and Techniques*, pp. 24-59. The World Bank, Social

Development Department, Washington DC.

Doolin, B.

2004 Power and resistance in the implementation of a medical management information system. *Info systems Journal* 14:343-362.

Evans, T., & Harris, J.

2004 Street-Level Bureaucracy, Social work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work* 34:871-895.

Fahrenfort, M.

2005 Medicalisering. In *Medische Sociologie*, edited by C. W. Aakster, & Groothoff, J. W. Wolters-Noordhoff, Groningen.

Freidson, E.

2001 *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. The University of Chicago Press.

Gabe, J., Bury, M., and Elston, M. A.

2004 *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage Publications Ltd, London.

Grover, S. L.

1993 Why Professionals Lie: The Impact of Professional Role Conflict on Reporting Accuracy. *Organizational behaviour and Human Decision Processes* 55:251-272.

Hardon, A. P., et al.

2001 *Applied Health Manual: Anthropology of Health and Health Care*. Het Spinhuis Publishers, Amsterdam.

Harrison, S., and Ahmad, W.I.U.

2000 Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025. *Sociology* 43:129-146.

Horwitz, A. V.

2002 *Creating mental illness*. The University of Chicago Press, Chicago.

Hsieh, H., & Shannon, S. E.

2005 Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9):1277-1288.

Hutschemaekers, G., & Tiemens, B.

2006 Evidence-Based Policy: from answer to question. In *Policy, people and the new professional: De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*, edited by Duyvendak, J. W., Knijn, T., & Kremer, M. Amsterdam University Press, Amsterdam.

Knijn, T., & Selten, P.

2006 The rise of contractualisation in public services. In *Policy, people and the new professional: De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare.*, edited by Duyvendak, J. W., Knijn, T., & Kremer, M. Amsterdam University Press, Amsterdam.

- Kroesen, M., & Bröer, C.
2009 Policy discourse, people's internal frames and declared aircraft noise annoyance: an application of Q methodology. *The Journal of the Acoustical Society of America* 126(1):195-207.
- 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*. Russel Sage Foundation, New-York.
- Luhrmann, T. M.
2001 *Of two minds: An anthropologist looks at American psychiatry*. Vintage books, A division of random house, inc. , New York.
- Maarse, J. A. M.
1998 Gezondheidszorg. In *Politieke problemen*, edited by J. C. P. M. Vis, & Schuur, H. Instituut voor Publiek en Politiek, Amsterdam.
- Macionis, J. J., and Plummer, K.
2005 *Sociology: A global Introduction*. Pearson Education Limited, Harlow.
- Maddux, J. E.
2008 Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology: An international review* 57:54-70.
- McKeown, B., & Thomas, D.
1988 *Q Methodology*. Sage Publications.
- McKinlay, J. B., & Arches, J.
1985 Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services* 15 (2):161-195.
- Murphy, M. J., DeBernardo, C. R., and Shoemaker, W. E.
1998 Impact of managed care on independent practice and professional ethics: A survey of independent practioners. *Professional Psychology: Research and Practice* 29(1):43-51.
- Nys, T. R. V., & Nys, M. G.
2006 Psychiatry under pressure: Reflections on psychiatry's drift towards a reductionist biomedical conception of mental illness. *Medicine, Health Care and Philosophy* 9:107-115.
- Palm, I., Leffers, F., e.a.
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., and Segrist, D. J.
2006 The influence of payment method on psychologist' diagnostic decisions regarding minimally impaired clients. *Ethics & Behaviour* 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., & Espenland, W. N.
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.
- Spasser, M. A.
1998 Psychiatrists make diagnoses, but not in circumstances of their own choosing: Agency and structure in the DSM. *Library Trends* 47(2):313-338.
- Summers, A. P., & Semrud-Clikeman, M.
2000 Implementation of the IDEA by School Psychologist: An exploratory Study Using the Theory of Street Level Bureaucracy. *School Psychology Quartely* 15 (3):255-278.
- Tonkens, E.
2008 *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. vierde, herziene ed. Van Gennep, Amsterdam.
- Van Exel, J., & de Graaf, G.
2005 Q methodology: A sneak preview [available from www.jobvanexel.nl].
- Vogd, W.
2006 Tensions in medical work between patients' interest and administrative and organisational constraints. In *Policy, people and the new professional: De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*, edited by Duyvendak, J. W., Knijn, T., & Kremer, M. Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Ware, N. C., Kirchner, W. S., and Good, B.J.
2000 Clinician experiences of managed mental health care: a rereading of the threat. *Medical Anthropology Quartely* 14:3-27.

Bijlage 1. Informatie DBC's

Structuur van de DBC

Diagnose Behandeling Combinatie

Typering zorgvraag = Zorgprofiel = Kosten

-Zorgtype * -Diagnose** (DSM)	=	-Diagnostiek -Behandeling -Begeleiding	=	-Uren -Verrichtingen
-------------------------------------	---	--	---	-------------------------

**bijvoorbeeld crisisopname, reguliere zorg, eenmalig consult*

*** bijvoorbeeld ADHD*

Eindmodel prestatiebekostiging tweedelijns GGZ

Naar analogie met de somatische zorg kent het eindmodel drie segmenten:

- AO- segment: Niet individueel toe te rekenen zorg (bijvoorbeeld crisisopvang). Hier gelden geen DBC's.
- A- segment: Bekostiging op basis van DBC's. Hier worden vanuit overheidswege tarieven vastgesteld. Vrije prijzen zijn hier niet verantwoord vanuit het oogpunt van de bescherming van publieke belangen.
- B- segment: Bekostiging op basis van DBC's. Hier gelden vrije prijzen*.

**DBC's moeten stabiel zijn om hiervoor in aanmerking te komen. Daarnaast wordt getoetst of er voldoende draagvlak is voor vrije prijzen, of het technisch uitvoerbaar is en of de markt voldoende potentie heeft. Er wordt gestreefd naar een zo'n groot mogelijk B- segment. De invoering van het B-segment is onlangs uitgesteld door de minister.*

Bijlage 2. Topiclijst Interview

Introductie:

- korte toelichting onderzoek
- anonimiteit/vertrouwelijkheid gegevens
- opbouw interview
- toestemming opname
- vragen?

Feitelijke gegevens

- geslacht: man/vrouw
- professie: psychiater/psychotherapeut/psycholoog/ anders:.....
- cliëntpopulatie: kinderen/jeugd/volwassenen.....
- aantal jaren werkzaam in GGZ.....
- aantal jaren werkzaam bij deze instelling/praktijk

Werken in de GGZ

- Kunt u uw persoonlijk visie op psychische problematiek beschrijven?
- Hoe zou u uw behandelmethode omschrijven?
- Wat zijn uw ideeën over uw rol als hulpverlener in de GGZ?
- Wat zijn uw belangrijkste doelen als hulpverlener?
- Zou u iets kunnen vertellen over uw werkomgeving?
- Kunt u iets vertellen over ontwikkelingen in de GGZ die u tijdens uw loopbaan hebt waargenomen?
- Hoe ziet u de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg?

DBC's:

- Kunt u iets vertellen over uw ervaringen met het DBC systeem?
- In hoeverre is uw werk veranderd door de invoering van DBC's?
- Zou u, aan de hand van een concreet voorbeeld, kunnen beschrijven wat voor invloed het DBC-systeem op uw werk heeft?
- Bent u problemen tegen gekomen bij het werken met DBC's? Zo ja, welke en hoe bent u hier mee om gegaan?
- Stel dat u één verandering aan zou mogen brengen aan de DBC systematiek, wat zou u dan veranderen?

Casuïstiek

Casus 1 (dilemma: vergoeding)

Variant kinderen & jeugd: Meisje A. van 9 jaar wordt aangemeld door haar ouders die zich zorgen maken over haar grensoverschrijdende gedrag. Uit uitgebreid persoonlijkheidsonderzoek komt naar voren dat er naast grensoverschrijdend gedrag ook sprake is van stemmingsproblemen. Er wordt geconstateerd dat A. enkele kenmerken van depressie vertoont. Ook laat A. kenmerken van een oppositionele gedragsstoornis (ODD) zien. Het vermoeden bestaat dat de problemen voortkomen uit een negatieve interactie tussen ouders en kind. De resultaten van het onderzoek zijn te weinig eenduidig om een DSM-IV diagnose te kunnen stellen. Duidelijk is wel dat hulp nodig is om te zorgen dat de problematiek niet verergert. Uit het onderzoek komen verschillende aanknopingspunten naar voren om A. en haar ouders gericht te begeleiden. Voor het openen van de DBC is echter een diagnose nodig. Hoe kan dit dilemma worden opgelost? Hoe zou u dit dilemma zelf oplossen?

Variant volwassenen: Een vrouw M. meldt zich aan met assertiviteitsproblemen en gevoelens van minderwaardigheid. Ook ervaart zij problemen in het aangaan van lichamelijk contact met haar partner. Zij wil graag meer assertief worden en makkelijker lichamelijk contact leren maken. In de intake komt naar voren dat M's broer in het verleden seksueel grensoverschrijdend naar haar is geweest. Uit het psychologisch onderzoek komen kenmerken van een Post Traumatische Stresstoornis (PTSS) naar voren. De mate waarin M. last heeft van de gebeurtenissen uit het verleden lijkt onvoldoende om een DSM-IV diagnose te kunnen stellen. De vrouw wil snel geholpen worden omdat zij op verschillende vlakken vastloopt. Haar hulpvraag is duidelijk en u denkt dat er voldoende aanknopingspunten zijn om behandeling te starten. Voor het openen van de DBC is echter een diagnose nodig. Hoe kan dit dilemma worden opgelost? Hoe zou u dit dilemma zelf oplossen?

Casus 2 (dilemma: privacy)

Variant kinder & jeugd: Een jongen van 10 wordt op aanraden van de leerkracht door zijn ouders aangemeld i.v.m. sociale problemen. Na uitgebreid onderzoek wordt autisme vastgesteld. Ouders hebben moeite met deze diagnose. Zij ervaren thuis geen grote problemen met hun zoon. Ouders zouden wel willen dat hun zoon beter leert omgaan met leeftijdgenoten en hier begeleiding in krijgt. Vader geeft in het adviesgesprek aan dat hij niet wil dat de diagnose bij derden terecht komt. U geeft aan dat u de diagnose wel aan de verzekeraar door zult moeten geven om de behandeling te bekostigen. Vader vindt dit onacceptabel. Hoe kan dit dilemma worden opgelost? Hoe zou u dit dilemma zelf oplossen?

Variant volwassenen: Bij een vrouw wordt na onderzoek een bipolaire stoornis vastgesteld. De vrouw werkt bij verzekeringsmaatschappij X waar zij tevens verzekerd is. Uit vrees dat haar collega's haar diagnose onder ogen zullen krijgen vraagt zij om de diagnose niet door te geven aan de verzekeringsmaatschappij. Om de behandeling te bekostigen is het echter nodig dat u de diagnose doorgeeft aan verzekeraar X. Hoe kan dit dilemma worden opgelost? Hoe zou u dit dilemma zelf oplossen?

Bijlage 3. Bestudeerde bronnen

Beleidsdocumenten

- Ministerie van VWS (2001) 'Vraag aan Bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel'. Stuknummer 27855. Den Haag:
- *Beleidsvisie GGZ en voortgangsrapportage DBC's in de GGZ ten behoeve van het algemeen overleg*, 8 juni 2006.
- 'Verdien (d) vertrouwen: toezichtvisie curatieve zorgstelsel', 10 februari, 2006,
- *Planning curatieve zorg*. Kamerstuk, 18 december 2008
- *Brief van minister Klink aan de kamer. Onderwerp: beleidsvoornemens GGZ in de Zvw 2009*, 24 juli 2008
- Rapport NZa: 'Uitvoeringstoets Curatieve GGZ; Naar vrije prijzen in de GGZ', februari 2009.
- *Reactie brief 'de Vrije Psych'* Kamerstuk, 6 november 2008.
- *Antwoorden op Kamervragen Van Gerven over de geestelijke gezondheidszorg* Kamerstuk, 18 december 2008.
- *Antwoorden op kamervragen van Van Gerven en Van Velzen over de verslechtering van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg*. Kamerstuk, 12 juni 2008.

Websites

- www.dbconderhoud.nl
- www.minvws.nl
- www.ggzbeleid.nl
- www.zorggeenmarkt.nl
- www.devrijpsy.nl

Krantenartikelen

- NRC- Handelsblad, 21-06-2008: *Psychotherapeut wil ook een keer naar de wc; Ggz instellingen klagen over toename van werkdruk en bureaucratie door invoering marktwerking.*
- De Volkskrant, 11-06-2008: *Psychiatrie klaagt over marktwerking.*
- De Volkskrant, 06-12-2008: *Behandeling oprekken levert geld op; Introductie marktwerking in de ggz legt weeffouten bloot.*
- Trouw, 06-12-2008: *Is er straks nog iemand die zorgt voor de geest?*
- De Volkskrant, 12-11-2008: *'Verzekeraars gedragen zich als oligarchen'.*
- NRC- handelsblad, 22-07-2008: *Markt en ziel gaan niet samen; de behandeling van psychische problemen is een zaak van lange adem.*
- Trouw, 08-11-2008: *Gegevens patiënt niet veilig voor verzekeraar.*
- Trouw, 15-11-2008: *Psychotherapeuten naar rechter voor privacy patiënt.*
- De Volkskrant, 02-12-2008: *Patiënt moet 'vrije' psychiater aangeven; Accent beroepsgeheim.*
- De Volkskrant, 09-07-2008: *'Beroepseed niet gewaarborgd'; psychiatrie behandelaars keren zich tegen verplichte vermelding van diagnose aan zorgverzekeraar.*
- De Volkskrant, 09-07-2008: *Elitezorg gevolg nieuwe regels.*
- Trouw, 02-07-2008: *Therapeuten wachten te lang op hun geld; Demonstranten nemen sofa mee.*
- NRC- Handelsblad, 09-05-2008: *Proefkonijn in de zorg.*
- NRC- Handelsblad, 03-05-2008: *De zorg dreigt het onderwijs achterna te gaan in overgeorganiseerde chaos.*
- NRC- Handelsblad, 18-04-2008: *Angst voor 'depressie' op factuur; Therapeuten*

- weigeren te declareren op manier die de 'psychiatrie kapotmaakt'.*
- De Volkskrant, 16-04-2008: *Psychotherapeuten in geldproblemen; Vrijgevestigden dupe van nieuw financieringssysteem.*
 - Algemeen Dagblad 31-12-2007: *'Ik moet mijn beroepsgeheim schenden om geld te krijgen'.*
 - Trouw, 17-12-2008: *Zorgaanbieder houdt klant vast; Prijs belangrijkste reden voor wisselen van verzekering, niet kwaliteit.*
 - Het Parool, 21-07-2008: *'Minder tijd en geld voor behandeling patiënt'.*
 - Trouw, 15-12-2007: *Verzekeraars houden nieuwkomers op afstand; Psychologen pleiten voor gelijke arbeidskansen.*
 - De Volkskrant, 07-12-2007: *Een Kaalslag dreigt in de GGZ en Klink doet niets.*

Vakbladen

- *'Het kost maar een halve dag per week: de wondere wereld van de DBC's.* De Psycholoog, juni 2009.
- Leffers, F., Emons, T. & Klaver, C. *Ggz- professionals laat u horen!*. De Psycholoog, november 2009.

Overig

- Speech van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. E. Borst-Eilers, ter gelegenheid van het Congres Diagnose behandeling Combinatie (DBC) 2003 op 16 november 2000 te Bussum.
- Manifestatie 'De GGZ ontwricht', 25-10-2008.
- Palm, I. et al. (2008) *De GGZ ontwricht: Een praktijkonderzoek naar de gevolge van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg.*
- Lustrumconferentie "5 jaar DBC's in Nederland", 1 juli 2009

Bijlage 4. Q- methodologie

A. Gestructureerd sample model

	<i>(a) Beleidsdiscours</i>	<i>(b) Kritisch publiek discours</i>
Dimensie	(c) principe/ideaal (d) praktijk	(c) principe/ideaal (d) praktijk
Onderwerp	(e) vraagsturing (f) terugtrekking overheid (g) transparantie (h) kwaliteit (i) kostenbeheersing	(j) autonomie (k) verantwoording (l) privacy (m) reductionisme (n) marktwerking

Totaal aantal stellingen: $(1) \times (2) \times (5) + (1) \times (2) \times (5) = 20 \times 2$ (herhalingen) = 40

B. Respondenten

Professionals verbonden aan actiegroep	5
Professionals werkzaam in een instelling	5
Managers/bestuurders in de GGZ	6
Beroeps- en brancheorganisaties GGZ	4
Zorginkopers GGZ van zorgverzekeraars	4
Beleidsmakers overheidsinstantie	4
Totaal	28

C. Model voor verdeling stellingen

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
			x	x	x	x	x			
				x	x	x				
					x					

D. Geselecteerde stellingen

Beleidsdiscours

Type stelling	onderwerp	
<i>Vraagsturing</i>		
ace	Cliënten in de zorg dienen zo veel mogelijk als klanten te worden behandeld, zoals dat in de meeste sectoren van de samenleving het geval is.	Zorgverlening is optimaal, wanneer deze rekening houdt met de wensen en behoeften van cliënten en wanneer er keuzemogelijkheden worden geboden.
ade	Concurrentie om de gunst van de consument leidt tot innovatie en kwalitatief betere zorg.	Marktwerking leidt tot differentiatie in het zorgaanbod, waardoor de keuzemogelijkheden voor de patiënt groter worden.
<i>Terugtrekking overheid</i>		
acf	In een krachtenveld van economische belangen kan niet uitsluitend op de goede bedoelingen en de integriteit van de professional worden vertrouwd.	Overheidstoezicht in de zorg moet gericht zijn op de bescherming van publieke belangen en moet niet de eigen verantwoordelijkheid van marktpartijen voor een goede uitvoering van hun taken overnemen.
adf	Gereguleerde marktwerking vergroot het innovatief en zelfregulerend vermogen van de geestelijke gezondheidszorg.	Overmatige regelgeving van de overheid laat beperkte ruimte voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie.
<i>Transparantie</i>		
acg	Alle burgers in Nederland hebben baat bij een financieringssysteem waarbij het duidelijk is welke producten tegen welke kwaliteit en prijs worden geleverd.	Om het maken van keuzen door zorgvragers te bevorderen dienen zorgaanbieders zich publiekelijk te verantwoorden over hun prestaties.
adg	DBC's verbeteren transparantie door de relatie die gelegd kan worden tussen diagnose, behandeling en bekostiging.	Het DBC-systeem biedt informatie waarmee zorgverleners kunnen sturen op kwaliteit en efficiëntie.
<i>Kwaliteit</i>		
ach	Het is belangrijk om de kwaliteit van zorg zichtbaar en meetbaar te maken.	Kwaliteit van zorg zal een onderscheidende factor zijn waardoor patiënten en verzekeraars wel of niet voor eens specifieke aanbieder kiezen.

adh	DBC's bieden inzicht in behandelprocessen en leiden tot een hogere kwaliteit van zorg.	Doordat de zorgverzekeraar eisen kan stellen aan te contracteren zorg zal het gebruik van efficiënte behandelmethoden in het nieuwe zorgstelsel toenemen.
<i>Kostenbeheersing</i>		
aci	Professionals zouden er naar moeten streven cliënten in zo kort mogelijke tijd te behandelen.	Met invoering van marktprikkels in de GGZ wordt arbeidsproductiviteit verhoogd. Dit is noodzakelijk om de groeiende vraag naar zorg op te vangen.
adi	Marktwerking zorgt ervoor dat zorg doelmatig verleend wordt en er een permanente druk is tot kostenbewustzijn onder zorgaanbieders.	Onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars over de prijs van DBC's leiden tot betaalbare zorg.

Kritisch publiek discours

Type stelling	onderwerp	
<i>Autonomie</i>		
bcj	Er wordt steeds minder ruimte gelaten voor het eigen oordeel en denkvermogen van professionals in de GGZ.	Om de patiënt te beschermen tegen de invloed van verzekeraar en management is professionele autonomie nodig.
bdj	Behandelingen moeten van de verzekeraar Evidence Based, en daarmee bijna gedwongen gedragstherapeutisch zijn. Dat is een ernstige verschaling van de kwaliteit.	Zorgverzekeraars willen vrijwel alleen kortdurende behandelingen en gedragstherapie vergoeden. Dat betekent dat inzichtgevende en langdurige therapie onder druk staan.
<i>Verantwoording</i>		
bck	Ik vind het logisch dat professionals moeten registeren, anders zou het een ondoorzichtige boel worden.	Er is te veel controle en te weinig vertrouwen in de GGZ: professionals zijn niet voor niets geregistreerd.

bdk	DBC-registratie heeft geleid tot veel extra administratieve handelingen waardoor hulpverleners minder toekomen aan cliënten.	De DBC -systematiek werkt onjuistheden en fraude in de hand. Declaraties worden hierdoor alleen maar minder doorzichtig.
<i>Privacy</i>		
bcl	DBC's impliceren een onaanvaardbare oprekking van het beroepsgeheim richting verzekeraars.	Een psychiatrische diagnose is vaak beladen met schaamte en zou mijn inziens strikt privé moeten zijn, iets tussen behandelaar en patiënt.
bdl	Ik vertrouw erop dat zogverzekeraars heel zorgvuldig omgaan met privacy- gevoelige cliëntinformatie.	Ik vind het niet kloppen dat professionals patiënten altijd moeten registreren in een DBC, ook als patiënten niet willen dat hun persoonlijke gegevens geregistreerd worden.
<i>Reductionisme</i>		
bcm	DBC's wekken onterecht de indruk dat psychische stoornissen gemakkelijk kunnen worden vastgesteld en op standaardwijze behandeld.	Op basis van een DSM-IV diagnose is het mogelijk om een gemiddeld kostenplaatje voor behandeling te maken.
bdm	Er zijn veel complexe psychische problemen die je eigenlijk niet in een DBC kan krijgen.	Door de DBC's worden professionals geforceerd om mensen in een vroeg stadium een diagnose te geven.
<i>Marktwerking</i>		
bcn	Marktwerking is een te simpel economisch principe voor de GGZ: hulpverlening laat zich niet als product omschrijven en vergelijken.	Professionals in de zorg worden steeds meer gedwongen om te handelen vanuit economische overwegingen terwijl dat handelen vanuit beroepsethiek en vakbekwaamheid aangestuurd zou moeten worden.
bdn	Er wordt door professionals meer gekeken naar 'welke DBC' levert het meeste op' dan naar 'wat is de daadwerkelijke stoornis van deze patiënt'.	De concurrentieslag tussen zorgaanbieders leidt tot verwaarlozing van chronische patiënten met complexe problematiek: die kosten veel geld en leveren weinig op

Bijlage 5. Fragment schematische weergave visie DBC's

Respondent	Visie algemeen	Voornaamste bezwaren	Overige bezwaren	Suggesties verbetering
<p>Respondent XII (k&j psychiater, instelling B)</p>	<p>Heeft het werken met DBC's zo lang mogelijk proberen de vermijden (1201).</p> <p>De informatie in DBC's zegt niks over kwaliteit (1234).</p>	<p>Registratie: Behandelaren horen niet bezig te zijn met administratie (1206/1264/1284). Zonde van je tijd/gedoe (1206/1220-1222). Gaat geen uren in zitten, maar je wordt er wel dagelijks mee geconfronteerd (1235-40). Gelukkig is veel werk overgenomen door de administratie (1216/1266).</p> <p>Niet inhoudelijk: Tijd registreren gaat over kwantiteit. Het zegt niets over de kwaliteit van behandeling (1206/1208/1224/1234/1278).</p>	<p>Reductionisme/rol zorgverzekeraar: Zorgverzekeraars gaan kijken wie de goedkoopste DBC's heeft, maar misschien zorgen de duurdere behandelingen ervoor dat mensen niet terug komen in GGZ. Kwaliteitsindicatoren ontbreken (1242/1244).</p> <p>Reductionisme/diagnostiek/complexiteit systeem: De praktijk is ingewikkelder dan door beleidsmakers wordt bedacht. Vaak sprake van comorbiditeit. Te weinig ruimte voor in DBC. (1266/1278).</p>	<p>Je moet de kwaliteit erin brengen. Meer gericht op verantwoording behandelmethode (1278-80).</p> <p>Administratieve werk moet zo min mogelijk door professionals worden gedaan (1284).</p>
<p>Respondent XIII (psychotherapeut, vrijgevestigd)</p>	<p>Niet blij met DBC's (1324). Enge ontwikkeling (e-mail).</p> <p>Plaats privacy bezwaar in historisch kader: Jodenvervolgving (1410).</p>	<p>Privacy: Maakt zich druk omdat informatie niet vertrouwelijk is, gekoppeld aan BSN naar verzekeraar (1330/131334/1456/1458). Bang voor lange termijn effecten/misbruik gegevens door verzekeraar (1408/1410).</p> <p>Financieel: Belachelijk dat je pas na behandeling geld krijgt. (1314/1448/1452/1458).</p>	<p>Rol verzekeraar: Haat contracten met verzekeraars. Accepteert niet dat verzekeraar de spelregels bepaalt en haar tarieven wil verlagen (1444/1478).</p>	<p>BSN niet koppelen aan diagnose. Zorgen dat gegevens niet tot persoon te herleiden zijn (1502-1504).</p>

<p>Respondent XIV (psychotherapeut, instelling D)</p>	<p>De DBC is een registratiemanier van de zorgverzekeraar. Moet je er weer bij zien te doen en ondertussen je werk zo goed mogelijk proberen te doen (1613). Opwinding over feit dat wat je doet rondom DBC's, inhoudelijk niet klopt (1593). Zie bezwaar DSM.</p>	<p>Reductionisme/diagnostiek/DSM/rol verzekeraar: Beschrijft alleen kenmerken. Voor behandeling is onderliggende structuur juist belangrijk: afweermechanismen etc. (1593). Ethisch niet verantwoord om iemand op basis van diagnose die niet klopt te behandelen (1625). Verzekeraars willen mensen in hokje stoppen, makkelijker om verschillen tussen mensen met zelfde diagnose te ontkennen (1593). Rol verzekeraar: Zorgverzekeraars hebben te veel macht. Proberen inhoud te bepalen (1713/1617/1625/1627/1593).</p>	<p>Reductionisme/behandeling/rol verzekeraar: Behandeling gebaseerd op betekenisloze diagnose (1625). Verontwaardiging dat verzekeraars in toenemende mate behandeling gaan bepalen (1569). Marktwerking: Cliënten zijn niet gebaat bij marktwerking (1751).</p>	<p>DBC's op basis van een nieuwe DSM, met dimensionale diagnoses/ achterliggende persoonlijkheids-structuur. Dan acceptabel (1625).</p>
<p>Respondent XV (GZ-psycholoog, instelling C)</p>	<p>Ziet de DBC's vooral als een administratieve kwestie (1751).</p>	<p>Registratie: Je wilt als psycholoog niet met administratieve rompslomp bezig zijn (1709/1751). Zonde van tijd (1711-1713/1715). Rol verzekeraar/niet inhoudelijk: Je gaat dingen voor de vorm doen, om ze weg te kunnen schrijven voor de verzekeraar (1719/1721). Registreren doe je alleen voor verzekeraar. Je hebt er inhoudelijk niks aan (1709/1751). DSM : De codes uit DSM zijn vrijwel betekenisloos. Omschrijft alleen symptomen en is bovendien nog in ontwikkeling (1755/1757).</p>	<p>Reductionisme/ diagnostiek: DBC's bevorderen het denken in stoorissen. Goede diagnostiek moet beschrijvend zijn. Bij preventie of ouderbegeleiding moeten nu ook diagnoses gesteld worden ter bekostiging (1757). Reductionisme/behandeling/rol verzekeraar: Geen standaard behandeling mogelijk. Richtlijnen zijn prettig, maar er moet soms ook vanaf worden gestapt. Moet geen controlemechanisme voor verzekeraar worden (1757). Er zou alleen kortdurend moeten worden behandeld om inhoudelijke redenen, niet onder druk van verzekeraar (1753).</p>	<p>De DSM niet als diagnostisch instrument gebruiken (1757).</p>

Bijlage 6. Uitkomsten Q- methodologie

A. Ideaalverdelingen		Visie					
No.	Stelling	A	B	C	D	E	F
1	Er wordt steeds minder ruimte gelaten voor het eigen oordeel en denkvermogen van professionals in de GGZ.	1	-4	-2	4	1	-4
2	De BC- systematiek biedt informatie waarmee zorgverleners kunnen sturen op kwaliteit en efficiëntie.	-1	4	3	1	-5	1
3	Een psychiatrische diagnose is vaak beladen met schaamte en zou strikt privé moeten zijn: iets tussen behandelaar en patiënt.	-1	1	-1	4	0	-1
4	Ik vind het logisch dat professionals moeten registreren, anders zou het een ondoorzichtige boel worden.	2	3	0	0	-1	4
5	Onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars over de prijs van DBC's leiden tot betaalbare zorg.	-3	-1	0	2	-3	-1
6	Marktwerking is een te simpel economisch principe voor de GGZ: hulpverlening laat zich niet als product omschrijven en vergelijken.	0	-1	-4	3	4	-1
7	Door de DBC's worden professionals geforceerd om mensen in een vroeg stadium een diagnose te geven.	-1	-5	0	-3	4	-1
8	Clënten in de zorg dienen zo veel mogelijk als klanten te worden behandeld, zoals dat in de meeste sectoren van de samenleving het geval is.	-2	-2	3	0	1	0
9	Kwaliteit van zorg zal een onderscheidende factor zijn waardoor patiënten en verzekeraars wel of niet voor eens specifieke aanbieder kiezen.	0	0	4	-2	-2	4
10	De DBC -systematiek werkt onjuistheden en fraude in de hand. Declaraties worden hierdoor alleen maar minder doorzichtig.	0	0	-3	2	2	-2
11	Professionals zouden er naar moeten streven cliënten in zo kort mogelijke tijd te behandelen.	0	3	3	-1	2	2
12	Zorgverzekeraars willen vrijwel alleen kortdurende behandelingen en gedragstherapie vergoeden. Dat betekent dat inzichtgevende en langdurige therapie onder druk staan.	0	-2	-5	1	-1	-3
13	Ik vind het niet kloppen dat professionals patiënten altijd moeten registreren in een DBC, ook als patiënten niet willen dat hun persoonlijke gegevens geregistreerd worden.	0	-4	-2	5	0	-3

14	Overmatige regelgeving van de overheid laat beperkte ruimte voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie.	1	1	0	2	1	0
15	DBC's verbeteren transparantie door de relatie die gelegd kan worden tussen diagnose, behandeling en bekostiging.	-4	5	0	-4	-3	0
16	Er wordt door professionals meer gekeken naar 'welke DBC' levert het meeste op' dan naar 'wat is de daadwerkelijke stoornis van deze patiënt'.	-1	-1	-3	-3	-1	-5
17	DBC's wekken onterecht de indruk dat psychische stoornissen gemakkelijk kunnen worden vastgesteld en op standaardwijze behandeld.	3	-3	-1	4	4	-4
18	Marktwerking leidt tot differentiatie in het zorgaanbod, waardoor de keuzemogelijkheid voor de patiënt groter wordt.	-3	-2	4	-2	-3	0
19	DBC's bieden inzicht in behandelprocessen en leiden tot een hogere kwaliteit van zorg.	-4	3	-1	-2	-5	-2
20	Professionals in de zorg worden steeds meer gedwongen om te handelen vanuit economische overwegingen, terwijl dat handelen vanuit beroepsethiek en vakbekwaamheid aangestuurd zou moeten worden.	1	-3	-4	5	3	-4
21	Overheidstoezicht in de zorg moet gericht zijn op de bescherming van publieke belangen en moet niet de eigen verantwoordelijkheid van marktpartijen voor een goede uitvoering van hun taken overnemen.	2	4	1	3	1	0
22	DBC- registratie heeft geleid tot veel extra administratieve handelingen waardoor hulpverleners minder toekomen aan cliënten.	4	2	0	-1	5	0
23	Gereguleerde marktwerking vergroot het innovatief en zelfregulerend vermogen van de geestelijke gezondheidszorg.	-3	2	2	0	-2	1
24	Om de patiënt te beschermen tegen de invloed van verzekeraar en management is professionele autonomie nodig.	2	0	1	1	-1	3
25	Ik vertrouw erop dat zorgverzekeraars heel zorgvuldig omgaan met privacy- gevoelige cliëntinformatie.	-2	-1	-1	-5	0	2
26	Met invoering van marktprikkels in de GGZ wordt arbeidsproductiviteit verhoogd. Dit is noodzakelijk om de groeiende vraag naar zorg op te vangen.	-2	4	2	-3	-2	2
27	Om het maken van keuzes door zorgvragers te bevorderen dienen zorgaanbieders zich publiekelijk te verantwoorden over hun prestaties.	2	2	2	-4	0	3
28	Concurrentie om de gunst van de consument leidt tot innovatie en kwalitatief betere zorg.	-5	-2	5	-1	-2	1

29	Het is belangrijk om de kwaliteit van zorg zichtbaar en meetbaar te maken.	4	5	2	-1	2	5
30	De concurrentieslag tussen zorgaanbieders leidt tot verwaarlozing van chronische patiënten met complexe problematiek: die kosten veel geld en leveren weinig op	5	0	-4	1	3	-4
31	Er is te veel controle en te weinig vertrouwen in de GGZ: professionals zijn niet voor niets geregistreerd.	3	-4	-3	2	3	2
32	Zorgverlening is optimaal, wanneer deze rekening houdt met de wensen en behoeften van cliënten en wanneer er keuzemogelijkheden worden geboden.	1	0	5	1	2	-2
33	Behandelingen moeten van de verzekeraar 'evidence based', en daarmee bijna gedwongen gedragstherapeutisch zijn. Dat is een ernstige verschaling van de kwaliteit.	5	-3	-5	0	-4	-2
34	Marktwerking zorgt ervoor dat zorg doelmatig verleend wordt en er een permanente druk is tot kostenbewustzijn onder zorgaanbieders.	-4	0	1	0	1	3
35	Alle burgers in Nederland hebben baat bij een financieringssysteem waarbij het duidelijk is welke producten tegen welke kwaliteit en prijs worden geleverd.	1	2	1	-4	-4	5
36	DBC's impliceren een onaanvaardbare oprekking van het beroepsgeheim richting verzekeraars.	4	-5	-2	3	0	-2
37	Doordat de zorgverzekeraar eisen kan stellen aan te contracteren zorg zal het gebruik van efficiënte behandelmethoden in het nieuwe zorgstelsel toenemen.	-2	1	1	-2	-1	0
38	Er zijn veel complexe psychische problemen die je eigenlijk niet in een DBC kan krijgen.	3	-1	-2	0	5	4
39	Op basis van een DSM-IV diagnose is het mogelijk om een gemiddeld kostenplaatje voor behandeling te maken.	-5	1	-1	-5	-4	-5
40	In een krachtenveld van economische belangen kan niet uitsluitend op de goede bedoelingen en de integriteit van de professional worden vertrouwd.	-1	1	4	-1	-1	0

B. Verdeling van respondenten over factoren

Groep/visie	Beleidsdiscours			Kritisch publiek discours		
	A	B	C	D	E	F
Professionals		1		3(6)*	1(4)	2 (3)
Managers/ bestuurders	2			4		
Beroeps-/ branchevereniging		1	1 (2)	1	1	
Beleidsmakers	2	(2)				
Zorginkopers	(2)	1 (3)	1 (2)			
Totaal	4 (6)	3 (7)	2 (4)	8 (11)	2 (5)	2 (3)

* Tussen haakjes het totaal aantal respondenten dat deze visie onderschrijft wanneer ook de mensen worden meegeteld die tussen de .40 en .50 op de factor laden, en de mensen die op meer dan één factor laden.