

# **De GGZ vraaggericht?**

Het perspectief van professionals in de GGZ  
over vraaggerichtheid in het licht van  
de marktgerichte beleidscontext

**E.R. Posma**  
Utrecht, maart 2009

# De GGZ vraaggericht?

Het perspectief van professionals in de GGZ  
over vraaggerichtheid in het licht van  
de marktgerichte beleidscontext

**Elise R. Posma**  
Utrecht, maart 2009

Afstudeerscriptie  
Universiteit Utrecht  
Master: 'Sociale vraagstukken: interventies en beleid'



Eerste begeleider:  
*Dhr. dr. B. Valkenburg*

Tweede beoordelaar  
*Mw. dr. P.P.N. Liem*

# Voorwoord

---

Vaak kreeg ik tijdens het schrijven van dit rapport de vraag gesteld: “Waar gaat het onderzoek eigenlijk over?” Ik probeerde daarop een helder antwoord te geven, maar zo eenvoudig bleek dat niet te zijn. Deze afstudeerscriptie gaat – zoals de titel al doet vermoeden – over de visies van professionals in de GGZ over de manier waarop het overheidsbeleid vraaggericht werken al dan niet faciliteert. Maar wat is “vraaggericht werken”, over welk “overheidsbeleid” gaat het dan en wat bedoel je precies met “faciliteren”? De personen die ik tijdens dit onderzoek heb geïnterviewd begrepen vaak maar al te goed waar het om draait en konden het dan ook in heldere en rake bewoording omvatten. In dit rapport leest u deze visies van de geïnterviewde professionals.

De aanleiding voor dit onderwerp is een aantal jaar geleden ontstaan, toen ik in een tijdschrift een artikel las over één van de beleidsontwikkelingen in de GGZ, namelijk de marktwerking in de gezondheidszorg. Ik vroeg me af hoe de zorg in de vorm van een markt eruit zou zien en wat de consequenties zouden zijn voor professionals in de zorg. Mijn interesse was vanaf dat moment gewekt. Het idee dat GGZ-instellingen marktgericht zouden moeten werken riep bij mij vragen op. Ik vroeg me vooral af wat dat betekent voor de manier waarop professionals in staat worden gesteld de vraag en de behoeften van cliënten als uitgangspunt te (blijven) nemen. Tijdens de uitvoering van mijn masteronderzoek heb ik deze vraag voorgelegd aan professionals zelf door middel van interviews.

Ik wil graag alle professionals bedanken voor hun bereidheid tot deelname aan dit onderzoek. Ondanks de grote werkdruk die u soms ervaart, heeft u tijd gevonden om mij te woord te staan. U hebt openhartig en kritisch gesproken over uw sector, het overheidsbeleid en uw eigen manier van werken. Heel veel dank hiervoor.

Ook wil ik graag Fred Leffers bedanken. U hebt mij de sleutel van de achterdeur gegeven om de professionals te benaderen. Zonder u was het mij niet gelukt om dit onderzoek op deze manier en binnen de gestelde termijn uit te voeren.

Graag wil ik Ben Valkenburg van de Universiteit Utrecht, bedanken voor de begeleiding tijdens het onderzoek. Te allen tijde was je bereid om stukken door te lezen, mee te denken over de onderzoeksrichting en over oplossingen voor problemen die zich voordeden. Gedurende het hele proces heb ik de vrijheid gehad om mijn eigen ideeën te ontplooiën. Je was bovendien flexibel over alle ‘kleine’ wijzigingen in mijn onderzoeksplannen. Bedankt daarvoor.

Voor u als lezer rest mij te zeggen: veel leesplezier!

Elise Posma  
februari 2009



## Samenvatting

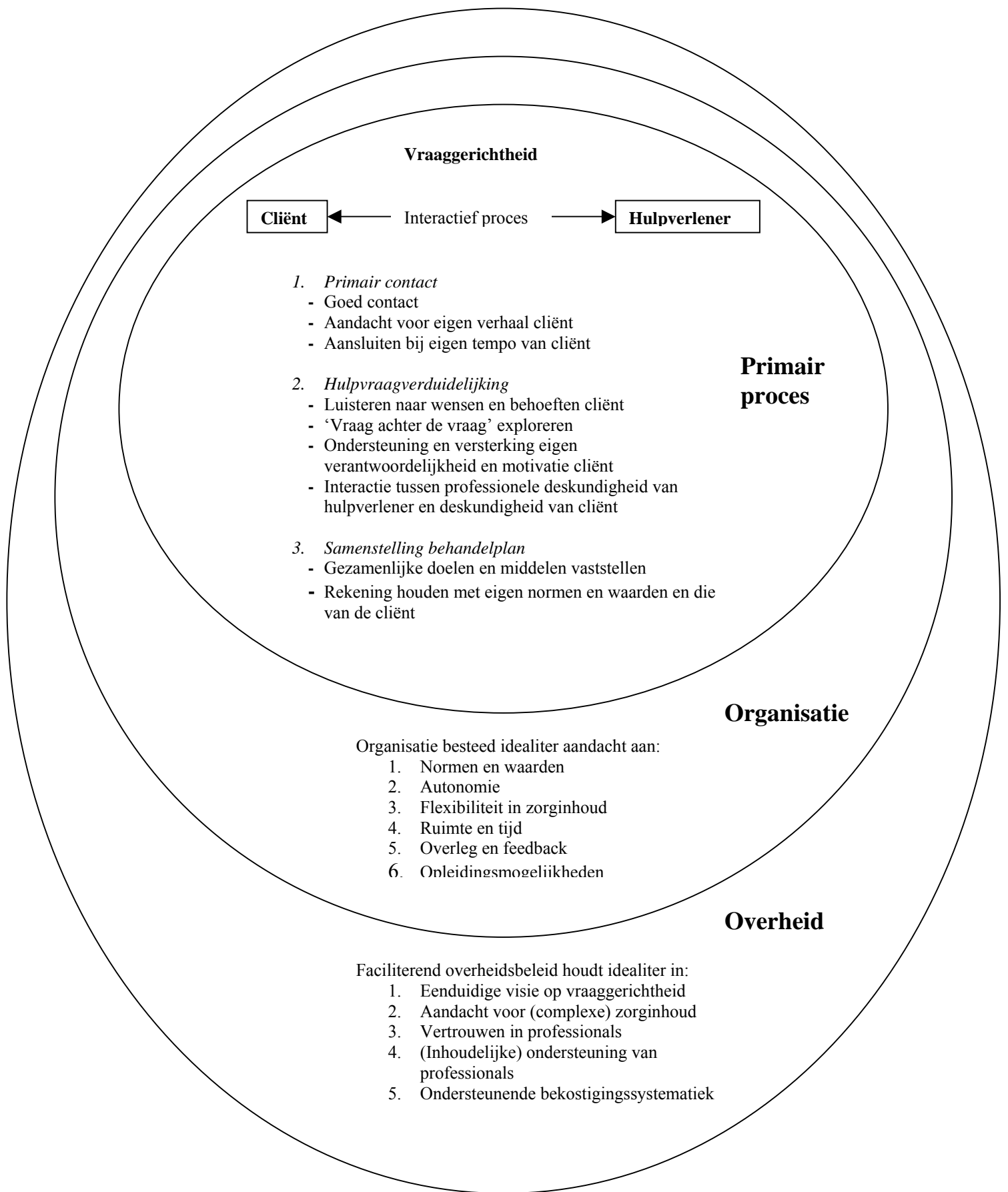
---

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is vraaggerichtheid een belangrijk thema. Vraaggerichtheid houdt in dat de wensen en de behoeften van de cliënt het uitgangspunt vormen in het behandelingsproces. De individuele vraag van de cliënt dient richtinggevend te zijn voor het aanbod van zorg (MinVWS, 2001a; Van Diest e.a., 2002). Sinds de jaren '80 luidt de kritiek op de gezondheidszorg dat het zorgaanbod onvoldoende aansluit bij de vraag van cliënten. De marktwerking in de zorg kwam langzaam in opkomst en zou hiervoor de oplossing moeten bieden. De veronderstelling daarvan is dat zorgaanbieders proberen om hun zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de vraag van cliënten. Cliënten zouden een actievere rol en een sterkere positie hebben op de zorgmarkt, omdat zij kunnen kiezen welke zorg zij willen ontvangen en wat zij daarvoor willen betalen (Ministerie van VWS, 2005a). Daarmee zou de zorgsector niet alleen efficiënter en goedkoper worden, maar bovendien ook beter afgestemd op de wensen van cliënten. De gezondheidszorg zou op deze manier meer vraaggericht worden (Gilbert, 2004; Ginsburg, 2005; Jost, Dawson & Exter, 2006).

In dit onderzoek is gekeken naar de visies van GGZ-professionals op het begrip vraaggerichtheid. Bovendien is onderzocht op welke manier professionals ervaren dat vraaggerichtheid wordt gefaciliteerd door de overheid, met één van de hoekstenen in haar beleid het streven naar marktwerking in de zorg. Zodoende is dit onderzoek gericht op de ervaren mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht werken in de GGZ in het licht van de hedendaagse, nationale beleidscontext. Om de visies en ervaringen van professionals te achterhalen, hebben 14 diepte-interviews plaatsgevonden met GGZ-professionals, waaronder psychologen, psychiaters, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en een aantal leidinggevenden.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat professionals vraaggerichtheid opvatten als het luisteren naar en exploreren van de wensen en behoeften van een cliënt, waarbij in een interactief proces tussen professional en cliënt wordt gezocht naar gezamenlijke doelen en middelen. Een goed contact tussen professional en cliënt is hierbij cruciaal. De professional probeert de cliënt vanuit zijn deskundigheid en professionaliteit te helpen en samen met de cliënt te bepalen wat de cliënt nodig heeft. Vraaggericht werken staat dus niet per definitie gelijk aan doen wat de cliënt vraagt. Het is noodzakelijk om 'de vraag achter de vraag' te exploreren. De opvattingen over vraaggerichtheid van de geïnterviewden is schematisch samengevat in model 1. In hoofdstuk 4 staan deze resultaten uitgebreid beschreven en worden de verschillende elementen nader uitgewerkt.

Model 1: Overzicht van de opvattingen van de geïnterviewden m.b.t. vraaggerichtheid in het primaire proces, in de randvoorwaarden op organisatieniveau en de randvoorwaarden op beleidsniveau.



De professionals in dit onderzoek ervaren dat het huidige overheidsbeleid (nog) niet gericht is op het faciliteren of mogelijk maken van vraaggericht werken. De in het model genoemde elementen op beleidsniveau zijn voor de professionals van belang om vraaggerichtheid te faciliteren. De nadruk in het beleid lijkt echter eerder te liggen op bezuinigingen en het controleren van professionals. De professionals worden onder de noemer ‘transparantie’ geconfronteerd met veel registraties en verantwoordingen. Sinds de invoering van de marktwerking moeten alle verrichtingen van professionals worden geregistreerd in de diagnosebehandelingcombinatie (DBC), opdat de zorgverzekeraars de zorg kunnen inkopen. De diagnosebehandelingcombinaties zijn administratieve codes bestaande uit een code voor de zorgvraag (diagnose) en een code voor de behandeling. De professionals zijn verplicht alle verrichtingen middels deze registraties vast te leggen. Deze DBC-registraties zijn volgens de professionals niet ondersteunend in hun werk. Het systeem gaat voorbij aan de complexiteit van de problematiek van cliënten en het individuele proces van de persoon. Het is lastig om de problematiek van cliënten onder te brengen in één van de DBC-classificaties en professionals zijn hieraan veel tijd kwijt. Bovendien geven de DBC-registraties geen goede afspiegeling van de praktijk, omdat de complexiteit in werkelijkheid groter is dan in de DBC's wordt vastgelegd.

De overheid hanteert mogelijk een andere opvatting over vraaggerichtheid dan de professionals. In beleidsvoorstellen van de overheid komt naar voren dat het belangrijk is om het zorgaanbod op de vraag af te stemmen en de vraag van de cliënt als uitgangspunt te nemen. Deze opvatting gaat er vanuit dat de cliënt een hulpvraag heeft en dat het zorgaanbod wordt aangeboden zoals de cliënt dit verlangt of dat het zorgaanbod zo goed mogelijk op deze vraag wordt afgestemd. In deze opvattingen is geen ruimte voor de bevinding dat dé vraag van de cliënt meestal (nog) niet bestaat maar zich vormt tijdens het hulpverleningsproces (Tonkens, 2003). De interactie tussen professional en cliënt is een essentieel kenmerk van vraaggericht werken (Coenen-Hanegraaf, Valkenburg, Ploeg en Coenen, 1998; Van Diest e.a., 2003). In de optiek van professionals is het begrip vraaggericht werken dan ook breder dan enkel de zorg afstemmen op de vraag van de cliënt. De beleidsmaatregelen lijken voor deze bredere opvatting van vraaggerichtheid nauwelijks ondersteunend.

In het overheidsbeleid lijkt het eerder te gaan om de vraag van cliënten in het algemeen, waarbij het aanbod van zorg beter op de wensen van de algemene cliënt worden afgestemd. Marktwerking zou hiervoor een uitkomst bieden. De resultaten van dit onderzoek geven echter slechts ten dele ondersteuning voor deze opvatting. De professionals geven aan dat zij marktwerking een goede stimulans vinden om het zorgaanbod kritisch onder de loep te nemen en inzichtelijk te maken voor externe partijen. Daarentegen ervaren de professionals dat er minder ruimte is voor zorgvernieuwing en dat er een enorme productie- en werkdruk heerst. Bovendien vrezen de professionals dat cliënten met complexe problematiek buiten de boot vallen, omdat er niet voldoende financiële middelen zijn om deze groep te bereiken.

## Beleidsadviezen

De professionals hebben adviezen geformuleerd aan overheid om meer faciliterend te zijn in het vraaggericht werken door GGZ-professionals. In het verlengde van de resultaten en conclusies van dit onderzoek zijn de volgende beleidsadviezen te geven:

### ▪ **Ontwikkel een visie op vraaggerichtheid in relatie tot de GGZ-praktijk**

Het is van groot belang dat de overheid en professionals in de praktijk een eenduidige opvatting hebben over de definitie van vraaggerichtheid en de manier waarop vraaggerichtheid in de praktijk tot uiting komt. Om beleidsmaatregelen, zoals de marktwerking in de zorg, te laten slagen is het van belang dat de maatregelen aansluiten bij de visies in de praktijk. Professionals zijn namelijk degenen die het beleid tot uiting brengen in hun dagelijkse werk met cliënten. Het is daarom zinvol dat beleidsmakers samen met professionals tot een gezamenlijke visie op vraaggerichtheid komen. Dit rapport geeft het perspectief van professionals weer ten aanzien van vraaggerichtheid en kan een nuttige bijdrage leveren aan het debat hierover.

### ▪ **Verlies de inhoud van zorg niet uit het oog**

In beleidsmaatregelen zou de aandacht minder moeten liggen op controle- en registratiesystemen en meer op de kwaliteit en de inhoud van goede zorg. Professionals vinden een transparante zorg belangrijk, zodat het voor iedereen helder is wat het werk van professionals inhoudt. De controlesystemen moeten echter wel het doel blijven dienen. Nu ervaren de professionals dat de nadruk in hun werk ligt op de registraties van verrichtingen middels de DBC's. Er zou meer aandacht kunnen zijn voor de *inhoudelijke* transparantie van zorg en de manier waarop professionals kunnen worden ondersteund in het realiseren van kwalitatief goede zorg. Professionals geven aan dat een goede inhoudelijke dossiervoering essentieel is om vraaggericht en transparant te kunnen werken. In het kader van inhoudelijke transparantie worden de ontwikkelingen van multidisciplinaire richtlijnen en de ontwikkeling van zorgprogramma's positief gevonden. Het advies is om hieraan aandacht te blijven besteden. Bij de toepassing van richtlijnen en het werken met zorgprogramma's is het van groot belang dat er genoeg tijd, ruimte, flexibiliteit en autonomie mogelijk is voor de professional. De professionals hebben flexibiliteit nodig om zorg te bieden uit diverse zorgprogramma's, zodat de zorg voor cliënten niet teveel wordt opgesplitst en dat cliënten met meerdere problemen de zorg kunnen ontvangen die zij nodig hebben.

### ▪ **Ondersteun professionals inhoudelijk**

Om ervoor te zorgen dat er aandacht is voor de inhoudelijke kwaliteit van de zorg, is het van belang om professionals te ondersteunen in deskundigheidsbevordering, trainingen en feedback van collega's onderling, bijvoorbeeld middels intervisie. Er zou tijdens de opleiding al aandacht moeten zijn voor vraaggericht werken. Zowel organisatie als overheid kan vraaggerichtheid faciliteren door aandacht te besteden aan de normen en waarden in de zorgverlening.

### ▪ **Vereenvoudig de DBC-systematiek**

Er zou overwogen moeten worden om de DBC-systematiek te vereenvoudigen. Het DBC-systeem is in de huidige vorm niet ondersteunend voor het vraaggericht werken van professionals. De DBC gaat voorbij aan de complexiteit van de GGZ, waardoor het voor professionals lastig en tijdrovend is om de juiste codes bij de behandelingen te zoeken. De DBC-systematiek geeft ook geen goede weerspiegeling van de behandelingen in de praktijk.

Overweeg om het DBC-systeem aan te passen zodat niet langer de diagnose op basis van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) centraal staat, maar de behandeling die de professional biedt aan een cliënt. Neem bijvoorbeeld de probleemstelling of vraagstelling als uitgangspunt in plaats van de diagnose. Op basis van die vraagstelling kunnen professionals een behandelplan samenstellen en de verwachte behandelduur registreren. Zorg ervoor dat er een inhoudelijke controle plaatsvindt van deze behandelplannen, bijvoorbeeld door de beroepsgroep of een onafhankelijke, toetsende instantie.

▪ **Heb vertrouwen in het werk van professionals**

Indien de overheid de aandacht (meer) wil richten op de inhoud en kwaliteit van zorg en overweegt om de DBC-systematiek daarop aan te passen, is het van essentieel belang dat zij vertrouwen heeft in professionals. Dit vertrouwen is niet te winnen door controlesystemen in implementeren in de praktijk, maar door er daadwerkelijk op te vertrouwen dat professionals bewakers zijn van het publieke goed en de intrinsieke motivatie hebben om hun werk goed te doen.



# Inhoudsopgave

---

<b>Voorwoord</b> .....	1
<b>Samenvatting</b> .....	3
<b>Inhoudsopgave</b> .....	9
<b>1. Inleiding</b> .....	11
1.1 Achtergrond .....	11
1.2 Probleemstelling .....	12
1.3 Doelstelling .....	13
1.4 Vraagstellingen in het onderzoek .....	14
1.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie.....	15
1.6 ASW-verantwoording.....	15
1.7 Leeswijzer .....	16
<b>2. Theoretische verkenning</b> .....	17
2.1 Inleiding.....	17
2.2 Opvattingen over vraaggerichtheid en vraagsturing in de GGZ.....	17
2.2.1 Vraagsturing .....	17
2.2.2 Vraaggerichtheid .....	18
2.2.3 Definitie vraaggerichtheid en vraagsturing in het huidige onderzoek.....	21
2.2.4 Voorwaarden van vraaggerichtheid in de GGZ op mesoniveau .....	23
2.3 Professionalisering.....	24
2.3.1 Professionalisme .....	24
2.3.2 De-professionalisering.....	26
2.4 Faciliteren van vraaggerichtheid in de GGZ op nationaal beleidsniveau.....	29
2.4.1 Globale beschrijving van de beleidsontwikkelingen.....	29
2.4.2 Marktwerving in de gezondheidszorg .....	31
2.4.3 Cliënt als consument .....	33
2.4.4 Zorgaanbieders als ondernemers .....	33
2.4.5 Overheid als toezichthouder .....	34
2.5 Beschouwing.....	37
<b>3. Onderzoeksopzet</b> .....	41
3.1 Onderzoeksmethode .....	41
3.2 Onderzoekspopulatie .....	41
3.3 Dataverzameling en –analyse .....	43

<b>4. Resultaten</b> .....	45
4.1 Opvattingen over vraaggerichtheid.....	45
4.1.1 <i>Primair contact</i> .....	45
4.1.2 <i>Hulpvraagverduidelijking</i> .....	47
4.1.3 <i>Samenstellen van het behandelplan</i> .....	50
4.1.4 <i>Voorwaarden</i> .....	51
4.2 Opvattingen over overheidsbeleid t.a.v. vraaggerichtheid.....	54
4.2.1 <i>Opvatting over het algemeen</i> .....	54
4.2.2 <i>Opvattingen over de marktwerking in de zorg</i> .....	55
4.2.3 <i>Opvattingen over de DBC's</i> .....	58
4.2.4 <i>Opvattingen over concurrentie</i> .....	62
4.3 Adviezen t.a.v. overheidsbeleid .....	64
<b>5. Conclusies en discussie</b> .....	69
5.1 Conclusies .....	69
5.1.1 <i>Opvattingen over vraaggerichtheid</i> .....	69
5.1.2 <i>Opvattingen t.a.v. overheidsbeleid en vraaggerichtheid</i> .....	70
5.1.3 <i>Adviezen t.a.v. overheidsbeleid en vraaggerichtheid</i> .....	71
5.2 Discussie .....	72
5.2.1 <i>Opvatting vraaggerichtheid overheid versus professionals</i> .....	72
5.2.2 <i>Vraaggerichtheid en marktwerking</i> .....	73
5.2.3 <i>Transparantie in het werk van professionals</i> .....	74
5.3 Kanttekeningen en vervolgonderzoek.....	75
<b>Literatuurlijst</b> .....	77
<b>Bijlage 1: Criteria vraaggerichtheid</b> .....	81

# 1. Inleiding

---

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een belangrijke sector in de Nederlandse gezondheidszorg: ongeveer één op de vijf mensen heeft in zijn leven wel eens te maken met een psychische stoornis (Van Hoof, Fotiadis, Vijselaar Hasker, 2008). GGZ-organisaties richten zich op behandeling en begeleiding van mensen met psychische problemen of stoornissen. De GGZ-sector is al geruime tijd het onderwerp van zowel maatschappelijk als politiek debat en is aan diverse veranderingen onderhevig. Een belangrijk speerpunt in de GGZ is dat ernaar wordt gestreefd vraaggericht te werken. In een vraaggericht perspectief staan de wensen en de behoeften van de cliënt centraal in het behandlungsproces. De individuele vraag van de cliënt dient hierbij richtinggevend te zijn voor het aanbod van zorg (MinVWS, 2001a; 2006a; Van Diest, Van Wijngaarden & Wennink, 2002).

## 1.1 Achtergrond

Maatschappelijke ontwikkelingen dragen bij aan het streven de cliënt met diens wensen en behoeften centraal te stellen in de GGZ (Van Diest e.a., 2002; MinVWS, 2001a; MinVWS, 2001b). Voor 1950 was er nauwelijks plaats voor mensen met een psychische beperking en werden zij veelal ondergebracht in instellingen. Na de Tweede Wereldoorlog ontstond er een emancipatiebeweging van de cliënt. Mensen met een psychische beperking lieten zich niet langer reduceren tot minderwaardige burgers. Langzaam maar zeker ontstond er een verschuiving in de benaming van de mens met zijn problematiek. In plaats van patiënten werden zij cliënten genoemd. Deze benaming veronderstelt meer inspraak, autonomie, burgerschap en gelijkwaardigheid van cliënten in de GGZ. Cliënten werden in toenemende mate in hun eigen omgeving geholpen, in plaats van behandeld te worden in instellingen (Van Diest e.a., 2002). Bovendien kwam er meer aandacht voor de ontwikkelingsmogelijkheden van cliënten in de behandeling van problematiek en de inrichting van hun leven. De hulpverlener en de cliënt kijken samen naar de mogelijkheden voor de cliënt om een zo normaal mogelijk leven te leiden (Van Diest e.a., 2002). De verhouding tussen hulpverlener en cliënt veranderde hiermee. Het beeld van de cliënt die afhankelijk was van de bevoogdende professional, begon langzaam te veranderen in een beeld van een mondige cliënt die meer in staat was voor zichzelf op te komen en diens wensen en behoeften kenbaar te maken (Van der Kraan, 2006). Om deze redenen wordt er in de rest van dit onderzoek gesproken over cliënt in plaats van patiënt<sup>1</sup>.

Inherent aan deze maatschappelijke ontwikkelingen, ontstond er een heroriëntatie in het overheidsbeleid. De overheid noemt vanaf de jaren '80 tot aan heden het afstemmen van de zorg op de individuele cliënt als één van de speerpunten in het overheidsbeleid (Goudriaan & Vaalburg, 1998; MinVWS, 2001a; MinVWS, 2001b). De commissie Dekker (1987) gaf ruim 20 jaar geleden aan dat het aanbod in de zorg onvoldoende was afgestemd op de vraag (in: Van der Kraan, 2006). Er bestond een strakke aansturing van de zorgsector vanuit de overheid.

---

<sup>1</sup> De 'cliënt' wordt vanuit praktische overwegingen aangeduid als 'hij'. Daar waar 'hij' staat kan ook 'zij' gelezen worden.

De aansturing van de zorg werd getypeerd als ‘aanbodgestuurd’, omdat er voornamelijk uitgegaan werd van het aanbod van zorg en minder van de vraag naar zorg van cliënten. De kritiek luidde dat zorgaanbieders niet voldoende flexibel inspeelden op de vragen en behoeften van cliënten, mede door de strakke aansturing en de regelgeving en bureaucratie die hiermee gepaard gingen. De verschillende zorgpartijen werden zodoende niet voldoende gestimuleerd tot efficiëntie en doelmatigheid (RVZ, 2000, Van der Kraan, 2006). Daarnaast luidde de kritiek dat de kosten in de zorg teveel toenamen en dat deze beheerst moesten worden (Schut & Van de Ven, 2005). De overheid had de taak om enerzijds de kosten van de zorg beheersbaar te maken en anderzijds een gelijke toegang voor alle burgers te waarborgen. De sturende rol van de overheid vanuit een poging om de kosten van de zorg beheersbaar te houden, zou ertoe hebben geleid dat er een zeer uitgebreid stelsel van wetten was ontstaan (RVZ, 1998; RVZ, 2000; MinVWS, 2001b).

De termen ‘vraaggerichtheid’ en ‘vraagsturing’ werden geïntroduceerd als tegenhangers van ‘aanbodsturing’ (Tonkens, 2003; Bosselaar, 2005; Van der Kraan, 2006). In algemene termen wordt met aanbodsturing bedoeld dat zorgaanbieders en professionals hun eigen aanbod als uitgangspunt nemen in de hulpverlening aan een cliënt. Vraagsturing en vraaggericht werken betekenen dat zorgaanbieders en professionals juist uitgaan van de vraag van cliënten en daar het gepaste aanbod bij zoeken of creëren (Tonkens, 2003, p. 27).

Om ervoor te zorgen dat de zorg meer afgestemd werd op de vraag van de cliënt en bovendien efficiënter en doelmatiger zou functioneren, moest de overheid de gezondheidszorg meer faciliteren en minder beheersen. De begrippen marktwerking en concurrentie werden in het gezondheidszorgbeleid geïntroduceerd (Helderman, Schut, Van der Grinten & Van de Ven, 2005; Schut & Van de Ven, 2005; Van de Pol, 2005; Van der Kraan, 2006). Decentralisatie van verantwoordelijkheden naar de betrokken partijen in de zorg moet ervoor zorgen dat de zorg efficiënter en kwalitatief beter wordt. De veronderstelling is dat indien zorgaanbieders en cliënten meer verantwoordelijkheid hebben om de zorgsector goed te laten functioneren, de zorg niet alleen efficiënter en goedkoper wordt, maar bovendien ook beter afgestemd is op de wensen van cliënten (Gilbert, 2004; Ginsburg, 2005; Jost e.a., 2006). Zorgaanbieders proberen in die situatie hun zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de vraag van cliënten. Cliënten zouden een actievere rol en een sterkere positie hebben op de zorgmarkt, omdat zij kunnen kiezen welke zorg zij willen ontvangen en wat zij daarvoor willen betalen. De gezondheidszorg zou op deze manier meer vraaggericht moeten worden (Ministerie van VWS, 2005a).

## **1.2 Probleemstelling**

Vraaggerichtheid is een belangrijk thema in het overheidsbeleid en in de GGZ-praktijk. Al decennia lang is vraaggerichtheid een onderwerp op de politieke agenda en in het maatschappelijk debat. De overheid probeert vraaggerichtheid en vraagsturing te bevorderen onder andere door marktwerking in de zorg te stimuleren. Sinds 2006 is de marktwerking in de zorg vastgelegd in de ‘Wet marktordening gezondheidszorg’ (WMG). Deze wet schrijft voor dat de overheid zich voor een deel terugtrekt als regulerend orgaan en de verantwoordelijkheid voor goede zorg bij de marktpartijen legt. Zorgaanbieders moeten met elkaar concurreren om de beste zorg te leveren aan cliënten. Cliënten zouden kunnen kiezen voor het zorgaanbod dat het beste past bij hun wensen en behoeften (Ministerie van VWS, 2005a).

De vraag in dit onderzoek is of de genoemde marktgerichte beleidsontwikkelingen er daadwerkelijk toe bijdragen dat professionals in GGZ-instellingen in staat worden gesteld (meer) vraaggericht te werken.

Dit onderzoek richt zich op de manier waarop GGZ-professionals mogelijkheden dan wel beperkingen ondervinden tot vraaggericht werken in het licht van deze hedendaagse beleidsontwikkelingen vanuit de nationale overheid. Het voorliggende onderzoek gaat in op de visie van professionals ten aanzien van het huidige beleid. Er wordt in kaart gebracht wat de professionals verstaan onder vraaggerichtheid en op welke manier zij het huidige beleid als ondersteunend of faciliterend ervaren om vraaggericht te werken. Tot op heden is hier nog in beperkte mate wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. De literatuur over dit onderwerp is veelal betogend van aard, waarin diverse auteurs een standpunt trachten in te nemen over de mogelijkheden of beperkingen van vraaggerichtheid. Onderzoek naar vraaggerichtheid in de GGZ in relatie tot de hedendaagse, marktgerichte beleidsontwikkelingen is dan ook gewenst om voor verheldering in dit debat te zorgen. Dit onderzoek biedt hierin verheldering vanuit het perspectief van professionals en laat hen aan het woord. De reden hiervoor is dat de professionals degenen zijn die de cliënten behandelen en dus in het primaire proces werkzaam zijn. Het primaire proces wil zeggen het hulpverleningsproces dat plaatsvindt tussen professionals en cliënten. De behandeling van cliënten door professionals is de kern van de zorgverlening waarin vraaggerichtheid tot uiting zou moeten komen. Door professionals te vragen naar hun visie en ervaringen wordt duidelijk op welke manier het overheidsbeleid van invloed is op hun dagelijkse werk met cliënten en op welke manier de professionals ervaren ondersteund te worden in vraaggericht werken door het overheidsbeleid. De perspectieven vanuit de praktijk dragen bij aan het debat over het begrip vraaggerichtheid. De visies en ervaringen van professionals zijn bovendien van groot belang voor de ontwikkeling van en reflectie op het overheidsbeleid ten aanzien van vraaggerichtheid.

### **1.3 Doelstelling**

Dit onderzoek beoogt inzicht te verkrijgen in de ervaren mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht werken in de geestelijke gezondheidssector (GGZ) in het licht van de hedendaagse, nationale beleidscontext. Het perspectief van uitvoerende professionals in GGZ-organisaties is hierin de focus (bijvoorbeeld psychologen, (psycho)therapeuten en psychiaters). Het perspectief van professionals geeft een waardevolle reflectie op het overheidsbeleid vanuit het primaire proces waarin professionals met cliënten werken. In de eerste plaats wordt middels dit onderzoek zodoende een bijdrage geleverd aan perspectieven op het begrip vraaggerichtheid vanuit de praktijk waarin vraaggerichtheid tot uiting komt. In de tweede plaats wordt kennis verkregen over de ervaren mogelijkheden dan wel beperkingen van vraaggericht werken in de GGZ-praktijk. Bovendien vindt een reflectie plaats op het nationale overheidsbeleid ten aanzien van vraaggerichtheid vanuit het perspectief van professionals in GGZ-organisaties. Dit zal inzichtelijk maken of, en zo ja op welke manier, het overheidsbeleid in de praktijk als faciliterend wordt ervaren ten aanzien van vraaggericht werken. Ook kan dit onderzoek duidelijk maken wat ervoor nodig is om vraaggerichtheid in de GGZ-praktijk (indien wenselijk) te optimaliseren.

## 1.4 Vraagstellingen in het onderzoek

In bovenstaande paragrafen zijn de achtergrond, probleemstelling en doelstelling van dit onderzoek geschetst. In dit onderzoek staat centraal welke mogelijkheden en beperkingen GGZ-professionals ondervinden ten aanzien van vraaggericht werken in het licht van de marktgerichte beleidscontext. Allereerst wordt er een theoretische verkenning verricht om inzicht te verkrijgen in de literatuur over de opvattingen over vraaggericht werken in de GGZ en over de hedendaagse, nationale beleidsontwikkelingen.

In de theoretische verkenning staat de volgende vraagstelling centraal:

*“Wat zijn de opvattingen over de definitie en voorwaarden van vraaggerichtheid in de GGZ, welke beleidsontwikkelingen zijn voor de discussie over vraaggerichtheid van belang en wat betekenen deze beleidsontwikkelingen voor vraaggerichtheid in de GGZ?”*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het allereerst van belang het begrip ‘vraaggerichtheid’ te concretiseren, aangezien er een veelheid aan definities blijkt te bestaan van dit begrip. De vraagstelling voor de theoretische verkenning is zodoende uitgewerkt in de volgende vijf deelvragen:

- *Wat wordt in de literatuur verstaan onder het begrip ‘vraaggerichtheid’?*
- *Wat is het onderscheid tussen de begrippen ‘vraaggerichtheid’ en ‘vraagsturing’?*
- *Welke voorwaarden voor vraaggerichtheid in de GGZ worden er in de literatuur beschreven?*
- *Welke ontwikkelingen op nationaal beleidsniveau zijn van belang voor vraaggerichtheid in de GGZ?*
- *Wat betekenen deze beleidsontwikkelingen voor de mogelijkheden voor en/of de beperkingen van vraaggerichtheid in de GGZ?*

De theoretische verkenning geeft inzicht in de perspectieven op vraaggerichtheid en op de betekenis van de hedendaagse beleidsontwikkelingen voor vraaggerichtheid vanuit een theoretisch perspectief. In dit theoretische perspectief komen wetenschappelijke onderzoeken en opvattingen van wetenschappers en beleidsmakers aan bod. Het empirische onderzoek gaat vervolgens in op de perspectieven van professionals over de ervaren mogelijkheden of beperkingen van vraaggerichtheid in het licht van de beleidscontext. De professionals zijn degenen die het contact hebben met cliënten en die vraaggerichtheid in hun dagelijkse behandelingen met cliënten invulling geven. Zij kunnen dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan het debat over vraaggerichtheid.

In het empirische gedeelte van het onderzoek staan daarom de ervaringen van professionals in GGZ-organisaties centraal ten aanzien van het faciliteren van vraaggericht werken in het licht van het overheidsbeleid. De vraagstelling voor het empirisch onderzoek is:

*Hoe ervaren professionals in GGZ-organisaties (psychologen, psychotherapeuten, psychiaters) de mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht werken binnen de hedendaagse nationale beleidscontext en wat is er beleidsmatig voor nodig om vraaggerichtheid te faciliteren?*

De vraagstelling bestaat uit de volgende deelvragen:

- *Welke betekenis geven professionals van GGZ-organisaties aan het begrip 'vraaggerichtheid'?*
- *Welke mogelijkheden en beperkingen ervaren professionals voor vraaggericht werken?*
- *Op welke manier staan beleidsontwikkelingen op nationaal niveau (waaronder de invoering van de marktwerking) in verband met de mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht werken?*
- *Wat is er volgens de professionals beleidsmatig voor nodig om vraaggerichtheid te optimaliseren?*

## **1.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie**

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de ervaringen van GGZ-professionals over de mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht werken in relatie tot de hedendaagse beleidscontext. Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat het bijdraagt aan kennis over vraaggerichtheid en de manier waarop de overheid vraaggerichtheid faciliteert. De resultaten van dit onderzoek kunnen bovendien als basis worden gebruikt in vervolgonderzoek, waarbij de mogelijkheden en beperkingen van vraaggerichtheid in de GGZ wellicht op grotere schaal onderzocht kunnen worden.

De maatschappelijke relevantie is eveneens groot. In de eerste plaats is vraaggerichtheid al tientallen jaren onderwerp op de politieke agenda. De overheid probeert al sinds lange tijd vraaggerichtheid in de zorg te faciliteren (MinVWS, 2001a). Het streven is dat professionals vraaggericht werken in het contact met cliënten. Vraaggerichtheid zal dus tot uiting moeten komen in het primaire proces tussen professionals en cliënten. Om erachter te komen op welke manier het overheidsbeleid dit doel dient, is het van essentieel belang om de visies van professionals in kaart te brengen. De professionals zijn degenen die in hun werk het dichtst bij de behandeling van de cliënt staan en in hun dagelijkse werk te maken (zouden moeten) hebben met vraaggerichtheid. Dit onderzoek werpt daarom licht op de visies van professionals in de GGZ-sector op het overheidsbeleid omtrent vraaggerichtheid. Het onderzoek draagt daarmee bij aan de politieke en maatschappelijke discussie over dit onderwerp vanuit het perspectief van professionals. In de tweede plaats is het onderzoek zeer relevant voor professionals in de GGZ-sector. De resultaten van het onderzoek bieden inzicht in de perspectieven op vraaggericht werken en dragen daarmee bij aan de verheldering van de discussie over vraaggerichtheid voor de professionals zelf.

## **1.6 ASW-verantwoording**

Het masterprogramma 'Sociale vraagstukken: interventie en beleid' van de studie 'Algemene Sociale Wetenschappen' van de Universiteit Utrecht beoogt het verwerven van kennis van de mogelijkheden van interventies in en beleid ten aanzien van sociale vraagstukken, waaronder de zorg. Uitgangspunt hierbij is een interdisciplinaire benadering van vraagstukken vanuit een sociaalwetenschappelijk perspectief, waarbij de relaties tussen individuen, instituties en (nationale) overheid een centrale kwestie vormen (Universiteit Utrecht, 2008).

In dit onderzoek vormt de relatie tussen individu (cliënt en professional), institutie (GGZ-instelling) en nationale overheid (beleid) eveneens het uitgangspunt. Vraaggerichtheid zoals gedefinieerd in dit onderzoek heeft betrekking op microniveau, namelijk de hulpverlener-cliënt relatie. Het thema vraaggerichtheid heeft daarnaast echter ook betrekking op instellingsniveau en het landelijk niveau. De professionals zijn werkzaam binnen een instelling, waar de mogelijkheden aanwezig dienen te zijn, of gecreëerd dienen te worden, om vraaggericht te kunnen werken.

Op landelijk niveau worden beslissingen genomen over (nationaal) beleid, dat invloed heeft op zowel instellingen als individuen (Goudriaan & Vaalburg, 1998). Leidinggevenden en professionals op de werkvloer hebben de taak om het overheidsbeleid te vertalen naar de praktijk. Het overheidsbeleid zou de kaders voor vraaggerichtheid moeten schetsen en daarmee faciliterend moeten zijn. Dit onderzoek legt de relatie tussen vraaggericht werken in het primaire proces tussen professional en cliënt enerzijds, en de beleidsmatige kaders anderzijds. Hierbij is ervoor gekozen het perspectief van professionals te belichten, omdat dan duidelijk wordt welke uitwerking het overheidsbeleid heeft voor de praktijk waar het beleid betrekking op heeft.

## **1.7 Leeswijzer**

De bevindingen van de theoretische verkenning op basis van de bovenstaande theoretische vraagstellingen, staan beschreven in hoofdstuk 2. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 3 de onderzoeksopzet van het empirische onderzoek. Het daaropvolgende hoofdstuk 4 presenteert de resultaten van het empirische onderzoek. In hoofdstuk 5 worden de resultaten samengevat en de conclusies beschreven. Daarnaast omvat dit hoofdstuk een discussie over de betekenis van de empirische bevindingen voor de GGZ-sector en het overheidsbeleid en suggesties voor vervolgonderzoek.

## 2. Theoretische verkenning

---

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt literatuur beschreven over de definities, voorwaarden, mogelijkheden en beperkingen van vraaggericht werken in de GGZ in het licht van de hedendaagse, nationale beleidscontext. In de eerste plaats worden de diverse definities van vraaggerichtheid besproken in §2.2. Het begrip vraaggerichtheid wordt in deze paragraaf bovendien onderscheiden van het begrip vraagsturing. De paragraaf beschrijft vervolgens de definitie van vraaggerichtheid en vraagsturing in het voorliggende onderzoek. Daarnaast worden de voorwaarden voor vraaggerichtheid op institutioneel (organisatie) niveau beschreven. Voorts gaat §2.3 in op het begrip professionalisme. Er wordt besproken welke aspecten kenmerkend zijn voor een professional en welke ontwikkelingen er in grote lijnen plaatsvinden of hebben plaatsgevonden ten aanzien van de waardering van het professionalisme. In §2.4 komt aan bod op welke manier beleidsontwikkelingen op nationaal niveau van belang zijn voor vraaggerichtheid in de GGZ-sector. In de eerste plaats beschrijft de paragraaf de algemene beleidsontwikkelingen in de GGZ. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan de marktwerking in de zorg. Eerst beschrijft de paragraaf de doelstellingen en achterliggende ideeën hiervan en vervolgens de mogelijke consequenties van de marktgerichte GGZ voor de manier waarop professionals in staat worden gesteld om vraaggericht te werken. In §2.5 volgt ten slotte een beschouwing op de theoretische verkenning.

### 2.2 Opvattingen over vraaggerichtheid en vraagsturing in de GGZ

In dit onderzoek staat vraaggerichtheid in de GGZ centraal. Het is allereerst van belang om te verhelderen wat het begrip inhoudt. In de literatuur worden de begrippen ‘vraaggerichtheid’ en ‘vraagsturing’ vaak door elkaar gebruikt. In onderstaande paragrafen worden beide begrippen nader uitgewerkt en worden de verschillende betekenissen van de begrippen verhelderd. Eerst wordt ingegaan op de betekenis van het begrip ‘vraagsturing’. In de daaropvolgende paragraaf wordt uitgewerkt welke verschillende perspectieven er bestaan op het begrip ‘vraaggerichtheid’.

#### 2.2.1 Vraagsturing

De betekenis van de term ‘vraagsturing’ is op het eerste gezicht niet meteen duidelijk. De term omvat de woorden ‘vraag’ en ‘sturing’. Het zou kunnen gaan om de sturing van zorg door de vraag van een cliënt of juist door de (bij)sturing van de vraag van de cliënt door het aanbod van zorg of door een zorginstelling. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1998) onderscheidt drie vormen van vraagsturing, namelijk ‘sturing *van* de vraag’, ‘sturing *op* de vraag’ en ‘sturing *door* de vraag’. Sturing *van* de vraag houdt in dat er wel rekening wordt gehouden met de vraag naar zorg van een cliënt, maar dat dit plaatsvindt binnen de kaders van het aanbod. De vraag naar zorg wordt gestuurd door de zorgaanbieder. Bij sturing *op* de vraag staat er een tussenpersoon centraal tussen de zorgvrager en de – aanbieder. Deze tussenpersoon, zoals een zorgverzekeraar, probeert de positie van de zorgvragers te versterken door namens hen als bemiddelaar op te treden.

Sturing *door* de vraag houdt ten slotte in dat de zorgvrager (cliënt) zelf het aanbod stuurt. Hij kan zelf een keuze maken tussen verschillende zorgaanbieders en heeft de uiteindelijke regie over de behandelbeslissingen en de keuze voor zorgaanbieders (RVZ, 1998; Rijckmans, Garretsen, Van de Goor & Bongers, 2007). De sturing *door* de vraag wordt doorgaans opgevat als ‘vraagsturing’ in de zorg (RVZ, 1998; Bosselaar, 2005; Van der Kraan, 2006). In een vraaggestuurd perspectief expliciteert de zorggebruiker zijn behoeften met betrekking tot het type dienstverlening en, na geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden in zijn situatie, heeft hij de vrijheid te kiezen wat hij wil (Rijckmans e.a., 2007, p. 413). Van der Kraan (2006) sluit zich hierbij aan, door te stellen dat de zorgvrager in een vraaggestuurd perspectief de zeggenschap heeft (Van der Kraan, 2006).

De volgende definitie van vraagsturing wordt gehanteerd door de RVZ: *“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden. Vraagsturing is dus de facilitering van vraaggerichte zorgverlening.”* (RVZ, 1998; p.13).

Vraagsturing kan volgens Bosselaar (2005) op verschillende niveaus betrekking hebben, namelijk op macroniveau, mesoniveau en op microniveau, waarbij vraagsturing wordt gezien als sturingmechanisme van overheid, organisaties of individuen. Vraagsturing op macro- en mesoniveau wordt bedoeld dat het beleid (van de overheid of van de organisatie) zich laat sturen door de vraag van cliënten, zodat het zorgaanbod kan worden afgestemd op deze zorgvraag (Van Diest e.a., 2002). Deze vraagsturing maakt het mogelijk dat er beter kan worden ingespeeld op de wensen en belangen van cliënten. Vraagsturing op microniveau krijgt invulling door cliënten middelen aan te reiken om hun eigen zorg in te kopen, bijvoorbeeld door middel van het persoonsgebonden budget (Van Diest e.a., 2002). Indien cliënten beschikken over eigen middelen om het zorgaanbod samen te stellen, kunnen zij zelf bepalen welke zorg zij kiezen. Op die manier is het zorgaanbod gericht op hun eigen wensen en behoeften.

### **2.2.2 Vraaggerichtheid**

In de inleiding werd al duidelijk dat er in een vraaggericht perspectief naar wordt gestreefd de wensen en de behoeften van de cliënt centraal te stellen in het behandelingsproces. De individuele vraag van de cliënt dient richtinggevend te zijn voor het aanbod van zorg (MinVWS, 2001a; Van Diest e.a., 2002). In de literatuur blijken er echter verschillen te bestaan in de concrete definiëring van het begrip ‘vraaggerichtheid’. De term suggereert dat er - door iets of iemand - wordt gericht op de vraag van de cliënt. Op welke manier dit ‘richten op de vraag’ vorm krijgt, wordt uit de term niet direct duidelijk. In de literatuur zijn hierover verschillende opvattingen.

#### **De cliënt vraagt, de professional draait**

In de meest letterlijke vorm van de term vraaggerichtheid, is de opvatting dat de cliënt iets vraagt en dat de professional deze wens als uitgangspunt neemt en hieraan voldoet. In het hulpverleningsproces in de GGZ zou dit betekenen dat de vraag van cliënten bepalend is voor het zorgaanbod van een professional of van een GGZ-instelling. Een professional of (het management van) een instelling laat zich sturen door de vragen die de cliënten stellen. De cliënt heeft het voor het zeggen en de uiteindelijke besluitvorming over het zorgaanbod ligt in diens handen. In de literatuur wordt deze opvatting van vraaggerichtheid echter als weinig realistisch beschouwd.

Het is onwaarschijnlijk dat de cliënt de inhoud van de zorg bepaalt, zonder dat de hulpverlener of de hulpverlenende organisatie daarover iets te zeggen heeft (Van Diest, 2002). De term suggereert onterecht een eenrichtingverkeer: de cliënt bepaalt zijn vraag en het aanbod moet deze vraag weerspiegelen (Van Vliet, 2002). Dé vraag bestaat echter meestal (nog) niet, maar wordt tijdens het hulpverleningsproces gevormd en kan na verloop van tijd veranderen. Cliënten kunnen bijvoorbeeld op korte termijn andere behoeften hebben dan op langere termijn (Tonkens, 2003, p. 35). Een verslaafde kan in eerste instantie behoefte hebben aan drugs of alcohol, maar tegelijkertijd ook de behoefte aan hulp om af te kicken. Het hoeft ook niet zo te zijn dat de vraag waarmee een cliënt binnenkomt, ook daadwerkelijk de vraag is die hij beantwoord wil krijgen. Misschien is de cliënt zich bijvoorbeeld (nog) niet bewust van de problematiek (Tonkens, 2003).

### **Het aanbod afstemmen op de vraag**

Een opvatting over vraaggerichtheid die in de literatuur veelal wordt aangetroffen, is dat het zorgaanbod wordt afgestemd op de wensen van de cliënt. In deze opvatting heeft niet alleen de cliënt het voor het zeggen, maar wordt het zorgaanbod bepaald door zowel cliënt als hulpverlener en de zorgorganisatie. Een aantal definities richt zich in dit perspectief voornamelijk op de rol van de hulpverlener, waarbij deze inspanningen doet om het zorgaanbod op de wensen van de cliënt af te stemmen (Knulst, 2003, in: Van de Kraan, 2006; Van der Kraan & Van der Grinten, 2004; Rijckmans e.a., 2007). Rijckmans e.a. (2007) stellen dat de professional in een vraaggericht perspectief rekening houdt met de wensen van de cliënt, maar dat de uiteindelijke besluitvorming in het zorgproces in handen ligt van de hulpverlener. De RVZ (1998) beschrijft dat de cliënt samen met de hulpverlener een inspanning levert om de hulp te ontvangen die voldoet aan diens wensen.

Op institutioneel niveau betekent deze opvatting van vraaggerichtheid dat het aanbod van een zorginstelling wordt afgestemd op, of gecreëerd op basis van, de vraag van de cliënt. Dit perspectief veronderstelt dat de cliënt weloverwogen keuzes kan maken en de behoefte aan zorg helder kan definiëren. Bij het kiezen van het juiste zorgaanbod, wordt er verondersteld dat cliënten de mogelijkheden hebben om aan te geven wat zij willen (een *voice* optie). Daarnaast moet de cliënt voldoende mogelijkheden hebben om, op het moment dat hij een zorginstelling heeft gevonden, weg te gaan (een *exit* optie) (Tonkens, 2003). De kritiek hierop werd al besproken, namelijk dat het niet vanzelfsprekend is dat de cliënt ‘het beste’ kiest op basis van zijn vraag. De opvatting veronderstelt ook dat de cliënt beschikt over volledige informatie om een keuze te kunnen maken. Volgens Van der Kraan (2006) zijn zorgvragers echter afhankelijk van zorgaanbieders om informatie te verkrijgen over het zorgaanbod en om hun behoeften kenbaar te maken. Hulpaanbieders weten over het algemeen meer over het zorgaanbod, wat zorgt voor informatieasymmetrie. Ook betoogt Van der Kraan (2006) dat de gezondheidszorg nog onvoldoende transparant is voor zorgvragers, wat het maken van keuzen belemmert (paragraaf 2.4.5 gaat verder in op transparantie in de zorg).

Beide perspectieven op vraaggerichtheid lijken niet de volle omvang van het begrip te omvatten. De manier waarop de vraag van de cliënt tot stand komt en de relatie tussen hulpverlener en cliënt komen in de perspectieven maar beperkt naar voren. In het eerste perspectief is daarvoor helemaal geen aandacht, terwijl het tweede perspectief wel veronderstelt dat er een interactie nodig is om het aanbod op de vraag te kunnen afstemmen. Toch blijft in dat perspectief onduidelijk op welke manier de hulpverlener en cliënt in interactie tot een (hulp)vraag komen en daarbij de juiste middelen en doelen zoeken. Een derde perspectief neemt daarentegen de interactie tussen hulpverlener en cliënt en de manier waarop de vraag van de cliënt tot stand komt, als de centrale uitgangspunten.

### **Vraaggerichtheid als interactief proces**

De RVZ (1998) maakt onderscheid tussen *wants*, *needs* en *demands*. De *wants* zijn de subjectieve behoeften, wensen en verwachtingen van de cliënt. De *needs* worden omschreven als de behoeften aan zorg volgens de opvattingen van de hulpverlener. De *demands* zijn de subjectieve behoeften die daadwerkelijk worden vertaald naar de vraag naar zorg (RVZ, 1998). Deze begrippen roepen de nodige discussie op. Het onderscheid tussen de ‘subjectieve’ behoeften van de cliënt en de ‘objectieve’ behoeften zoals bepaald door de zorgverlener, veronderstelt een bepaalde mate van onderschikking. Het lijkt alsof de subjectieve behoeften niet de juiste zijn (Goudriaan & Vaalburg, 1998). Desalniettemin geeft deze typering van behoeften wel aan dat de vraag van een cliënt niet onverkort als uitgangspunt wordt genomen in een behandeling, maar dat er een proces plaatsvindt tussen hulpverlener en cliënt waarin de vraag wordt vastgesteld. Een open relatie tussen hulpverlener en cliënt is in dit proces noodzakelijk. De hulpverlener dient zich in te leven in de positie van de hulpvrager en de cliënt dient duidelijk te maken wat hij wil. De hulpverlener ondersteunt en begeleidt de cliënt in het verhelderen van de problemen en de wensen over de middelen om de problemen aan te pakken (RVZ, 1998). De cliënt dient ondersteund te worden zonder dat de regie door de hulpverlener wordt overgenomen (Bosselaar, Van der Wolk, Zwart & Spies, 2002).

### *Individuele, vraaggerichte benadering*

Coenen-Hanegraaf, e.a. (1998) benoemen het hulpverleningsproces als een individuele, vraaggerichte benadering. In deze benadering wordt uitgegaan van de mogelijkheden en de kracht van mensen. De behandeling wordt bepaald in samenspraak met de cliënt. Deze heeft daarbij een eigen verantwoordelijkheid en maakt zoveel mogelijk zelf keuzes, waarin de cliënt wordt ondersteund door de professional. Van belang is dat de zorg aansluit bij de subjectiviteit van de cliënt en aansluit bij diens wensen, perspectieven en competenties (Coenen-Hanegraaf e.a., 1998; Coenen-Hanegraaf & Valkenburg, 2002).

De relatie tussen hulpverlener en cliënt wordt gekenmerkt door respect en gelijkwaardigheid (Coenen-Hanegraaf e.a., 1998; Van Diest e.a., 2003). Van Vliet (2002) geeft aan dat vraaggerichtheid betrekking heeft op de benaderingswijze door de zorgaanbieder, zoals de cliënt serieus nemen, luisteren en samen zoeken naar oplossingen. Volgens Van der Laan (2002) wordt aanbod samengesteld op basis van de behoeften van de individuele cliënt en dit vereist maatwerk: het hier-en-nu is belangrijk. De vraag van de cliënt kan gedurende het hulpverleningsproces veranderen. Daarom is er sprake van een interactief proces, dat door Van der Laan (2002) wordt getypeerd als “*pendelverkeer tussen vraag en aanbod*” (p. 51). Het opstellen van een hulpverleningsplan is een dynamisch proces dat herhaaldelijk wordt bijgestuurd (Van der Laan, 2002).

Een belangrijk aspect in het hulpverleningsproces is het exploreren van de vraag vanuit de belevingswereld van de cliënt. De ‘belevingswereld’ wil zeggen, de ideeën, gevoelens, oplossingen en competenties van de cliënt (Van Haaster, 2001, in: Van Diest e.a., 2002, p. 45). In de hulpverlening zijn niet alleen de vragen en behoeften met betrekking tot de psychische of psychiatrische problematiek van belang, maar alle aspecten in het levensspectrum van de cliënt. Er dient dus aandacht te zijn voor de totale beleving van de problematiek door de cliënt.

### *Discretionaire ruimte*

In dit beschreven perspectief op vraaggerichtheid is het uitgangspunt dat de professional aansluiting zoekt bij de leefwereld van de cliënt met diens vragen en behoeften. De professional begeleidt en ondersteunt de cliënt in de hulpvraagverduidelijking tijdens een interactief proces. Hulpverleners hebben daarbij niet alleen te maken met de behoeften en belangen van de cliënt, maar ook met hun eigen opvattingen en belangen (Van der Kraan, 2006). Volgens Tonkens (2003, 2004) streven professionals in de zorg (idealiter) een hoger doel na, namelijk het welzijn van cliënten. Professionals in de zorg hebben een zogenaamde *discretionaire* ruimte, waarin naar eigen inzicht gehandeld kan worden en beslissingen worden genomen (Tonkens, 2003; p. 145). Gastelaars (1997) geeft aan dat het aan de hulpverlener is in hoeverre hij of zij rekening houdt met de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en in hoeverre de hulpverlener ruimte maakt voor de inbreng van de cliënt (Gastelaars, 1997). Hulpverleners dienen er voor te hoeden dat zij vanuit hun deskundigheid denken te weten wat goed is voor de cliënt, zonder zich voldoende te verplaatsen in de leefwereld van de individuele cliënt. Dit kan zich vooral voordoen indien cliënten in mindere mate in staat zijn hun hulpvraag te expliciteren. Het is daarom van groot belang dat de hulpverlener de cliënt voldoende informeert en dat beslissingen altijd in samenspraak met de cliënt worden genomen (RVZ, 1998).

In het bovenstaande zijn de verschillende opvattingen over vraaggerichtheid uiteengezet. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de definitie van vraaggerichtheid en vraagsturing in het huidige onderzoek.

### **2.2.3 Definitie vraaggerichtheid en vraagsturing in het huidige onderzoek**

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat de begrippen ‘vraaggerichtheid’ en ‘vraagsturing’ verschillende betekenissen hebben. *Vraagsturing* wordt vooral gezien als sturingsmechanisme op individueel, institutioneel en nationaal (beleidsmatig) niveau gezien.

Op individueel niveau stuurt de vraag van de cliënt het aanbod, bijvoorbeeld door zelf een zorgverlener te kiezen middels het persoonsgebonden budget. Indien de cliënt het aanbod van een organisatie stuurt, wordt gesproken van vraagsturing op institutioneel niveau. Op nationaal niveau zou vraagsturing betekenen dat de vraag van de cliënt uitgangspunt vormt in de totstandkoming van beleid(maatregelen).

In het onderzoek wordt vraagsturing als volgt gedefinieerd:

*“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden. Vraagsturing is dus de facilitering van vraaggerichte zorgverlening.”* (RVZ, 1998; p.13).

Vraagsturing heeft volgens deze opvatting betrekking op het faciliteren van vraaggerichtheid.

Over *vraaggerichtheid* bestaan diverse opvattingen. In dit onderzoek wordt (vooralsnog) aangesloten bij de derde opvatting, waarin vraaggerichtheid betrekking heeft op het primaire hulpverleningsproces tussen professional en cliënt. Vraaggerichtheid wordt in dit onderzoek opgevat als:

*“Een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverleners die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”* (RVZ, 1998; p. 13).

De professional probeert aansluiting te zoeken bij de cliënt en bij diens subjectieve betekeniswereld. Er wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de cliënt en diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij de professional samen met de cliënt op zoek gaat naar de hulpvraag en naar passende oplossingen. De term omvat zodoende meer dan “de vraag bepaalt het aanbod” of “het aanbod wordt afgestemd op de vraag”. De reden voor deze keuze is dat deze opvatting van vraaggerichtheid het meest realistisch lijkt. Het is onwaarschijnlijk dat de cliënt de inhoud van de zorg volledig zelfstandig bepaalt, zonder dat de professional of de hulpverlenende organisatie daarover iets te zeggen heeft. Bovendien bestaat dé vraag van de cliënt meestal nog niet, maar wordt deze in het hulpverleningsproces bepaald in interactie tussen professional en cliënt. De cliënt is ook in bepaalde mate afhankelijk van de professional in het verkrijgen van informatie over de behandelingsmogelijkheden. Professionals hebben de inhoudelijke deskundigheid op basis van hun opleiding en ervaring, terwijl cliënten ervaringsdeskundigheid hebben. De interactie tussen professional en cliënt is daarom in behandeling essentieel, om ervoor te zorgen dat de professional optimale ondersteuning kan bieden aan de cliënt om tot gezamenlijke doelen en middelen te komen.

In het voorliggende onderzoek wordt aan professionals gevraagd wat zij verstaan onder vraaggerichtheid. Het zal duidelijk worden of de geschetste opvatting in de theoretische verkenning overeenkomt met de opvattingen van professionals. Indien nodig kan de definitie van vraaggerichtheid op basis van de onderzoeksresultaten zowel worden bijgesteld in dit onderzoeksrapport als aanleiding geven voor de herziening van de definitie in het bredere debat over vraaggerichtheid. De visie van professionals biedt hierop een belangrijk perspectief, omdat vraaggerichtheid betrekking heeft op het primaire proces tussen professional en cliënt.

In dit onderzoek staat centraal welke opvatting GGZ-professionals hebben over vraaggerichtheid en op welke manier het overheidsbeleid als faciliterend wordt ervaren door professionals om vraaggericht te werken. Volgens de definitie van de RVZ (1998) wordt het faciliteren van vraaggerichtheid omschreven als vraagsturing. Sommigen geven er de voorkeur aan om het begrip ‘vraagsturing’ te vermijden om het idee van ‘u vraagt, wij draaien’ te voorkomen (Van der Kraan, 2006). In de rest van dit onderzoeksrapport wordt daarom gesproken over ‘het faciliteren van vraaggerichtheid’, om verwarring over het begrip vraagsturing te voorkomen. Overigens is vraagsturing op het niveau van het individu – bijvoorbeeld persoonsgebonden budgettering – in dit onderzoek niet de focus. Centraal staat de relatie tussen professional en cliënt in een vraaggericht perspectief enerzijds en het overheidsbeleid anderzijds. Mogelijkerwijs komt vraagsturing op microniveau echter wel aan de orde tijdens de uitvoering van het onderzoek, bijvoorbeeld omdat persoonlijke budgettering consequenties heeft voor het samenstellen van het zorgaanbod tijdens het hulpverleningsproces.

GGZ-professionals zijn werkzaam binnen een instelling (mits zij niet als zelfstandige werken), waar de mogelijkheden aanwezig dienen te zijn, of gecreëerd dienen te worden, om vraaggericht te kunnen werken. De organisatie staat daarmee in direct verband met het overheidsbeleid en zal de omslag van overheidsbeleid naar praktijk moeten maken. De professional dient optimaal ondersteund te worden door zowel de overheid als door de organisatie in vraaggericht werken. In de volgende paragraaf wordt uiteengezet welke voorwaarden er op institutioneel (organisatie) niveau nodig zijn om vraaggericht werken in het primaire proces mogelijk te maken.

## **2.2.4 Voorwaarden van vraaggerichtheid in de GGZ op mesoniveau**

Van Diest e.a. (2002) beschrijven een aantal voorwaarden op institutioneel niveau voor een vraaggerichte GGZ. De kern van vraaggerichtheid ligt volgens Van Diest e.a. (2002) in het primaire proces tussen hulpverlener en cliënt. De hulpverlener dient over bepaalde vaardigheden en middelen te beschikken om vraaggericht te kunnen werken. De organisatie dient hiertoe randvoorwaarden te creëren. In het onderstaande zijn de belangrijkste voorwaarden van Van Diest e.a. (2002) beschreven die van belang zijn voor dit onderzoek. Bijlage 1 bevat een overzicht van alle criteria van Van Diest e.a. (2002). De criteria geven aan welke voorwaarden er in een organisatie van belang zijn om vraaggericht te kunnen werken.

### **Organisatorische voorwaarden**

Het management van GGZ-organisaties heeft volgens Van Diest e.a. (2002) een belangrijke rol in het faciliteren van vraaggerichte zorg door hiervoor de randvoorwaarden te creëren. In zowel het organisatiebeleid, als in de sfeer, cultuur en bejegening, dient vraaggerichtheid een duidelijk uitgangspunt te zijn. Van Diest e.a. (2002) stellen dat GGZ-instellingen nog te weinig doen om hun medewerkers daadwerkelijk vraaggericht te laten werken. Organisaties en hulpverleners handelen nog te veel vanuit het aanwezige aanbod en hun eigen referentiekader (Goudriaan & Vaalburg, 1998; Van Diest e.a., 2002). Managers hebben de taak om een vraaggerichte houding te stimuleren bij de hulpverleners. Bovendien zouden medewerkers elkaar ook moeten stimuleren om vraaggericht te werken. Trainingen en intervisies kunnen ondersteunen in het ontwikkelen en behouden van vraaggerichte vaardigheden (Van Diest e.a., 2002).

Naast het aanbieden van trainingen en intervisies kan de organisatie vraaggerichtheid faciliteren door ervoor te zorgen dat professionals voldoende flexibiliteit hebben om in te kunnen gaan op concrete vragen van de cliënt en ervoor te zorgen dat zij hierbij voldoende handelingsvrijheid hebben. Het management dient daarom voldoende middelen, zoals tijd en geld, ter beschikking te stellen om in te kunnen spelen op de behoeften van de cliënten. Ook het is belangrijk dat het management vertrouwen heeft in de professional, zodat de professional in staat wordt gesteld om autonoom te handelen en keuzes te maken op basis van de behoeften van cliënten. Niet alle zorgvragen van cliënten zullen echter in de betreffende GGZ-organisatie beantwoord kunnen worden. De hulpvraag van een cliënt wordt idealiter integraal gedefinieerd en samenwerking met andere organisaties is belangrijk om de cliënt te kunnen bieden wat hij nodig heeft. De GGZ-organisatie dient daarom op de hoogte te zijn van het aanbod van andere organisaties en dient de cliënt indien nodig te begeleiden naar andere hulpverleners (Van Diest e.a., 2002). Deze bevinding omvat in het licht van de huidige beleidsontwikkelingen mogelijk een tegenstrijdigheid. De invoering van marktprikkels zorgt er namelijk voor dat organisaties met elkaar moeten concurreren. Tegelijkertijd is het voor een vraaggerichte GGZ van belang dat organisaties samenwerken. Interessant is de vraag op welke manier professionals in GGZ-organisaties dit mogelijke spanningsveld ervaren. Wellicht ervaren zij voornamelijk dat andere GGZ-organisaties 'concurrenten' zijn, of wellicht werken zij liever samen met andere organisaties. De ervaringen van professionals zijn nodig om hierover duidelijkheid te verkrijgen.

### **Zorgprogramma's**

Naast de bovengenoemde randvoorwaarden van vraaggericht werken, noemen Van Diest e.a. (2002) de ontwikkeling van zorgprogramma's in de GGZ. Het werken met zorgprogramma's in de GGZ is niet noodzakelijkerwijs een voorwaarde om vraaggericht te kunnen werken, maar wel een relevante ontwikkeling in relatie tot vraaggerichtheid.

Zorgprogramma's beschrijven welke stappen ondernomen kunnen worden in de diagnostiek en behandeling van de problematiek bij bepaalde diagnoses. Van Diest e.a. (2002) geven aan dat zorgprogramma's door de overheid als een effectieve methode worden beschouwd om vraaggericht te werken, indien deze zijn gebaseerd op de vraag van cliënten. Het is volgens Van Diest e.a. (2002) daarom van belang om bij het samenstellen van de programma's cliënten te betrekken, zodat zij kunnen meebeslissen over de invulling van de programma's. Om vraaggericht te kunnen werken is het wel van belang dat hulpverleners voldoende flexibiliteit hebben in het werken met de zorgprogramma's. Indien de stappen in het hulpverleningsproces te veel vastliggen, hebben professionals mogelijk onvoldoende ruimte om naar eigen inzicht te handelen; de zogenoemde *discretionaire ruimte* (Tonkens, 2004).

Geformaliseerde zorgprogramma's kunnen vraaggericht werken in dat geval in de weg zitten. De kans bestaat dat zorg aan cliënten wordt 'opgedrongen', zonder dat deze daadwerkelijk aansluit bij diens wensen (Van Diest e.a., 2002; p. 60). Het gevaar bestaat ook dat zorg teveel wordt gespecialiseerd, waardoor cliënten met meerdere problemen lastig onder te brengen zijn binnen een zorgprogramma (Van Diest e.a., 2002).

## **2.3 Professionalisering**

In bovenstaande paragrafen is beschreven welke opvattingen er zijn over vraaggerichtheid, welke aspecten van belang zijn in een vraaggerichte manier van werken en welke institutionele voorwaarden vraaggericht werken door professionals mogelijk maakt. Het is duidelijk geworden dat vraaggerichtheid betrekking heeft op het primaire proces tussen professional en cliënt. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan het begrip 'professionalisme'. Er wordt besproken wat de kenmerken zijn van professionalisme en welke ontwikkelingen er globaal plaatsvinden of hebben plaatsgevonden ten aanzien van de waardering van het professionalisme. De uitwerking van dit begrip is relevant omdat in de eerste plaats duidelijk wordt wat het professionalisme kenmerkt. In de tweede plaats wordt inzichtelijk op welke manier professionalisme van belang is in een vraaggericht perspectief.

### **2.3.1 Professionalisme**

Dit onderzoek gaat over vraaggericht werken door GGZ-professionals. Maar wat betekent het om een professional te zijn? Freidson (2001) noemt een aantal kenmerken van een professional volgens een ideaaltypisch beeld. Dit betekent dat er een zuiver, theoretisch beeld van professionalisme wordt geschetst en dat professionals in de praktijk niet strikt aan alle kenmerken voldoen. Freidson (2001) noemt de beschrijving van deze ideaaltypische verschijning van professionalisme, de professionele 'logica'. Volgens Freidson (2001) kenmerkt een professional zich door a) kennis en vaardigheden die officieel gebaseerd zijn op abstracte theorieën en concepten en die een bepaalde mate van discretie vereisen, b) een beroepsmatig werksegment, c) een beroepsmatig gecontroleerde toetreding tot en groei in de arbeidsmarkt die scholing vereist, d) een beroepsmatig gecontroleerd scholingsprogramma om nieuwe kennis te blijven ontwikkelen en e) een bepaalde toewijding of 'roeping' voor het werk van de professional (Freidson, 2001). Deze kenmerken van professionalisme zoals beschreven door Freidson (2001) worden in het onderstaande kort toegelicht.

### **Kennis en vaardigheden**

Een professie kenmerkt zich door gespecialiseerd werk. Dit houdt in dat het werk alleen door iemand kan worden uitgevoerd die daarvoor is opgeleid en de nodige ervaring heeft. Het werk kan niet worden gestandaardiseerd, omdat het specialistisch werk betreft. Freidson (2001) spreekt over “*discretionaire specialisatie*” (p. 23), waarmee hij bedoelt dat het werk van professionals zeer gedetailleerd en gespecialiseerd is en dat een professioneel oordeel vereist is om het werk succesvol te kunnen uitvoeren. Het werk van een professional bestaat uit het behandelen van individuele gevallen die elk anders zijn. Een professional moet dus rekening houden met individuele variatie tussen de ‘gevallen’ die hij behandelt en er moet ruimte zijn om van routines af te wijken, om de behandeling aan te passen aan de individuele omstandigheden.

### **Werksegment**

Een belangrijk aspect van professionalisme is dat het werk vormgegeven is in één of meerdere specialismen. Een specialisatie van werk verhoudt zich op een bepaalde manier tot andere specialisaties zodat specialisaties van elkaar worden onderscheiden en elkaar kunnen aanvullen (Freidson, 2001).

In de GGZ zijn er vele specialisaties denkbaar, bijvoorbeeld de behandeling van angststoornissen bij volwassenen, gedragsproblematiek bij jonge kinderen of verslavingsproblematiek bij jongeren. Elke specialisme bepaalt hoe het werk wordt uitgevoerd, de individuele leden van de beroepsgroep controleren elkaar op het werk en zij zijn de enige die dit werk mogen uitvoeren. De beroepsgroep bepaalt zelf welke specialismen er zijn en wat deze inhouden (Freidson, 2001).

### **Toetreding tot en groei op arbeidsmarkt**

De toetreding tot de arbeidsmarkt van een professie wordt bepaald door de beroepsgroep van de professionals zelf (Freidson, 2001). Zo bestaat er in de GGZ bijvoorbeeld het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP); een landelijke beroepsvereniging voor psychologen (FGzP, 2008). Professionals verenigen zich als beroepsgroep en hebben het exclusieve recht om te bepalen welke kwalificaties er gelden voor de functies binnen de beroepsgroep. De groei op de arbeidsmarkt die professionals doormaken kenmerkt zich volgens Freidson (2001) als “horizontale groei” (p. 76). De mobiliteit zit niet zozeer in de groei naar hogere functies (verticale groei), maar een groei in reputatie en prestige (Freidson, 2001). Een psycholoog of psychiater zal bijvoorbeeld vooral groeien in ervaring, erkenning en aanzien en zal over het algemeen minder gericht zijn op doorgroeien naar een hogere (management)functie.

### **Scholing**

De uitoefening van een professie vraagt om een specifieke scholing, waarin zowel theoretische inzichten als praktische kennis en vaardigheden worden bijgebracht. De instituten die de kennis overbrengen, zoals universiteiten, kunnen de kennis blijven uitbreiden (Freidson, 2001). Zo kan bijvoorbeeld een faculteit waar klinische psychologie wordt gegeven, onderzoek doen naar onderwerpen binnen het vakgebied om kennis en inzichten te ontwikkelen.

### **Ideologie**

Ten slotte noemt Freidson (2001) het kenmerk ‘ideologie’. Professionals kenmerken zich door een ideologie om het goede te doen, waar zij tevredenheid uit halen. Freidson (2001) spreekt over een ‘roeping’ die professionals hebben voor hun werk. Het werk van professionals is uitdagend en interessant omdat het complex is en een bepaalde mate van discretie vereist. Professionals streven met het uitoefenen van hun werk een hoger doel na, namelijk het bewaken van het publieke goed.

Kenmerkend voor een professional is dus dat hij gespecialiseerd werk doet waarbij een professioneel en discreet oordeel nodig is om het werk te kunnen uitvoeren. De professional werkt vanuit een ideologie om het werk goed te doen. Een professional heeft een discretionaire ruimte nodig waarin hij naar eigen inzicht kan handelen, op basis van theoretische kennis en praktische ervaring. Het is namelijk van belang dat de professional ruimte heeft om behandelingen aan te passen aan individuele situaties. Deze handelingsvrijheid is niet alleen een essentieel aspect van het professionalisme (Freidson, 2001), maar bovendien een centraal kenmerk om vraaggericht te kunnen werken (Tonkens, 2003). De professional moet de ruimte hebben om aan te sluiten bij de cliënt en beslissingen te nemen over de beste behandeling voor een cliënt. De interactie tussen professional en cliënt als belangrijk kenmerk van vraaggerichtheid, komt ook in de bovenstaande kenmerken van professionalisme naar voren. De professional zoekt naar de betekenis van problematiek voor de individuele cliënt en probeert daar zo goed mogelijk bij aan te sluiten en de behandeling daarop af te stemmen. Een professional kan dit alleen realiseren indien er een interactie bestaat met de cliënt, zodat de professional zich kan verplaatsen in de leefwereld van de cliënt en kan ontdekken wat de cliënt nodig heeft.

Vraaggericht werken en professionalisme liggen zodoende in elkaars verlengde: om vraaggericht te kunnen werken — dat wil zeggen aan te kunnen sluiten bij de cliënt — is het belangrijk om professioneel te kunnen handelen, dus om voldoende ruimte en flexibiliteit te hebben om vanuit eigen kennis en ervaring en die van de cliënt te handelen. Vraaggerichtheid veronderstelt daarmee dat een hulpverlener over de kenmerken beschikt van een professional en dat hij daarover *kan* beschikken, dus dat hij door zowel de organisatie als de overheid wordt erkend en ondersteund in het professionalisme.

Het denken over het professionalisme is echter niet zo vanzelfsprekend als in het bovenstaande is geschetst, maar is sterk in ontwikkeling. In de volgende paragraaf wordt besproken welke ontwikkeling het denken over het begrip professionalisme heeft doorgemaakt en welke betekenis hieraan wordt gegeven in theoretisch en maatschappelijk debat.

### **2.3.2 De-professionalisering**

#### **Kritiek op professionalisme**

Sinds de jaren '70 is het professionalisme hevig bekritiseerd. De opvatting ontstond dat professionals slechts een eenzijdige kijk op het probleem van cliënten hadden. Professionals beschikten over wetenschappelijke kennis, maar zonder de inbreng van de ervaringsdeskundigheid van cliënten zouden de professionals niet in staat zijn om tot een juiste diagnose te komen. Ook werd er gesteld dat professionals veel disciplinaire macht zouden hebben en daarvan misbruik zouden kunnen maken. Professionals zouden meer geïnteresseerd zijn in het behouden van hun baan en daarmee nieuwe problemen creëren in plaats van problemen oplossen. Er ontstond minder vertrouwen in professionals als bewakers van het publieke goed. Als reactie hierop eisten cliënten en patiënten een sterkere 'voice' optie (hun stem laten horen via cliëntenbewegingen en cliëntenrechten) en meer 'exit' opties (meer eigen keuze in zorg en professionals). Professionals moesten in toenemende mate rekenschap afleggen (Kremer & Tonkens, 2006).

#### **Bureaucratische logica**

Mede hierdoor ontstond een beweging van bureaucratisering (Freidson, 2001; Kremer & Tonkens, 2006). De bureaucratische logica komt volgens Kremer en Tonkens (2006) voort uit de behoefte om het werk van professionals te kunnen controleren en (via de wet) vast te leggen in procedures en standaarden. Cliënten eisten recht op goede service en behandeling en daarvoor was het nodig dat professionals rekenschap aflegden over hun werk.

Doordat procedures in de hulpverlening werden vastgelegd, hadden professionals minder ruimte om naar eigen inzicht te handelen vanuit het idee ‘het goed te doen’. Dit heeft als voordeel dat iedereen gelijke rechten heeft en op dezelfde manier behandeld wordt. De keerzijde is echter dat er weinig ruimte is om de hulpverlening aan te passen aan de individuele situatie (Kremer & Tonkens, 2006). Bosselaar (2005) spreekt in dit verband over ‘professionele bureaucratie’ (Bosselaar, 2005, p. 21). Professionals worden in een professionele bureaucratie niet gestimuleerd om in te spelen op de individuele behoeften van cliënten, maar om cliënten in te delen in de juiste categorieën. Cliënten worden daarbij vooral benaderd als individuele objecten in plaats van als unieke mensen (Bosselaar, 2005). In de bureaucratische logica krijgt vraaggerichtheid een smallere betekenis. Professionals zijn minder in staat om naar eigen inzicht te handelen vanuit het idee het goede te doen voor de cliënt, doordat professionals zich meer aan regels en procedures moeten houden. Vraaggerichtheid zou in deze bureaucratische logica kunnen betekenen dat de vraag van de cliënt wordt bepaald door professional en cliënt, waarbij interactie in bepaalde mate mogelijk is. De keuze voor een behandeling is dan echter vooral een kwestie van de cliënt met diens hulpvraag onderbrengen in de juiste categorie. Er zal in dat geval minder interactie over en weer tussen professional en cliënt zijn, omdat er simpelweg minder geïndividualiseerde mogelijkheden tot behandeling zijn. In een bureaucratische logica kan vraaggerichtheid dus maar voor een deel tot uiting komen in het primaire proces tussen professional en cliënt.

### **Marktlogica**

In de jaren '80 werden er marktprincipes geïntroduceerd in de zorg, onder andere met het idee dat de cliënten meer inspraak zouden moeten hebben zonder de langzame en logge procedures van de bureaucratische logica (Tonkens, 2003; Kremer & Tonkens, 2006). In de marktlogica is de cliënt een consument en kiest hij de beste service. Aanbieders concurreren onderling met elkaar om de gunst van de cliënt. Er wordt verondersteld dat de zorg in de marktlogica vraaggericht is, omdat het aanbod van zorg wordt afgestemd op de wensen van de cliënt (zie ook paragraaf 2.4.2 over ‘Marktwerking in de zorg’). De mogelijkheid van cliënten om op elk gewenst moment weg te gaan bij een hulpverlener en een andere hulpverlener te zoeken (de ‘exit’ optie), vormt volgens Kremer en Tonkens (2006) mogelijk een bedreiging voor de relatie en het vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt. Continuïteit van zorg is echter juist een belangrijke voorwaarde in de relatie tussen professional en cliënt (Kremer & Tonkens, 2006). De vraag is bovendien wie er verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden; zal de consument bereid zijn te betalen voor professionele innovatie (Freidson, 2001; Kremer & Tonkens, 2006)? Daarentegen is het ook denkbaar dat er juist meer ruimte is voor scholing van en specialisatie door professionals, omdat het door de overheid en/of door organisaties belangrijk wordt gevonden dat professionals zo goed mogelijk kunnen aansluiten bij de vraag van cliënten en dat daar zodoende in wordt geïnvesteerd. In dat geval zou de marktlogica het professionalisme juist kunnen versterken, mits het duidelijk is wie daarvoor de verantwoordelijkheid en de mogelijkheden hebben.

In de marktlogica is vraaggerichtheid op te vatten als “de cliënt vraagt, de professional draait” of als “het afstemmen van het aanbod op de vraag”, omdat wordt verondersteld dat de cliënt een bepaalde vraag heeft en dat de zorgaanbieder de hulpverlening afstemt op deze vraag. Eerder werd de kanttekening van deze smalle opvatting van vraaggerichtheid al genoemd. De hulpvraag van de cliënt en de keuze voor een behandeling komen veelal juist tot stand in interactie tussen professional en cliënt, waarbij kennis en ervaring van de professional en cliënt worden samengebracht. De waarschijnlijkheid van deze opvatting van vraaggerichtheid is zodoende te betwijfelen.

### **Professionalisme als ‘derde logica’**

Freidson (2001) noemt ‘professionalisme’ ook wel ‘de derde logica’. De bureaucratische logica en de marktlogica overstemmen de professionele logica, omdat de uitgangspunten in deze twee logica’s in bepaalde opzichten strijdig zijn met de uitgangspunten in de professionele logica. Zo gaat de bureaucratische logica er vanuit dat elk individu op dezelfde manier behandeld wordt en dat het hulpverleningsproces in protocollen is vastgelegd. De professionele logica gaat er daarentegen vanuit dat elk individu uniek is en een andere behandelingswijze vraagt. De professional heeft de ruimte nodig om naar eigen inzicht te handelen. De marktlogica gaat er vanuit dat alle marktpartijen hun eigen belang nastreven en dat cliënten de hulp ontvangen die zij vragen. De professionele logica gaat er daarentegen vanuit dat hulpverlening draait om het bewaken van het publieke goed en om cliënten te helpen, ongeacht de duur van de behandeling en de kosten die daarmee gepaard gaan (Tonkens, 2003). Zodoende wordt een proces van ‘de-professionalisering’ gevreesd, omdat de professional in het nauw gedreven wordt door markt- en bureaucratische logica (Tonkens, 2003; Duyvendak, Knijn & Kremer, 2006). Indien er een proces van de-professionalisering gaande is, heeft dit vergaande consequenties voor de opvatting over vraaggerichtheid. De kenmerkende aspecten voor een vraaggerichte professional zijn namelijk dat de professional de ruimte heeft om naar eigen inzicht en deskundigheid te werken en optimaal aan te sluiten bij de cliënt, om een behandeling te kunnen bieden die het beste is voor de cliënt. Als deze professionele logica wordt overstemd door de markt- of bureaucratische logica, komen deze belangrijke aspecten in het geding en kan de professional mogelijk niet optimaal vraaggericht werken. In dat geval krijgen andere belangen dan vraaggerichtheid mogelijk de overhand. Zo kan het volgens de bureaucratische logica belangrijker zijn dat behandelingen volgens een standaard protocol worden uitgevoerd, zodat iedere cliënt gelijk wordt behandeld en het werk van professionals inzichtelijk wordt. De professional heeft in dat geval minder ruimte om vraaggericht te werken omdat er minder flexibiliteit is om aan te sluiten bij specifieke vragen van cliënten. In de marktlogica betekent vraaggerichtheid dat de professional de cliënt biedt waar hij om vraagt. Er is al opgemerkt dat deze opvatting weinig realistisch is. Als we er echter vanuit gaan dat dit wel het geval zou zijn, zou dit mogelijkwjs betekenen dat de professional de cliënt niet biedt wat het beste is voor hem, maar hem biedt waar de cliënt om vraagt, ook al komt dit de cliënt mogelijk niet ten goede. Dit zou betekenen dat de professional zich minder beroept op zijn eigen deskundigheid, maar vooral op de wensen van de cliënt. Het moge duidelijk zijn dat deze opvatting in de praktijk wenselijk noch realistisch is.

### **Professionalisme als ‘vierde logica’**

Kremer en Tonkens (2006) spreken zelfs over het ontstaan van een ‘vierde logica’, namelijk ‘democratisch professionalisme’. Deze logica is een aanvulling op de professionele logica en gaat er, net als het professionalisme, vanuit dat publieke diensten onderscheiden dienen te worden van de markt en de bureaucratie. Eén van de essenties van professionalisme is de toewijding aan het beroep en het nastreven van het publieke goed. De vierde logica voegt hieraan toe dat kennis en vaardigheden niet slechts eigenschappen zijn van professionals, maar het product zijn van de dialoog tussen professional en cliënt. Het ontwikkelen, behouden en uitwisselen van kennis tussen professional en cliënt is hierbij heel belangrijk. De professional respecteert en benut de ervaringsdeskundigheid van de cliënt, zoals de betekenis van de problemen voor het leven van de cliënt. De cliënt respecteert op zijn beurt de professionele deskundigheid van de hulpverlener met betrekking tot de diagnose en de behandelingsmogelijkheden (Kremer & Tonkens, 2006). Deze opvatting over professionalisme als vierde logica sluit aan bij de bredere opvatting over vraaggerichtheid, namelijk dat de interactie en dialoog tussen professional en cliënt belangrijke principes zijn in het hulpverleningsproces.

## **Re-professionalisering**

Naast een proces van de-professionalisering is er volgens Duyvendak e.a. (2006) mogelijk ook een proces van re-professionalisering gaande. De ontwikkeling van ‘evidence-based medicine’ zou professionals versterken in het behoud van hun autonomie. Evidence-based medicine houdt in dat professioneel handelen overeenstemt met wetenschappelijk bewijs. Volgens Hutschemaekers en Tiemens (2006) zijn er globaal twee betekenissen te onderscheiden: de richtlijnbenadering en de heuristische benadering. Kort omschreven is zorg in de richtlijnbenadering gebaseerd op bestaande, wetenschappelijke kennis. Richtlijnen zijn documenten die aanbevelingen bevatten om professionals te ondersteunen in besluitvorming over de juiste behandelmethode. In de heuristische benadering combineren professionals de nieuwste wetenschappelijke inzichten met hun eigen ervaring en expertise. Vanuit de problematiek in de praktijk zoekt de professional naar wetenschappelijke informatie hierover en beoordeelt welke informatie relevant is. In dit proces houdt de professional ook rekening met de ervaringen en opvattingen van de cliënt. De professional integreert alle kennis en ervaring om tot een besluitvormingsproces te komen.

Vooraf deze tweede benadering is volgens Hutschemaekers en Tiemens (2006) een manier waarop professionals de kans krijgen om volgens hun eigen professionele kennis en vaardigheden te werken en hun eigen verantwoordelijkheid te behouden. Er is ruimte voor de professional om naar eigen inzicht te handelen (discretie) en om kennis verder te ontwikkelen (Hutschemaekers & Tiemens, 2006).

De wetenschappelijke ontwikkeling van kennis zorgt er dus voor dat er voortdurend nieuwe eisen worden gesteld aan professionals. Professionals dienen zich te baseren op de nieuwste wetenschappelijke inzichten. Dit kan een positieve betekenis hebben voor vraaggericht werken door professionals, vooral indien professionals de ruimte hebben om nieuwe wetenschappelijke inzichten te combineren met hun eigen kennis en ervaringen en die van de cliënt. Professionals worden op deze manier erkend en versterkt in hun deskundigheid door kennis verder te ontwikkelen. Bovendien kunnen zij de keuzes voor behandeling die zij samen met de cliënt maken, beter onderbouwen met wetenschappelijke inzichten. Om vraaggericht te kunnen werken is het dus wel van belang dat de professional hierin ruimte blijft houden en dat de wetenschappelijke richtlijnen niet bepalend of dwingend zijn.

## **2.4 Faciliteren van vraaggerichtheid in de GGZ op nationaal beleidsniveau**

In bovenstaande paragrafen is beschreven welke opvattingen er bestaan ten aanzien van vraaggerichtheid en welke voorwaarden voor vraaggericht werken van belang zijn op institutioneel niveau. In de laatste paragraaf is beschreven wat het begrip professionalisme inhoudt en welke maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen van invloed zijn op de waardering van professionalisme. Het is naar voren gekomen dat de waardering van het professionalisme belangrijk is voor de mate waarin een professional in staat wordt gesteld om vraaggericht te werken. Een vraaggerichte professional heeft de ruimte en flexibiliteit nodig om aan te sluiten bij het perspectief en de wensen van de cliënt. De organisatie waarin een professional werkzaam is, zou hiervoor de mogelijkheden en voorwaarden moeten creëren. Het overheidsbeleid is voor een deel bepalend voor het beleid van GGZ-instellingen en dus voor de manier waarop GGZ-professionals al dan niet worden ondersteund in vraaggericht werken. In deze paragraaf wordt belicht op welke manier het overheidsbeleid zich verhoudt tot vraaggerichtheid in de GGZ. Er wordt beschreven welke hedendaagse beleidsontwikkelingen van belang zijn in de GGZ en op welke manier deze ontwikkelingen van belang zijn voor vraaggericht werken. Om te beginnen passeert een aantal belangwekkende beleidsnotities kort de revue. Vervolgens wordt de marktwerking in de gezondheidszorg besproken en de mogelijke consequenties hiervan voor de betrokken partijen.

### 2.4.1 Globale beschrijving van de beleidsontwikkelingen

Zoals in de inleiding van dit onderzoeksrapport is beschreven, is de gezondheidszorg onderhevig aan vele veranderingen. Tot de jaren '60 was het belangrijkste doel van de Nederlandse overheid om universele toegang tot de zorg te verschaffen voor iedereen. De kosten voor de zorg (verzekeringen) namen als gevolg hiervan steeds meer toe. Rond de jaren '70 / '80 verschoof het doel van de overheid meer in de richting van kostenbeheersing (Helderman e.a., 2005; Schut & Van de Ven, 2005). Er ontstond kritiek op het functioneren en de aansturing van de gezondheidszorg. Volgens de commissie Dekker werden de verschillende zorgpartijen niet voldoende gestimuleerd tot efficiëntie en doelmatigheid door een strakke aansturing met teveel regels en bureaucratie. Bovendien was het aanbod in de zorg onvoldoende afgestemd op de vraag van individuele cliënten (Van der Kraan, 2006).

De commissie Dekker publiceerde in 1987 het rapport 'Commissie Structuur en Financiering gezondheidszorg' (in: Garretsen, 2001). De publicatie van dit rapport wordt als een belangrijk moment beschouwd in de zorgsector, aangezien het beheersen van het aanbod in de gezondheidszorg vanaf dat moment (wederom) volop onderwerp van discussie werd. Volgens Goudriaan en Vaalburg (1998) is dit onderwerp zelfs al vanaf 1974 een belangrijk uitgangspunt in het Nederlandse overheidsbeleid. In dit jaar is namelijk door staatssecretaris Hendriks de 'Structuurnota' (1974) uitgebracht. Deze nota zou revolutionair zijn omdat er werd gesproken van een andere sturing in de gezondheidszorg, waarbij de overheid meer grip zou moeten hebben op de zorg. Goudriaan en Vaalburg (1998) geven aan dat er een dubbele lading kleeft aan de Structuurnota (1974). Enerzijds is er een inhoudelijke doelstelling om de verbetering van de zorg voorop te stellen, anderzijds is de nota gericht op kostenbeheersing.

In de nota 'Zorg op maat: notitie over 34 adviezen aan minister Borst' (Kasdorp, 1995, in: Goudriaan en Vaalburg, 1998) werden adviezen geformuleerd om het aanbod van zorg meer af te stemmen op de vraag van de cliënt. Er werd gepleit voor "een grotere flexibiliteit in de zorgverlening om beter in te kunnen spelen op specifieke hulpvragen" van cliënten (Goudriaan & Vaalburg, 1998, p. 10-11). Ook in meer recente beleidsnota's krijgt het aansluiten bij de vraag van de cliënt steeds meer aandacht (MinVWS, 2001a; MinVWS, 2001b; MinVWS, 2007) en worden er visies beschreven over het belang van een omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid (MinVWS, 2001b).

Het Ministerie van VWS geeft aan dat de (individuele) vragen en behoeften van zorggebruikers zoveel mogelijk richtinggevend moeten zijn voor het aanbod van zorg (MinVWS, 2001a, p. 5). Dit is het uitgangspunt in de manier waarop de overheid de zorg en het verzekeringsstelsel inricht (MinVWS, 2001a). Het Ministerie beschrijft dat de zorg onvoldoende is afgestemd op de vraag van de cliënt, bijvoorbeeld door beperkte keuzemogelijkheden voor cliënten, onvoldoende samenhang tussen zorgsectoren en een gebrekkige aansluiting van het aanbod op de vraag. Door maatschappelijke en zorginhoudelijke veranderingen zoals de veroudering van de bevolking en de toenemende kennis van burgers over aandoeningen en behandelingen, is een vernieuwing van het zorgstelsel noodzakelijk (MinVWS, 2001b). De volgende paragraaf gaat verder in op deze vernieuwing van het zorgstelsel, onder het kopje "Invoering Wet marktordening gezondheidszorg".

## 2.4.2 Marktwerking in de gezondheidszorg

Kortom, vanaf de jaren '80 luidde de kritiek op het Nederlandse zorgstelsel dat er een te strakke, bureaucratische aansturing bestond met als gevolg te weinig efficiëntie en doelmatigheid. De sturende rol van de overheid vanuit een poging om de kosten van de zorg beheersbaar te houden, heeft ertoe geleid dat een deel van de regelgeving tot knelpunten leidt. Het zorgaanbod diende beter aan te sluiten bij de wensen van cliënten (RVZ, 2000; MinVWS, 2001b).

### **De beweging richting de markt**

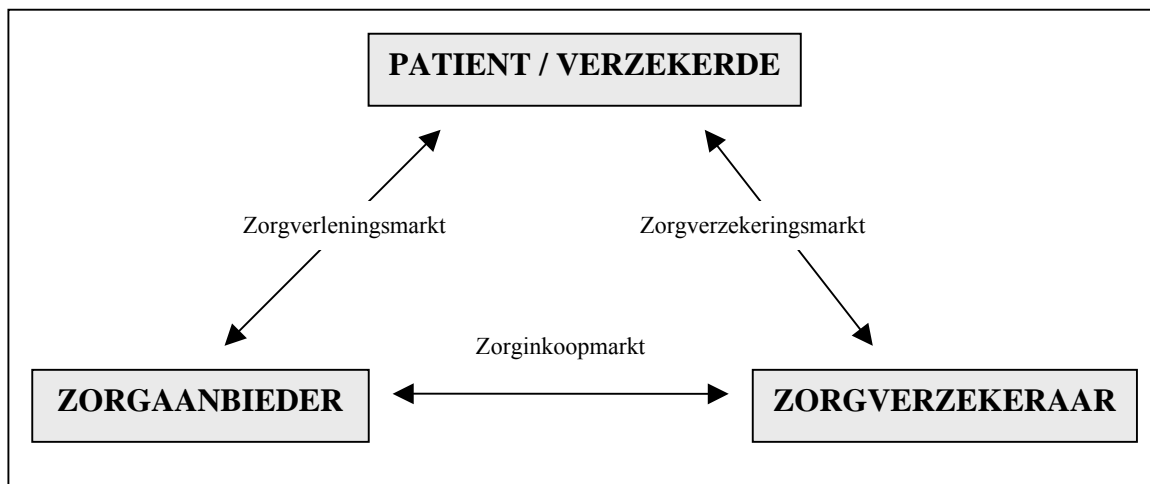
Een marktgerichte gezondheidszorg zou een oplossing bieden voor deze problemen (Helderman, e.a., 2005; Schut & Van de Ven, 2005; Van de Pol, 2005; Van der Kraan, 2006). De overheid zou de gezondheidszorg minder moeten beheersen en meer moeten faciliteren. Een onderliggende assumptie van marktwerking in de zorg is het idee dat publieke voorzieningen efficiënter en kwalitatief beter kunnen worden aangeboden door decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden en de toelating van (private) marktpartijen (Gilbert, 2004; Ginsburg, 2005; Robinson, 2005; Jost e.a., 2006).

Volgens Noordegraaf (2004) kenmerkt het beleid van de laatste decennia zich door zowel een verschuiving van publieke organisaties richting de markt (verzelfstandiging) en door gehele plaatsing op de markt (privatisering). Bovendien worden publieke organisaties die binnen de publieke sector blijven opereren, 'privater gemaakt' door marktgerichte systemen en modellen. Deze laatste ontwikkeling wordt gekenmerkt als 'new public management' (Newman, 2001; Noordegraaf, 2004; Duyvendak e.a., 2006): "*een verzameling van inzichten, modellen en praktijken die tot doel heeft publieke organisaties meer resultaatgericht, meer gecoördineerd en meer efficiënt te laten werken*" (Noordegraaf, 2004, p. 86). De rol van de staat in de verantwoordelijkheid voor het leveren van sociale voorzieningen wordt voor een deel ingeperkt en de rol van de markt wordt groter (Newman, 2001; Gilbert, 2004; Duyvendak e.a., 2006). De rol van de overheid wordt in dit verband ook wel aangeduid met 'steering, not rowing'. Deze uitspraak geeft aan dat er netwerken en markten ontstaan die voor een deel zelfsturend zijn en waar de overheid op toe ziet. In een dergelijke structuur die ook wel 'governance' wordt genoemd, (Newman, 2001) zijn competitie, keuzemogelijkheden, productiviteit en het rationele meten van kosten en baten steeds belangrijker bij het ontwikkelen, uitvoeren en handhaven van sociaal beleid (Gilbert, 2004).

### **Invoering 'Wet marktordening gezondheidszorg'**

Met de invoering van de 'Wet marktordening gezondheidszorg' (WMG) per juli 2006 zijn de ontwikkelingen omtrent de marktwerking in de zorg vastgelegd. De WMG beoogt meer concurrentie in de zorg tussen zorgaanbieders. Concurrentie zou zorgaanbieders moeten dwingen en motiveren om betere zorg aan te bieden. Deze concurrentie beoogt een meer doelmatige en efficiënte gezondheidszorg (MinVWS, 2005a; Schut & Van de Ven, 2005; Van de Pol, 2005).

In figuur 1 is de relatie tussen deze verschillende partijen schematisch weergegeven (in: MinVWS, 2005a).



Figuur 1: Schematische weergave van de relatie tussen verschillende partijen m.b.t. de marktwerking in de zorg. Overgenomen uit: *MinVWS, 2005a* ( p. 11).

De veronderstelling is dat consumenten een actievere rol en een sterkere positie hebben op de zorgmarkt. Zij kunnen kiezen voor de verzekering die het beste past bij hun wensen en behoeften. Bovendien kunnen consumenten volgens het Ministerie van VWS kiezen welke zorg zij willen ontvangen en wat zij daarvoor willen betalen. Zorgaanbieders zouden meer vrijheid krijgen om de zorg af te stemmen op de wensen van de cliënt. Zorgverzekeraars fungeren als intermediair tussen consumenten en zorgaanbieder door contracten af te sluiten met de aanbieders over de zorginkoop.

Hierbij kunnen verzekeraars druk uitoefenen op aanbieders om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen in het belang van de consument. De sturing door de overheid dient eenvoudiger te worden. De overheid heeft niet langer een regulerende taak, maar ziet toe op het functioneren van de zorgmarkt via diverse organen<sup>2</sup>, met name via de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan en daarmee een onafhankelijke toezichthouder. Het orgaan heeft een veelheid aan taken, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties, het bevorderen van de inzichtelijkheid (transparantie) van de activiteiten op de zorgmarkt en het bevorderen van de transparantie van keuze-informatie voor consumenten. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van zorg (*MinVWS, 2005a, 2005b, 2006*).

In de volgende paragrafen worden de consequenties van de marktwerking voor de betrokken partijen nader belicht. Zowel de beoogde doelen, als een kritische reflectie daarop, passeren de revue. De rol van de zorgverzekeraar wordt in het onderstaande niet nader belicht. De reden hiervan is niet dat deze geen belangrijke rol heeft, in tegendeel, maar de rol van de verzekeraar is geen focus in het voorliggende onderzoek. In het onderstaande worden de rollen van de cliënt, de zorgaanbieder en de overheid belicht.

<sup>2</sup> Toezichtorganen in de zorg zijn: de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), De Nederlandse Bank (DNB), de Autoriteit Financiële Markten (AFM), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College Sanering Zorginstellingen (CSZ), het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) (*Ministerie van VWS, 2005b, p. 9*).

### 2.4.3 Cliënt als consument

De veronderstelling is dat cliënten kunnen kiezen uit diverse zorgaanbieders. Zodoende zouden cliënten meer zeggenschap hebben over het type zorg dat zij nodig hebben en van wie zij die willen ontvangen. De vraag van de cliënten staat daarmee meer centraal en zorgaanbieders concurreren om de gunst van cliënten. De zorg zou meer vraaggestuurd worden (Kremer & Tonkens, 2006; Van der Kraan, 2006).

Om een goede keuze te kunnen maken moeten cliënten toegang hebben tot diensten en producten die worden aangeboden en bovendien moeten zij beschikken over informatie hieromtrent (Van der Kraan, 2006). In paragraaf 2.2.2 kwam al naar voren dat cliënten nog onvoldoende toegang hebben tot volledige informatie over verschillende mogelijkheden van zorg. Er zijn wel initiatieven ontstaan die ertoe bijdragen dat informatie meer toegankelijk en vergelijkbaar is voor cliënten, bijvoorbeeld middels websites waar informatie over zorgaanbieders wordt gepubliceerd. Hierbij blijft het de vraag of cliënten op basis van deze informatie een volledig inzicht hebben in alle mogelijkheden en of zij op basis hiervan een beslissing kunnen nemen over de zorg die zij willen ontvangen. Ook werd al aangegeven dat cliënten niet altijd een duidelijke vraag naar zorg hebben, maar dat deze vraag wordt geformuleerd tijdens een hulpverleningsproces, in interactie tussen cliënt en hulpverlener. Het ontbreken van een specifieke vraag en een idee over de benodigde zorg, bemoeilijkt het kiezen van de best passende zorg door de cliënt.

### 2.4.4 Zorgaanbieders als ondernemers

Zorgaanbieders krijgen meer vrijheid om de zorg af te stemmen op het belang van de consument. In beleidsdocumenten over de 'Wet Marktordening Gezondheidszorg' komt naar voren dat zorgaanbieders worden gestimuleerd om de kosten van de zorg omlaag te brengen door concurrentie op prijs en efficiëntie. De NZa ziet erop toe dat dit op een juiste manier plaatsvindt.

Om ervoor te zorgen dat de kwaliteit gewaarborgd blijft, kan de NZa hierover informatie van de IGZ in het toezicht betrekken. Het Ministerie van VWS houdt toezicht op het functioneren van het NZa. Een positieve ontwikkeling onder invloed van de marktwerking kan zijn dat instellingen worden gestimuleerd om de eigen bedrijfsvoering onder de loep te nemen en te bekijken of de zorg doelmatiger en efficiënter zou kunnen (MinVWS, 2005a).

Er kleven echter ook negatieve kanten aan de concurrentie tussen zorgaanbieders. Zwaal (2006) deed onderzoek naar de marktwerking in de zorg vanuit het perspectief van de hulpverlener, middels een twintigtal interviews met professionals in de sectoren GGZ, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuissector. Uit de resultaten van het onderzoek kwam naar voren dat de marktwerking in de zorg betekent dat productiecijfers en budgetten belangrijker zijn geworden dan voorheen. Financiers hebben het belang om de zorgkosten te minimaliseren, terwijl de cliënt streeft naar het maximaliseren van de zorg. De organisaties zijn nog op zoek naar een optimale balans tussen de wensen van de cliënten enerzijds en de diverse belangen van (en gestelde eisen aan) de organisatie anderzijds. De zorgaanbieders zijn zich ook meer bewust van de wensen van *andere* 'klanten'. Niet het individu, maar het bereiken van een (zo groot mogelijke) 'klantenpopulatie' lijkt van belang, waarbij financiële motieven een rol spelen. De zorgprofessionals geven aan dat zij idealiter de behoeften van cliënten als uitgangspunt nemen in het bieden van de juiste zorg. Vraaggerichte zorg komt echter onder druk te staan door tegengestelde belangen van financiers en cliënten. Volgens Zwaal (2006) geven de respondenten aan dat er door zorgaanbieders 'onderhandeld' moet worden met cliënten (die in dit opzicht 'klanten' worden genoemd).

Dit onderhandelen wordt in de interviews door de respondenten echter benoemd als tijdsverlies. Sterker nog, de dialoog met de cliënt wordt aangegaan om ervoor te zorgen dat de verwachtingen van de cliënt aansluiten bij het zorgaanbod van de organisatie. De zorgvragende cliënt staat dus verre van centraal. Het economische perspectief lijkt daarentegen de boventoon te voeren (Zwaal, 2006).

Deze bevindingen van Zwaal (2006) komen overeen met de visie van Tonkens (2003). Zij is van mening dat overheid en managers bij prestatieverbeteringen denken aan ‘hele populaties tegelijk’ (p.139). Om ‘grote aantallen’ te behalen worden cliëntencontacten volgens Tonkens (2003) snel afgehandeld (p. 139). Ook in onderzoek van Palm e.a. (2008) komt naar voren dat de marktwerking ertoe leidt dat de zorg meer productiegericht wordt, in plaats van gericht op de behoefte van de cliënt. Verzekeraars zouden sturen op “snel en goedkoop” en behandelaars worden gestimuleerd om behandelingen te verkorten (p.58). Het idee hierachter is dat er zoveel mogelijk cliënten kunnen worden behandeld in zo kort mogelijke tijd. Palm e.a. (2008) wijzen op het gevaar dat instellingen zich teveel laten leiden door winst- of productiemotieven en minder gericht zijn op de wensen van de individuele cliënt. Bovendien bestaat het gevaar dat instellingen cliënten met relatief eenvoudige problematiek willen “binnenhalen” omdat deze cliënten het meeste geld opleveren (p. 68). Cliënten met (chronische) complexe problematiek dreigen buiten de boot te vallen (Palm e.a., 2008). Dit fenomeen wordt ook wel “creaming” genoemd (Gilbert, 2004, p. 119); er worden cliënten toegelaten die een grote kans hebben op succes en geen ‘lastige’ cliënten die weinig kans hebben om beter te worden. Dit risico bestaat vooral indien succes vooral wordt gemeten op succesvolle uitkomsten.

Een ander punt is dat concurrentie volgens Palm e.a. (2008) soms lastig te rijmen is met samenwerking met andere instellingen. Instellingen houden bijvoorbeeld ideeën over goede zorg of kwaliteitsverbetering voor zichzelf, zodat zij de beste zorg kunnen leveren. Er dient te worden opgemerkt dat het onderzoek van Palm e.a. (2008) is uitgevoerd onder aanhangers van het manifest ‘Zorg geen markt’ van de SP.

Er is om deze reden zeer waarschijnlijk sprake van een groep respondenten die een negatieve houding hebben tegenover de marktwerking in de zorg. Professionals met een positieve houding zijn wellicht buiten de scoop van het onderzoek gebleven. Desalniettemin blijkt hieruit de kritische houding ten opzichte van de marktwerking en de mogelijke gevolgen hiervan voor de mogelijkheden om vraaggericht te werken.

#### **2.4.5 Overheid als toezichthouder**

De marktwerking in de zorg zou er zoals gezegd voor moeten zorgen dat de sturing door de overheid eenvoudiger wordt. De overheid treedt terug, laat de marktpartijen aan zet en ziet toe op het functioneren van de zorgmarkt via de NZa en de IGZ (MinVWS, 2005a). De introductie van marktprincipes heeft mogelijk echter geen definitief einde gemaakt aan de controlerende en regulerende rol van de overheid. Om cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars meer verantwoordelijkheid te kunnen laten nemen, moet er namelijk aan een aantal gecompliceerde condities worden voldaan (Helderman e.a., 2005; Schut & Van de Ven, 2005). Solidariteit blijft een belangrijk uitgangspunt in het gezondheidsbeleid. Dit betekent dat toegang tot de gezondheidszorg gebaseerd is op (medische) behoeften zonder risicoselectie. Een gelijke toegang dient voor iedereen gewaarborgd te zijn (Bosselaar, 2002; Helderman e.a., 2005; Jost e.a., 2006). Het mag namelijk niet zo zijn dat cliënten in bepaalde zorginstellingen niet worden geaccepteerd, omdat hun problematiek te complex is en dus te veel geld kost (*creaming*). Marktwerking moet om deze reden plaatsvinden binnen deze context van solidariteit zonder risicoselectie (Jost e.a., 2006).

Om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te bewaken, is er daarom sprake van een *reguleerde* marktwerking (MinVWS, 2005a). Eén van de manieren om toezicht te houden op de markt en ervoor te zorgen dat de publieke belangen gewaarborgd blijven, is te zorgen voor een transparante, inzichtelijke zorgsector. In de volgende paragrafen wordt dit nader toegelicht.

### **Transparantie in de zorg**

Transparante informatie over de aangeboden producten en diensten is noodzakelijk om de zorgmarkt naar behoeve te laten functioneren. Zorgaanbieders moeten zorgen voor een transparant zorgaanbod, opdat cliënten kunnen kiezen voor de beste zorg. Verzekeraars zijn ook gebaat bij transparantie van de zorg, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop. Zorginstellingen dienen daarom zorgproducten, de service, de prijs en de kwaliteit te verantwoorden opdat andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars, consumenten en toezichthouders hier inzicht in hebben (MinVWS, 2005a). Kwaliteitsmetingen en uitkomsten moeten gerapporteerd worden om te voorkomen dat er slechts op prijs wordt geconcurrereerd en zodat aanbieders en verzekeraars goed kunnen onderhandelen (Schut & Van de Ven, 2005). Informatie over prijs en kwaliteit van aanbieders en verzekeraars moet bovendien inzichtelijk en toegankelijk zijn voor consumenten (Duyvendak e.a., 2006; Schut & Van de Ven, 2005). Toezicht op de werking van de markt door toezichthoudende organen is van belang om de competitie te bewaken (Schut & Van de Ven, 2005). Hiertoe moeten professionals rekenschap afleggen, resultaten rapporteren en uitkomsten monitoren (Robinson, 2005; Trappenburg, 2006).

Het inzichtelijk en transparant maken van de (kwaliteit van) zorg is echter niet eenvoudig. Het opstellen van indicatoren om kwaliteit te meten en dit te relateren aan de prijs, is lastig omdat de zorgsector complex van aard is (Gilbert, 2004). Het is bovendien omstreden wat kwaliteit precies is en op welke manier dit gemeten zou kunnen worden. Vaak wordt er onderscheid gemaakt tussen het meten van processen en het meten van uitkomsten (Brook, McGlynn & Cleary, 1996; Gastelaars, 1997). Indien de kwaliteit van processen worden gemeten, dan wordt bijvoorbeeld gekeken naar bepaalde aspecten van de sessies tussen hulpverlener en cliënt. Er zou dan gekeken kunnen worden op welke manier de keuze voor een behandeling gemaakt is en op welke manier de behandeling is verlopen. Indien gemeten wordt op uitkomsten, dan worden de resultaten van een behandeling beoordeeld (Brook e.a., 1996).

Naast de overweging wat gemeten wordt door wie, is het een overweging op welke manier kwaliteitsindicatoren worden opgesteld. Indicatoren en afspraken dienen niet te algemeen te zijn omdat er dan onvoldoende controle is over de verhouding tussen prijs, kwaliteit en uitkomsten van de zorgverlening. Als indicatoren en afspraken te gedetailleerd zijn, kan dit resulteren in een grote mate van registraties door hulpverleners (Duyvendak e.a., 2006; Knijn & Selten, 2006). Power (1994) spreekt in dit verband over een *'audit explosion'* (in: Trappenburg, 2006, p. 48). Kwantitatieve, meetbare aspecten worden steeds belangrijker in (zorg)organisaties. De controledwang leidt echter niet tot meer vertrouwen in de zorg maar juist tot meer wantrouwen van de prestaties van professionals. Professionals worden gestimuleerd om allerlei aspecten van hun werk te rapporteren en monitoren. Deze gegevens worden gecontroleerd door verschillende instanties en er ontstaat controle op controle. Trappenburg (2006) spreekt dan ook van bureaucratische marktwerking in plaats van 'echte' marktwerking (zie ook 'de-professionalisering' in paragraaf 2.3.2). Haar advies aan de overheid is om na te denken over de vraag of er ook teveel controle kan zijn.

Dit advies is in lijn met een advies van de Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid (WRR), die aangeeft dat de overheid minder controlerende instanties zou moeten laten bestaan, dat zij professionals meer zou moeten vertrouwen en dat zij zou moeten zoeken naar andere vormen van rekenschap afleggen, zoals meer kwalitatieve beschrijvingen van de werkzaamheden van professionals (WRR, 2004).

### **Diagnosebehandelingcombinaties (DBC) in het vernieuwde financieringssysteem**

De invoering van marktprincipes in de zorg betekende ook een vernieuwing in de bekostigingssystematiek van de zorg. Per 1 januari 2008 is de curatieve GGZ-zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZvW) (MinVWS, 2006b; MinVWS 2008a; MinVWS 2008b). Het Ministerie van VWS noemt in de kamernota “Beleidsvoornemens GGZ in de ZvW” (MinVWS, 2008b) een aantal uitgangspunten dat aan deze overheveling ten grondslag ligt. Ten eerste wordt beoogd dat de cliënt meer centraal staat in de zorg. Zorgaanbieders en verzekeraars zouden een meer klantgerichte instelling moeten hebben. Bovendien zou er een bekostigingssysteem ontstaan dat vraagsturing ondersteunt en niet belemmert. In de tweede plaats ontstaat er volgens de overheid meer transparantie in de zorgvraag, door de behandeling aan de zorgvraag te koppelen en door transparantie van de bedrijfsvoering (wat doe ik voor wie tegen welke kosten). Ten derde zou prestatiebekostiging leiden tot meer stimulans voor doelmatigheid en kwaliteit en meer vrijheid, maar minder zekerheid voor de ondernemer (e.g. zorginstelling). Als vierde motivatie noemt het Ministerie dat er in de Zorgverzekeringswet een betere aansluiting tussen geneeskundige somatische en geestelijke gezondheidszorg zou zijn. Aangezien beide vormen van zorg via de verzekeraar lopen kan er meer gestuurd worden op samenhang (MinVWS, 2008b).

Zoals gezegd is transparantie noodzakelijk voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zodat duidelijk wordt welke zorg er aangeboden wordt tegen welke prijs. Hiertoe is de diagnosebehandelingcombinatie (DBC) sinds 1 januari 2008 ingevoerd als het nieuwe betalingssysteem in de GGZ<sup>3</sup>. DBC's zijn administratieve codes bestaande uit een code voor de zorgvraag (diagnose) en een code voor de behandeling.

De zorgverzekeraar betaalt zodoende een prijs voor de totale zorg die aan de cliënt wordt geleverd. De motivatie voor het invoeren van de DBC's is het verkrijgen van meer inzicht in de kosten van de zorg, zodat zorgverzekeraars met zorgverleners kunnen onderhandelen over de prijs. Dit zou leiden tot een betaalbare zorg van hoge kwaliteit en een betere zorgverlening van de hulpverlenende organisatie. Bovendien stelt het Ministerie van VWS dat zorgverleners door deze onderhandelingspositie meer mogelijkheden hebben om het zorgaanbod naar eigen idee te organiseren.

De vraag kan gesteld worden wat de invoering van de DBC's betekent voor het dagelijkse werk van professionals en voor de manier waarop zij vraaggericht kunnen werken. Uit de literatuur blijkt dat niet iedereen overtuigd is van de voordelen de DBC registraties. Zo formuleert Van de Pol (2005): “Hier wordt een geloof in landelijke standaardisatie zichtbaar, de gedachte dat zorg zich in eenvoudige pakketjes laat vangen, waarna vervolgens alleen de prijs nog het verschil uitmaakt.” (Van de Pol, 2005; p. 6). Uit onderzoek van Palm e.a. (2008) blijkt dat het invullen van de DBC's veel tijd kost voor hulpverleners. De DBC vereist dat er snel een diagnose wordt gesteld. In meer dan de helft van de gevallen dient deze diagnose in een latere fase bijgesteld te worden, omdat het stellen van de juiste diagnose enige tijd kan vergen. Bovendien is de diagnose gebaseerd op de DSM IV. Dit Amerikaanse Handboek in de GGZ wordt gebruikt als classificatiesysteem voor aandoeningen.

---

<sup>3</sup> NB: in de ziekenhuissector is de DBC in 2006 ingevoerd.

Het classificatiesysteem is volgens GGZ-professionals bedoeld om onderling en in wetenschappelijk onderzoek duidelijk te kunnen maken welke kenmerken er bij bepaalde stoornissen horen. Classificatie van symptomen is volgens professionals niet hetzelfde als de diagnose van een cliënt: een diagnose omvat meer aspecten van een aandoening dan alleen de symptomen volgens de DSM. De DSM is daarom niet geschikt als diagnosesysteem dat kan dienen als basis voor het financieringssysteem. Een diagnose volgens de DSM geeft ook niet aan welke behandeling een cliënt nodig heeft. Het onderzoek geeft aan dat de DBC-registraties het werk van professionals in de weg zitten, omdat het zeer tijdrovend is en geen adequate fundering heeft (Palm e.a., 2008).

## 2.5 Beschouwing

In bovenstaande theoretische verkenning is uiteengezet welke opvattingen er bestaan over vraaggerichtheid en aan welke voorwaarden een vraaggerichte GGZ zou moeten voldoen. Voorts is beschreven welke opvattingen er heersen over professionalisme en welke consequenties deze verschillende opvattingen hebben voor vraaggerichtheid. Vervolgens is omschreven welke beleidsontwikkelingen van belang zijn voor vraaggerichtheid in de GGZ. In het onderstaande volgt een samenvatting van de theoretische verkenning, die de basis vormt voor het empirische deel van dit onderzoek.

### **Vraaggerichtheid**

Over vraaggerichtheid bestaan diverse opvattingen. De meest letterlijke opvatting over vraaggerichtheid houdt in dat de cliënt hulp vraagt en dat de professional aan deze hulpvraag voldoet. Een opvatting die hier dichtbij ligt, maar waarin er meer aandacht is voor de rol van de professional, is de opvatting dat het zorgaanbod wordt afgestemd op de wensen van de cliënt. Dit zou betekenen dat het aanbod van een zorginstelling wordt afgestemd op, of gecreëerd op basis van, de vraag van de cliënt. Dit perspectief veronderstelt, net als de eerste opvatting van vraaggerichtheid, dat de cliënt weloverwogen keuzes kan maken en de behoefte aan zorg helder kan definiëren. Veelal is de hulpvraagverduidelijking echter een belangrijk onderdeel in de hulpverlening. Cliënten hebben niet altijd een duidelijke hulpvraag en bovendien kan een vastgestelde hulpvraag gedurende het hulpverleningsproces veranderen (Tonkens, 2003). Daarnaast is het voor cliënten mogelijkwerwijs lastig om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder of een behandeling, omdat zij juist professionals nodig hebben om hierover kennis te verkrijgen (Van der Kraan, 2006).

Deze opvattingen over vraaggerichtheid hebben geen aandacht voor de manier waarop een hulpvraag van een cliënt tot stand komt en welke relatie tussen professional en cliënt hiervoor noodzakelijk is. In een derde opvatting over vraaggerichtheid is hiervoor wel aandacht. De hulpvraag en de behandelingen worden in deze opvatting bepaald door professional en cliënt samen. Hierbij heeft de cliënt een eigen verantwoordelijkheid en maakt zoveel mogelijk zelf keuzes. De cliënt wordt hierin ondersteund door de professional. De zorg dient aan te sluiten bij de subjectiviteit van de cliënt en aansluit bij diens wensen, perspectieven en competenties (Coenen-Hanegraaf, e.a., 1998; Coenen-Hanegraaf & Valkenburg, 2002). In dit onderzoek wordt vraaggerichtheid zodoende gedefinieerd als een begrip dat nadrukkelijk betrekking heeft op het primaire hulpverleningsproces tussen professional en cliënt. De professional probeert aansluiting te zoeken bij de cliënt en bij diens subjectieve betekeniswereld en gaat samen met de cliënt op zoek naar de hulpvraag van de cliënt en naar passende oplossingen.

Om het mogelijk te maken dat professionals vraaggericht kunnen werken, is het op institutioneel niveau van belang dat (managers van) organisaties de randvoorwaarden creëren voor professionals om vraaggericht te kunnen werken. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door vraaggerichtheid een uitgangspunt in de gehele organisatie te laten zijn in het organisatiebeleid, de cultuur en de bejegening. Het is ook belangrijk dat het management vertrouwen heeft in de professional, zodat de professional ruimte heeft om naar eigen inzicht te werken en aan te sluiten bij de cliënt (Van Diest e.a., 2002).

### **Vraaggerichtheid en professionalisme**

Een essentieel aspect in vraaggericht werken, is zeggezegd dat de professional de ruimte heeft om bij het perspectief en de wensen van de cliënt aan te sluiten. Deze bewegingsvrijheid is een cruciaal kenmerk vraaggerichtheid én van professionalisme. Een professional heeft een discretionaire ruimte nodig waarin hij naar eigen inzicht kan handelen, op basis van theoretische kennis en praktische ervaring. In het werk brengt de professional theoretische en praktische kennis samen. De professional handelt vanuit een ideologie om het werk goed te doen (Freidson, 2001). Een ander belangrijk kenmerk van professionalisme is dat het werk specialistisch is en dat elke casus een uniek geval is. Ook dit kenmerk van professionalisme komt naar voren in een vraaggericht perspectief. De professional zoekt in een vraaggericht perspectief naar de betekenis van problematiek voor de individuele cliënt en probeert daar zo goed mogelijk bij aan te sluiten en de behandeling daarop af te stemmen. Een professional kan dit alleen realiseren indien er een interactie bestaat met de cliënt, zodat de professional zich kan verplaatsen in de leefwereld van de cliënt en kan ontdekken wat de cliënt nodig heeft. Vraaggericht werken en professionalisme liggen zodoende in elkaars verlengde. Om aan te kunnen sluiten en in interactie te kunnen bepalen wat de cliënt nodig heeft, is het belangrijk om professioneel te kunnen handelen, dat wil zeggen dat de professional voldoende ruimte en flexibiliteit heeft om vanuit eigen kennis en ervaring en die van de cliënt te handelen.

De erkenning van het professionalisme in politiek en maatschappelijk debat, is echter niet vanzelfsprekend. Er is een toenemende behoefte om professionals te controleren op hun werk, hetgeen benoemt wordt als de bureaucratische logica (Kremer & Tonkens, 2006). In de bureaucratische logica krijgt vraaggerichtheid een smallere betekenis. Professionals zijn minder in staat om naar eigen inzicht te handelen vanuit het idee het goede te doen voor de cliënt, doordat professionals zich meer aan regels en procedures moeten houden. Inherent aan deze bureaucratische logica, ontstaat de behoefte om cliënten meer inspraak te laten hebben op de zorg en om de zorg beter af te stemmen op de wensen en de behoeften van cliënten. Deze marktlogica gaat er vanuit dat de cliënt zijn hulpvraag expliciteert en dat de zorgaanbieder aan deze vraag voldoet (Kremer & Tonkens, 2006). Hoewel deze marktlogica wellicht beoogt vraaggerichtheid te faciliteren, gaat het in deze logica om een smallere opvatting van vraaggerichtheid. In dit perspectief wordt verondersteld dat de cliënt een bepaalde vraag heeft en dat de zorgaanbieder de hulpverlening afstemt op deze vraag, terwijl de hulpvraag van de cliënt en de keuze voor een behandeling veelal juist tot stand komen in interactie tussen professional en cliënt. Het is niet wenselijk of realistisch dat de professional de vraag van de cliënt beantwoordt zonder daarbij zijn eigen professionele deskundigheid te benutten.

Mogelijk is er ook een proces van re-professionalisering gaande. De wetenschappelijke ontwikkeling van kennis zorgt ervoor dat professionals zich voortdurend dienen te baseren op de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

Dit kan een positieve betekenis hebben voor vraaggericht werken door professionals, vooral indien professionals de ruimte hebben om nieuwe wetenschappelijke inzichten te combineren met hun eigen kennis en ervaringen en die van de cliënt. Het dus wel van belang dat de professional de ruimte blijft houden om behandelingen te laten aansluiten bij de specifieke situatie van de cliënt.

### **Vraaggerichtheid in de marktgerichte beleidscontext**

Een vraaggerichte professional heeft de ruimte en flexibiliteit nodig om aan te sluiten bij het perspectief en de wensen van de cliënt. Het overheidsbeleid is ook voor een belangrijk deel bepalend voor de manier waarop GGZ-professionals al dan niet worden ondersteund in vraaggericht werken. Vraaggerichtheid is al geruime tijd onderwerp op de beleidsagenda. Vanaf de jaren '80 luidde de kritiek op het Nederlandse zorgstelsel dat er een te strakke, bureaucratische aansturing bestond met als gevolg te weinig efficiëntie en doelmatigheid. De marktwerking in de zorg zou ervoor moeten zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit bij de wensen van de cliënt, doordat zorginstellingen onderling concurreren om de beste zorg voor de cliënt te leveren. De zorg zou hierdoor efficiënter moeten worden en bovendien beter afgestemd op de wensen van cliënten. De keerzijde hiervan is echter dat GGZ-instellingen mogelijk gestimuleerd worden om zich te richten op het bereiken van een (zo groot mogelijke) klantenpopulatie, waarbij financiële motieven een rol spelen (Zwaal, 2006). De dialoog met de cliënt wordt slechts aangegaan om ervoor te zorgen dat de verwachtingen van de cliënt aansluiten bij het zorgaanbod van de organisatie, in plaats van andersom. Van een vraaggericht perspectief zou dus geen sprake zijn, hoewel het wel de wens is van de professionals om de cliënt centraal te stellen (Zwaal, 2006). Ook lijkt de ingevoerde marktwerking in de GGZ de controledwang vanuit de overheid niet te verminderen. Professionals dienen allerlei werkzaamheden te rapporteren om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod transparant en vergelijkbaar wordt (Trappenburg, 2006). Hierdoor gaat veel tijd verloren aan registraties (Palm e.a., 2008).

Hoewel het nationale overheidsbeleid wellicht beoogt faciliterend te zijn met betrekking tot vraaggerichtheid, zijn hierover dus kritische geluiden te horen. De ontwikkeling richting een marktgerichte GGZ zou er juist voor kunnen zorgen dat professionals gestimuleerd worden om andere belangen dan die van de individuele cliënt centraal te stellen. De meeste literatuur hierover is echter betogend van aard, waarbij wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Een aantal auteurs heeft wel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de gevolgen van beleidsontwikkelingen in de GGZ, waarin de focus ligt op de marktwerking en de invoering van de DBC's (Zwaal, 2006; Palm e.a., 2008). In deze onderzoeken vormde de ervaren mogelijkheden dan wel beperkingen van *vraaggerichtheid* echter geen expliciet uitgangspunt.

Naar aanleiding van deze theoretische verkenning is de behoefte aan nieuwe, wetenschappelijke inzichten duidelijk geworden. Vraaggerichtheid heeft betrekking op het primaire proces tussen professional en cliënt en zou in de praktijk tot uiting moeten komen. Daarom is het van groot belang te onderzoeken welke perspectieven GGZ-professionals hebben op vraaggerichtheid en op welke manier zij het idee hebben hierin ondersteund te worden door het overheidsbeleid. Meer specifiek is de vraag op welke manier het marktgerichte overheidsbeleid ertoe bijdraagt dat professionals in staat worden gesteld om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten. De visies en ervaringen van GGZ-professionals kunnen hierop hernieuwd licht werpen. Het empirische onderdeel van dit onderzoek is daarom gericht op de visies van GGZ-professionals op de mogelijkheden dan wel beperkingen om vraaggerichte zorg te realiseren en te faciliteren in de marktgerichte beleidscontext. In het volgende hoofdstuk is weergegeven op welke manier het empirische onderzoek is opgezet en uitgevoerd.



## 3. Onderzoeksopzet

---

Dit hoofdstuk beschrijft de opzet van het empirische onderzoek. In paragraaf 3.1 is allereerst onderzoeksmethode beschreven. Vervolgens beschrijft paragraaf 3.2 de onderzoekspopulatie. Paragraaf 3.3 geeft weer op welke manier de data in het onderzoek is verzameld en geanalyseerd.

### 3.1 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek worden de visies van professionals in GGZ-organisaties onderzocht omtrent vraaggericht werken in het licht van de hedendaagse beleidscontext. In de theoretische verkenning is naar voren gekomen dat vraaggerichtheid betrekking heeft op het primaire proces tussen professional en cliënt. De professionals brengen vraaggerichtheid in hun dagelijkse contact met cliënten in de praktijk. Het is daarom van groot belang dat de visie van professionals ten aanzien van vraaggerichtheid duidelijk wordt, om te evalueren op welke manier het overheidsbeleid door hen als faciliterend wordt ervaren. Het onderzoek levert een bijdrage aan perspectieven vanuit de praktijk op het begrip vraaggerichtheid. Bovendien wordt kennis verkregen over de ervaren mogelijkheden dan wel beperkingen van vraaggericht werken van GGZ-professionals. Er is aan professionals gevraagd om een reflectie te geven op het nationale overheidsbeleid ten aanzien van vraaggerichtheid. Dit zal inzichtelijk maken of, en zo ja op welke manier, het overheidsbeleid als faciliterend wordt ervaren ten aanzien van vraaggericht werken.

Het betreft kwalitatief onderzoek, waarin achterhaald wordt welke betekenis de onderzochte populatie geeft aan het onderwerp dat centraal staat in dit onderzoek. In kwalitatief onderzoek gaat het erom verschijnselen te beschrijven en te interpreteren vanuit de betekenis die mensen zelf aan die verschijnselen geven (Boeije, 2005, p. 26). Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen om de ervaringen van de professionals in de GGZ-sector gedetailleerd te kunnen onderzoeken. Aangezien het onderzoek gericht is op de visie en ervaringen van personen, is het van belang om in contact te komen met deze personen om erachter te komen hoe hun perspectieven op het onderzoeksonderwerp zijn. Hiervoor is de inzet van interviews een geschikte methode (Boeije, 2005). Het onderzoek is explorerend van aard, aangezien het onderzoek bijdraagt aan theorievorming (Baarda e.a., 2005) over de relatie tussen vraaggericht werken en het hedendaagse overheidsbeleid. Het perspectief van de onderzochte personen in kwalitatief onderzoek wordt ook wel het “inner perspective” genoemd. De personen in het onderzoek vertellen hoe hun perceptie is wat betreft het onderzoeksonderwerp (Boeije, 2005). In dit onderzoeksrapport is een reconstructie van die perceptie weergegeven; een interpretatie van de visies en ervaringen van de onderzochte populatie.

### 3.2 Onderzoekspopulatie

In kwalitatief onderzoek wordt gestreefd naar het verkrijgen van inzicht in de betekenis van verschijnselen en het ontwikkelen van theorie. Kenmerkend is dat er meerdere subjecten worden ondervraagd (Boeije, 2005). In dit onderzoek is er sprake van doelgerichte steekproeftrekking (*purposive sampling*, Boeije, 2005, p. 50). Hierbij worden op een doelgerichte wijze eenheden geselecteerd die aan bepaalde kenmerken voldoen (Boeije, 2005). De onderzoekspopulatie bestaat uit GGZ-professionals. In eerste instantie was het streven om zowel professionals als leidinggevenden te betrekken in het onderzoek.

Het bleek echter zeer lastig te zijn om leidinggevenden bereid te vinden tot deelname aan het onderzoek. Om deze reden zijn met name uitvoerende professionals in het onderzoek betrokken. Ter aanvulling op de visies van deze professionals, zijn twee leidinggevenden betrokken in het onderzoek die hebben gereageerd op het verzoek tot deelname. Een derde leidinggevende meldde zich aan voor deelname toen de dataverzameling al was afgerond en is om deze reden niet meer betrokken in het onderzoek.

Het zou ook interessant zijn om cliënten te horen over hoe zij de zorg ervaren. Ervaringen en visies van cliënten kunnen wellicht een aanvulling geven op het begrip vraaggerichtheid door te achterhalen wat cliënten hieronder verstaan en wat zij belangrijk vinden in de hulpverlening. De keuze in dit onderzoek is echter gevallen op GGZ-professionals, om in kaart te brengen op welke manier zij in hun dagelijkse werk vormgeven aan vraaggerichtheid en met het overheidsbeleid te maken hebben. Het cliëntenperspectief zou een onderwerp kunnen zijn voor vervolgonderzoek.

De kenmerken waaraan de onderzoekspopulatie in dit onderzoek voldoet, zijn a) de persoon is werkzaam in de GGZ ofwel als uitvoerend professional (bijvoorbeeld als psycholoog, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of maatschappelijk werker), ofwel als leidinggevende, b) de persoon is gedurende meerdere jaren werkzaam in de GGZ om de huidige beleidsontwikkelingen in perspectief te kunnen plaatsen, c) de persoon is bereid zijn of haar mening kenbaar te maken tijdens een interview.

Om deelnemers aan het onderzoek te werven, is er een advertentie geplaatst op een mailing van de GGZ-sector waar professionals zich vrijwillig voor kunnen aanmelden. Op deze mailing worden regelmatig nieuwsberichten geplaatst om GGZ-professionals en andere geïnteresseerden op de hoogte te houden van actuele ontwikkelingen. De oproep bestond uit een korte beschrijving van het onderzoek en het verzoek deel te nemen aan een interview van ongeveer één uur. In totaal hebben er 41 professionals gereageerd op de oproep. Van deze 41 personen zijn er 14 professionals geselecteerd op volgorde van reactie, rekening houdende met een spreiding van de professionals over diverse organisaties en functies. Alle deelnemers hebben toestemming gegeven voor het verwerken van de interviewgegevens in de vorm van een rapportage. Het voordeel van deze manier van dataverzameling is dat er professionals reageren op de oproep die iets te zeggen hebben over het onderwerp en een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan het onderzoek. De keerzijde is echter dezelfde, namelijk dat er waarschijnlijk vooral professionals reageren op de oproep die een bepaalde mening of visie willen uitdragen. Professionals met een neutrale mening over het onderwerp reageren wellicht niet omdat zij het onderwerp bijvoorbeeld niet voldoende relevant vinden (zie ook paragraaf 5.3 “Kanttekeningen en vervolgonderzoek”). Tabel 1 geeft een overzicht van de reacties en de functies van de deelnemende professionals.

De selectie van het aantal deelnemers aan een onderzoek is afhankelijk van het moment waarop verzadiging (*saturation*) is bereikt in de dataverzameling (Boeije, 2005, p. 52). Dit betekent dat er bij de analyse van de interviews geen nieuwe informatie meer wordt verkregen over de relevante onderwerpen (Boeije, 2005). In het voorliggende onderzoek kwamen geen nieuwe onderwerpen aan het licht na 11 interviews (zie ook paragraaf 3.1.3). Vervolgens hebben aansluitend drie interviews plaatsgevonden om de verkregen data te toetsen en te controleren of er daadwerkelijk geen nieuwe onderwerpen meer ter sprake kwamen. Uiteindelijk hebben er zoals gezegd 14 interviews plaatsgevonden om de data te verzamelen.

<b>FUNCTIE</b>	<b>REACTIES</b>	<b>DEELNAME</b>
<b><i>Binnen instelling:</i></b>		
(GZ-)Psycholoog	11	3
Psychiater	4	1
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)	4	2
Leidinggevende	3	2
Psychotherapeut	2	2
Maatschappelijk werker	2	1
Begeleider RIBW	2	-
HBO-V	1	-
Verslavingsarts	1	1
Coördinator DAC	1	-
Onbekend	2	-
<b><i>Vrijgevestigd:</i></b>		
(GZ-)Psycholoog	5	-
Psychiater	1	1
Psychotherapeut	1	1
Maatschappelijk werker	1	-
<b>TOTAAL</b>	<b>41</b>	<b>14</b>

*Tabel 1: Overzicht van de reacties van professionals en de deelnemende professionals.*

### **3.3 Dataverzameling en -analyse**

De dataverzameling vond plaats in de vorm van semigestructureerde interviews met de geselecteerde professionals. Semigestructureerde interviews kenmerken zich door een topiclijst, waarop de onderwerpen staan die besproken worden. Ook de belangrijkste vragen worden van tevoren opgesteld. Middels semigestructureerde interviews worden er meer spontane antwoorden verkregen dan bij een gestructureerde vragenlijst het geval is (Baarda e.a., 2005). Daarnaast kan er meer verdieping plaatsvinden in semigestructureerde interviews door nader in te gaan op specifieke antwoorden.

De dataverzameling in kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door een cyclisch onderzoeksproces, waarin dataverzameling en data-analyse worden afgewisseld. Nadat de eerste gegevens zijn verzameld, vindt er een tussentijdse evaluatie plaats om de onderwerpen die tijdens de interviews aan het licht zijn gekomen, te expliciteren. Deze onderwerpen geven richting aan nieuwe onderwerpen die in de daaropvolgende interviews toelichting of verdieping vragen. Op deze manier kan een onderzoeker nieuwe onderwerpen verder uitdiepen. Bovendien kunnen onderzoeksbevindingen uit interviews worden getoetst in daaropvolgende interviews (Boeije, 2005).

Alle veertien interviews zijn opgenomen middels een opnameapparaat. De deelnemers hebben hiervoor toestemming gegeven. De interviewopnamen zijn allen letterlijk uitgeschreven in de vorm van transcripten. Vervolgens zijn onderwerpen onderscheiden en voorzien van een code (een begrip om gegevens te labelen). De onderwerpen zijn geanalyseerd en geïnterpreteerd. Aan de hand daarvan zijn de onderwerpen gestructureerd door deze in categorieën te plaatsen. Ook de samenhang tussen de categorieën is geanalyseerd. Tot slot zijn de verschillende onderwerpcategorieën (thema's) gerapporteerd in de resultatensectie van dit onderzoeksrapport. De resultaten zijn in de rapportage anoniem verwerkt.



## 4. Resultaten

---

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het empirische onderzoek middels interviews onder veertien GGZ-professionals. In paragraaf 4.1 worden de opvattingen van de professionals over vraaggerichtheid beschreven. De essentiële kenmerken van vraaggericht werken komen hierbij aan bod, evenals de voorwaarden op organisatieniveau om vraaggericht te kunnen werken. Vervolgens beschrijft paragraaf 4.2 de opvattingen van de professionals over het overheidsbeleid ten aanzien van vraaggerichtheid. Aspecten als marktwerking, de DBC en concurrentie worden daarbij besproken. Paragraaf 4.3 geeft ten slotte de adviezen weer van de professionals aan de overheid (of aan GGZ-organisaties) ten aanzien van de manier waarop vraaggericht werken van professionals zou kunnen worden gefaciliteerd. Tijdens de interviews werden de begrippen ‘cliënten’ en ‘patiënten’ door elkaar gebruikt. In deze resultatensectie wordt continu gesproken van ‘cliënten’ en zo nodig is het citaat op dit punt aangepast.

### 4.1 Opvattingen over vraaggerichtheid

Tijdens de interviews is de vraag aan professionals gesteld wat zij verstaan onder het begrip vraaggerichtheid en wat dit begrip voor hen betekent. Alle professionals hebben voor de omschrijving van dit begrip andere bewoording gebruikt. De omschrijvingen uit de interviews vormen gezamenlijk een totaalbeeld van het begrip vraaggerichtheid, zoals in het onderstaande is weergegeven. De resultaten geven zodoende een beeld weer van alle opvattingen over vraaggerichtheid van de verschillende geïnterviewden tezamen, waaraan alle geïnterviewden hun eigen bijdrage hebben geleverd.

#### 4.1.1 Primair contact

##### **Goed contact**

De wijze waarop een behandelingsproces verloopt, is volgens een aantal geïnterviewden onder andere afhankelijk van het contact met de cliënt.

“Alles begint natuurlijk bij een goed contact.” (psychiater)

Goed contact is cruciaal om vraaggericht te kunnen werken. Dit betekent onder andere dat de professional aandacht heeft voor het eigen verhaal van de cliënt. In dit verhaal is niet alleen de problematiek van de cliënt belangrijk, maar ook andere aspecten van het leven van de cliënt, zoals de familieomstandigheden en de achtergronden van de cliënt. Voor de professionals is het belangrijk om zoveel mogelijk over iemand te weten te komen. Op die manier kan de professional zich een beeld vormen van de persoon om wie het gaat. Dit is erg belangrijk om een goed contact op te kunnen bouwen. Indien het cliënten betreft met complexe problematiek, bijvoorbeeld verslaafden die op straat leven, is contactgroei tussen hulpverlener en cliënt zeer belangrijk. Het kan namelijk enige tijd en moeite kosten om met cliënten in contact te komen en te blijven. Een goed contact betekent dan onder meer dat de hulpverlener aansluit bij het eigen tempo van de cliënt.

“Je probeert aan te sluiten bij het tempo van de cliënt. [...] Als iemand het gesprek niet aan wil gaan blijf ik wel zichtbaar. Als iemand bijvoorbeeld reageert: “Ik wil nu niks” dan vraag ik “Mag ik dan over een maand bellen zodat je er rustig over na kan denken?” Vaak merk je dan dat er heel langzaam wel een verandering plaatsvindt.” (SPV)

Het is in elk hulpverleningsproces van belang dat er een “klik” of “goede match” is tussen de hulpverlener en cliënt. Indien de hulpverlener of cliënt merkt dat er - ondanks pogingen om contact te maken met een cliënt - geen goede match is, dan kan er bekeken worden of de cliënt bij een andere hulpverlener terecht kan. Een goed contact tussen professional en cliënt is dus nodig als basis voor het hulpverleningsproces. In de volgende paragrafen zal duidelijk worden elke andere elementen van belang zijn voor een goed contact in het hulpverleningsproces.

### **Open houding**

Voor een goed contact met de cliënt is een open houding van de hulpverlener belangrijk.

“Een voorwaarde is dat je onbevangen begint in een contact. Dus je moet wel een soort open mind hebben, een open hoofd.” (psychiater)

Een open, onbevangen houding wil zeggen dat een hulpverlener niet vooraf allerlei verwachtingen van de cliënt of de behandeling voor ogen heeft. De professional gaat daarentegen het contact aan met een cliënt en probeert er gaandeweg achter te komen wat een cliënt nodig heeft. Een professional probeert daarbij de cliënt en diens problematiek niet te veroordelen. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige geeft als voorbeeld dat je het drugsgebruik van een cliënt niet probeert te veroordelen, maar probeert te begrijpen en probeert te kijken wat daar voor reden achter ligt.

### **Aandacht voor totale mens**

Het is in het contact met een cliënt dus belangrijk om te proberen de cliënt te begrijpen. De professionals geven aan dat er daarom niet alleen aandacht voor de problematiek dient te zijn, maar juist voor de cliënt als mens. De professionals proberen het samenspel in kaart te brengen van de psychologische klachten of problemen, de biologische aspecten van de problematiek, de persoonlijkheid van een cliënt en het sociale domein (omgeving, familie, partner). Maar daarbij probeert een aantal van de geïnterviewden ook aandacht te besteden aan het (levens)verhaal van iemand, de voorgeschiedenis en de ‘totale mens’.

“De voorgeschiedenis speelt in dat geheel een belangrijke rol. Ik zal altijd geïnteresseerd zijn in het verhaal van iemand. Eigenlijk maak ik ook met iemand zijn verhaal. Een verhaal is iets anders dan een klacht oplossen. Ik voel me ook helemaal geen klachtenoplosser. De klacht is soms zelfs bijzaak.” (psychotherapeut)

De geïnterviewde bedoelt met het ‘samen met iemand zijn verhaal maken’ dat de professional samen met de cliënt op zoek gaat naar de betekenis van het verhaal van iemand. Zij kijken in een gezamenlijk zoekproces naar wat de cliënt vertelt, wat dit betekent in het leven van de cliënt en wat de hulpverlener eraan kan bijdragen om de cliënt hierbij te helpen. Goed luisteren naar het verhaal van een cliënt is hierbij cruciaal.

#### 4.1.2 Hulpvraagverduidelijking

##### **Luisteren naar wensen en behoeften**

Een cruciaal aspect in vraaggerichte hulpverlening is volgens de geïnterviewde professionals *luisteren* naar de *wensen en behoeften* van de cliënt. Voor de ‘wensen en behoeften’ wordt verschillende terminologie gebruikt, bijvoorbeeld ‘wat de cliënt wil’, ‘wat belangrijk is voor de cliënt’ en ‘wat de cliënt nodig heeft’. Eén van de geïnterviewden benoemt haar manier van luisteren als:

“Luisteren met een klinisch, derde oor [...]. *Horen* wat er gezegd wordt en ook wat er niet gezegd wordt.” (psychotherapeut)

Horen wat er gezegd wordt, betekent dat de professional aandachtig luistert naar het verhaal van de cliënt en daar de betekenis van probeert te interpreteren. Ook de manier waarop iemand iets vertelt kan betekenisvol zijn, bijvoorbeeld als iemand hapert of “volschiet” kan dat een betekenis hebben. Daarnaast is het belangrijk dat de cliënt zich *gehoord voelt*:

“Als ik goede behandelresultaten heb betekent dat, dat een cliënt zich gehoord, gezien en fatsoenlijk bejegend voelt.” (psychiater)

##### **Exploreren: de vraag achter de vraag**

Bij het vertellen van zijn wensen en behoeften, formuleert de cliënt al dan niet een (duidelijke) hulpvraag. De hulpverlener probeert te achterhalen wat er achter een verhaal of hulpvraag van een cliënt ligt. Het kan namelijk zo zijn dat cliënten “niet weten wat ze willen, of de verkeerde dingen willen”. Dementerende personen hebben bijvoorbeeld meestal geen expliciete hulpvraag. In dat geval overlegt de professional met de familie van de cliënt en met de verwijzer. De hulpverlener probeert wel de wensen en behoeften van de cliënt te exploreren of te verkennen en tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen. Dit lukt niet altijd, bijvoorbeeld in het geval dat een cliënt gedwongen opgenomen wordt. Dan baseert een hulpverlener zich voornamelijk op de wensen en behoeften van de omgeving van de cliënt en op zijn eigen deskundigheid en inzicht. De probleemdefinitie van de cliënt komt dus soms niet overeen met die van de omgeving van de cliënt en die van de professional. In sommige gevallen kan de cliënt zich op een later moment echter wel vinden in de beslissingen die genomen worden door de omgeving en de professional. De familie van een dementerende vraagt bijvoorbeeld om een onderzoek bij de cliënt en de cliënt vindt het uiteindelijk prima dat dit onderzoek wordt uitgevoerd. Het kan ook voorkomen dat een cliënt wel een expliciete hulpvraag heeft, maar dat deze naar het oordeel van de professional niet het beste is voor de cliënt, op korte of lange termijn:

“En ik heb altijd rekening gehouden, voor zover ik dat kan inschatten, met wat goed is voor iemand. Bijvoorbeeld als een cliënt mij vraagt: “Help mij suïcide te plegen”, dan denk ik nog wel even na. Ik probeer in te schatten wat iemand wil, wat zijn probleem is en wat die persoon goed voor zichzelf zou vinden. Niet alleen in de toestand nu, maar ook op de lange termijn.” (psychiater)

Veel van de geïnterviewde professionals proberen dan ook ‘de vraag achter de vraag’, of de ‘betekenis van een vraag’ te achterhalen en te kijken waarom een cliënt een vraag stelt en welke verwachtingen, ideeën en kennis de cliënt hierover heeft.

“Wat het onderliggende iets is. En ik vind dat je niet zonder meer moet ingaan op wat cliënten willen. Sommige mensen zitten in de sores en hebben allerlei problemen en zeggen: “Los het op”. Ik begrijp dat dit hun hulpvraag is, maar dat lijkt me niet de juiste hulpvraag. Nee, je gaat kijken: “Hoe kan je nou zelf de dingen aanpakken om het op te lossen.” (klinisch psycholoog)

Bij het achterhalen van de ‘vraag achter de vraag’ hoort ook het achterhalen van de prioriteit van een vraag. Cliënten met meerdere problemen kunnen verschillende vragen hebben op hetzelfde moment. De hulpverlener kijkt dan samen met de cliënt naar de prioriteit van de vraag voor de cliënt: ‘Wat is op dit moment het belangrijkste voor jou?’. Dit is ook van belang indien de prioriteit van de hulpvraag van een cliënt snel wisselt. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige vertelt dat een cliënt bijvoorbeeld op het ene moment per direct hulp vraagt bij het vinden van woonruimte en op het andere moment per direct hulp bij het afkicken van harddrugs. Ook in dat geval is het van belang om te kijken naar de prioriteit van de hulpvraag of -vragen.

### **Eigen verantwoordelijkheid cliënt**

Sommige cliënten leggen een vraag neer bij een hulpverlener met het idee ‘los jij het maar op voor mij’. De geïnterviewden benadrukken dat de *eigen verantwoordelijkheid* van een cliënt juist erg belangrijk is. Er wordt in een behandeling bekeken wat een cliënt zelf kan doen om van zijn of haar problemen af te komen. De hulpverlener probeert de cliënt daarin te ondersteunen en te versterken.

“Wij kunnen jou helpen om te werken aan jouw herstel. Maar wij kunnen jou niet beter maken; de enige die jou beter kan maken dat ben jij zelf. Wij kunnen daarbij helpen en wij hebben daar die en die mogelijkheden voor.” (afdelingshoofd)

“Het is heel belangrijk om de cliënt het gevoel te geven dat het niet gaat om wat ik denk dat goed is voor iemand, maar dat je samen kijkt wat goed is voor iemand. Dus dat je een cliënt ook verantwoordelijk blijft maken voor zijn eigen leven.” (SPV)

Eén van de geïnterviewden gaf expliciet aan dat je als hulpverlener de cliënt leert rekening te houden met zijn beperkingen en gebruik te maken van zijn mogelijkheden.

### **Geen letterlijke beantwoording van de vraag**

Als antwoord op de vraag wat vraaggerichtheid voor de professionals betekent, antwoordde een aantal geïnterviewden in bijna dezelfde bewoording om aan te geven dat zij de vraag van de cliënt niet altijd letterlijk beantwoorden.

“Ik ben zeker geen voorstander van: u vraag en wij draaien. Dat gevoel krijg je op een gegeven moment een beetje, dat het dat moet gaan worden.” (klinisch psycholoog)

“Als een cliënt alles wat wij zinvol achten niet wil - dat komt natuurlijk vaak voor bij onze doelgroep - dan moet daar natuurlijk een grens aan zitten. Dus wat mij betreft zit er aan vraaggericht werken zeker een grens. Het is niet zo ‘de cliënten denken iets en wij draaien dat’.” (klinisch psycholoog)

De geïnterviewden benoemen dat er ‘grenzen’ zitten aan het vraaggericht werken. Of aan de wens van de cliënt wordt voldaan, hangt onder andere af van de mogelijkheden tot behandelingen die de hulpverlener kan bieden en de mogelijkheden binnen een organisatie.

Als de cliënt iets vraagt dat de hulpverlener niet kan bieden, maar waarvan de hulpverlener wel denkt dat het zinvol kan zijn voor de cliënt, kan de cliënt worden doorverwezen naar een collega of een andere instelling. Wel is het zoals gezegd belangrijk dat de hulpverlener eerst stilstaat bij de ‘vraag achter de vraag’ van de cliënt.

### **Interactie met de cliënt vanuit professionele deskundigheid**

Naast de vragen, wensen en behoeften van de cliënt, speelt de eigen deskundigheid van de professional een grote rol in het verhelderen van de hulpvraag en het samenstellen van een behandelprogramma. Een professional beoordeelt vanuit zijn of haar deskundigheid of een vraag van een cliënt ‘zinvol’ en ‘medisch verantwoord’ is. De professional informeert de cliënt over de verschillende mogelijkheden tot behandeling en legt uit wat de consequenties van bepaalde behandelkeuzen kunnen zijn. Hiervoor is een interactie tussen professional en cliënt cruciaal. De geïnterviewden spreken in dit kader over ‘een interactie waarin je de cliënt serieus neemt en rekening houdt met je eigen ideeën’, ‘samen op zoek gaan naar wat de cliënt nodig heeft’, ‘een proces dat over en weer gaat’ en ‘onderhandelen met de cliënt’. Enkele opvattingen van geïnterviewden:

“Je gaat uit van iemands vraag, maar je houdt ook rekening met je eigen professionaliteit. Dat is vaak wel een beetje onderhandelen en flexibel zijn. Je moet wel de vraag goed horen en dat betekent ook dat je iemand heel goed moet teruggeven wat iemands vraag is, zo van oké: ‘dat is wat je wenst en dat en dat kan ik jou bieden in dat opzicht.’” (verslavingsarts)

“Je probeert te overleggen met de klant, dat motiveringsproces dat over en weer gaat. Bijvoorbeeld: ‘Ik wil wel van cocaïne af, maar niet van alcoholgebruik’. Dan respecteren we dat. Gaandeweg gaat een cliënt zich vaak wel realiseren dat het één niet los staat van het ander. Dus dat proberen we wel te koppelen aan waar de klant zit in zijn proces.” (maatschappelijk werker)

Vele geïnterviewden geven aan dat vraaggericht werken in interactie met de cliënt voor hen heel vanzelfsprekend is; zij hebben “nooit anders gedaan” en het is “logisch” om aan te sluiten bij de cliënt. De term ‘vraaggerichtheid’ is volgens sommigen een eenzijdige term die een nieuwe ontwikkeling suggereert, terwijl vraaggericht werken altijd al aan de orde is geweest.

“Als behandelaar moet je dan aandacht hebben voor wat de cliënt wil en aandacht voor wat belangrijk is voor die cliënt. Maar ik heb ook altijd rekening gehouden met wat ik zelf wil. [...] Daarom vind ik het een term die erg eenzijdig is, een slechte term. Toen ze begonnen te discussiëren over vraaggericht werken dacht ik: dat doe ik al sinds ik in de psychiatrie werk, ik heb nooit anders gedaan. Alleen heette dat niet zo; toen heette het gewoon behandelen. Ik zie daar weinig nieuws in. Ik heb nooit anders gewerkt dan dat ik uitging van wat de cliënt mij vroeg.” (psychiater)

### **Motivatie van de cliënt**

De interactie tussen professional en cliënt is dus kenmerkend voor vraaggericht werken. Het interactieproces van exploreren, adviseren, overleggen en/of samen op zoek gaan, is ook belangrijk voor de motivatie van cliënten. De professional probeert samen met de cliënt te achterhalen wat de cliënt nodig heeft. Als de behandeling zo goed mogelijk aansluit op de wensen van de cliënt, is diens motivatie waarschijnlijk ook groter om met een behandeling te beginnen. En motivatie is cruciaal: zonder motivatie geen behandeling.

Dit gaat niet op in de situaties waarin er sprake is van dwangbehandeling. Het is echter ook in die situaties van belang aan te sluiten bij de cliënt en diens eigen tempo en te proberen hem of haar toch te motiveren tot behandeling.

#### **4.1.3 Samenstellen van het behandelplan**

##### **Gezamenlijke doelen en middelen**

Uiteindelijk probeert de professional samen met de cliënt tot gezamenlijke, haalbare doelen en middelen te komen. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het bij vraaggericht werken gaat om ‘het aanbod afstemmen op de vraag’, door te kijken welke behandelingen het beste passen bij de cliënt. Dit is volgens een geïnterviewde slechts deels vraaggericht, omdat de professional uitgaat van het aanbod van de organisatie, in plaats van de vraag van de cliënt. Voor verreweg de meeste geïnterviewde professionals is het juist van belang in een proces van interactie, samen met de cliënt te kijken wat de wensen en behoeften zijn en vervolgens samen te bepalen welke behandeling er wordt ingezet. Hierbij zijn alle genoemde aspecten in bovenstaande paragrafen van belang: het is belangrijk dat er een goed contact ontstaat tussen professional en cliënt, dat de professional een open houding heeft, dat de professional goed luistert naar de wensen en behoeften van de cliënt, en dat de professional en de cliënt samen op zoek gaan naar de betekenis van de vraag van de cliënt.

Het vaststellen van de doelen en het opstellen van het behandelplan kan in sommige gevallen lastig zijn, omdat de doelen die cliënten formuleren niet altijd overeen komen met de ideeën van de hulpverlener. Een psychotherapeute vertelt:

“Ik weet dat de meeste alcoholisten die binnenkomen niet altijd willen stoppen met drinken, want dat doen ze het liefst. Maar ze zouden graag willen drinken zonder die problemen. Nou dan moet je niet in het eerste gesprek beginnen met: ‘Als je zoveel drinkt kunt je beter helemaal stoppen’. Soms is dat wel wat ik denk, maar dan weet ik dat hij niet meer terug komt. Dus dan ga je kijken: ‘Wat is jouw doel’. En cliënten hebben me ook wel eens verrast, dat dan blijkt dat het iemand die achterlijk veel drinkt toch lukt om gematigd te leren drinken. Dus ik sta daar ook wel voor open.”  
(psychotherapeute)

Het is dus belangrijk om aan te sluiten bij de ideeën en wensen van de cliënt en op zoek te gaan naar doelen die voor de cliënt haalbaar zijn.

##### **Normen en waarden**

De ‘open houding’ waarover eerder werd gesproken en het interactieproces tussen de professional en de cliënt zijn dus belangrijk om tot gezamenlijke doelen en middelen te komen. Deze open houding blijkt voor sommige geïnterviewden niet altijd eenvoudig, omdat een hulpverlener altijd te maken heeft met eigen normen en waarden en die van de samenleving.

“Je bent aan het balanceren tussen het belang van de cliënt, het belang van de samenleving, en ook wel jouw eigen belang als hulpverlener. [...] Heel af en toe stel ik mezelf ook wel eens de vraag: goh, ben ik nu eigenlijk niet bezig met mensen zo te manipuleren dat zij zich aan gaan passen zoals wij, samenleving, dat van hen willen. Wij proberen hen aan te passen aan wat maatschappelijk meer aanvaard wordt en daarmee doe ik hun persoonlijke behoeften misschien wel tekort. Daar worstel ik wel eens mee, dat vind ik een lastig moreel dilemma.” (GZ-psycholoog)

#### 4.1.4 Voorwaarden

In deze paragraaf worden de voorwaarden beschreven op institutioneel niveau (organisatie) die van belang zijn om vraaggericht te kunnen werken als professional.

##### **Klantgerichte organisatie**

Een vraaggerichte GGZ-organisatie kenmerkt zich volgens een aantal geïnterviewden deels door een klantgerichte organisatie. Hoewel klantgerichtheid geen expliciet onderwerp in dit onderzoek vormde, associeerde een aantal geïnterviewden vraaggerichtheid wel met klantgerichtheid of klantvriendelijkheid. Dit betekent dat de organisatie (letterlijk en figuurlijk) toegankelijk en bereikbaar moet zijn; de cliënt moet de instelling weten te vinden en de instelling moet aanspreken. De instelling dient geen lange wachtlijsten te hebben, dat is niet klantgericht. Daarom is goede in- en doorstroom van cliënten belangrijk. Ook de fysieke inrichting van de instelling is van belang, zodat de cliënten zich op hun gemak voelen. Een geïnterviewde gaf aan dat de organisatie regels heeft opgesteld over de manier waarop cliënten worden ontvangen aan de receptie en de manier waarop professionals in de instelling cliënten dienen aan te spreken.

##### **Creëren van (nieuw) zorgaanbod**

In sommige organisaties zijn de vragen van cliënten richtinggevend voor het creëren van (nieuw) zorgaanbod. Het gaat hier om vraaggerichtheid op instellingsniveau, omdat de organisatie probeert aan te sluiten bij de wensen van cliënten ‘in het algemeen’ (niet individueel). Als meerdere cliënten bijvoorbeeld aangeven dat zij een bepaalde vorm van behandeling willen die door de organisatie niet geboden wordt, dan wordt bekeken of het aanbod uitgebreid kan worden om aan de wensen van de cliënten (klanten) tegemoet te komen. Daar zitten wel grenzen aan, omdat de organisatie geen eindeloze productie- en scholingsmogelijkheden heeft.

##### **Voorwaarde scheppende organisatie**

In de bovenstaande paragrafen werd duidelijk dat vraaggerichtheid volgens de professionals betrekking heeft op het primaire proces tussen de professional en cliënt. De organisatie waarin professionals werkzaam zijn, dient zo ingericht te zijn dat de professionals de mogelijkheden hebben om vraaggericht te werken. Eén van de manieren waarop het management van een organisatie het belang hiervan kan uitdragen, is door aandacht te besteden aan de normen en waarden in de organisatie.

“Er moet aandacht besteed worden aan zaken als, waarom ben ik eigenlijk hulpverlener. Wat motiveert mij om mensen te helpen, wat is emotioneel de reden dat ik dat doe. En hoe kun je het in een organisatie zo maken dat die motieven goed aan de orde blijven komen en ook belangrijk zijn.” (psychiater)

Het is volgens de geïnterviewde van groot belang om in de organisatie aandacht te besteden aan de onderliggende waarden in het hulpverlenerschap. Het gaat in de zorg niet om productie draaien of veel geld verdienen, maar om het nastreven van een goed hulpverlenerschap. De reden dat een hulpverlener een hulpverlener is, is dat hij de intrinsieke motivatie heeft om het goed te doen. Door aandacht te blijven besteden aan deze waarden blijft de hulpverlener zich ervan bewust dat de cliënt centraal staat tijdens het behandelingsproces.

Managers dienen een voorbeeldfunctie te hebben als het gaat om vraaggericht werken.

“Als medewerkers dingen aan mij vragen moet ik dat serieus nemen. Als ik uitstraal dat ik dat belangrijk vind en daar ook iets mee doe, dan is dat een voorbeeldfunctie voor medewerkers om dat ook naar hun cliënten, collega’s en verwijzers te doen. Ik vind dat één van de belangrijkste succesfactoren. Als ik tegen de hulpverleners zeg jullie moeten vraaggericht zijn maar ik negeer al hun dingen, dan word ik totaal ongeloofwaardig.”  
(directeur)

### **Autonomie**

Het serieus nemen van de professionals is dus heel belangrijk. Dit wordt ook genoemd door andere geïnterviewden. De professionals geven aan dat zij het belangrijk vinden dat hun deskundigheid serieus genomen en erkend wordt en dat het management ruimte laat voor de professional om autonoom te werken. De organisatie moet de ruimte bieden om de professional “onbevangen en creatief” te kunnen laten werken.

“Professionals zijn opgeleid om autonoom hun werk te doen en niet opgeleid als productieboeren. Wil je echt professioneel kunnen handelen dan moet je zorg op maat kunnen leveren en natuurlijk moet dat binnen financiële kaders en dat soort zaken, maar daar moet echt ruimte voor zijn. Heel strak geprotocolleerd werken kan bij dit soort werk niet. Voor een stukje wel, ik ben echt voor zorgpaden, ik denk wel dat we dat moeten gaan doen, maar met deze kanttekeningen.” (psychiater)

Autonomie is dus een kenmerk van professionaliteit. Er moet ruimte zijn om naar eigen deskundigheid te werken. Dit betekent ook dat er (beargumenteerd) van protocollen of richtlijnen afgeweken moet kunnen worden. Een professional kan bijvoorbeeld besluiten om een behandeling die bij een stoornis vaak wordt toegepast, niet te kiezen om bepaalde redenen, mits deze keuze goed wordt beargumenteerd.

### **Flexibiliteit binnen zorgprogramma’s**

Veel van de geïnterviewde professionals werken in organisaties waarbij het zorgaanbod inhoudelijk is gestructureerd aan de hand van zorgprogramma’s. Veelal zijn deze programma’s samengesteld op basis van verschillende diagnoses. Zo zijn er bijvoorbeeld zorgprogramma’s angststoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, etc. Vaak bestaan de zorgprogramma’s uit diverse modules, waarin de behandelmogelijkheden bij een diagnose zijn beschreven. Zo is er binnen het zorgprogramma depressie bijvoorbeeld een module ‘cognitieve gedragstherapie’. Professionals werken vaak binnen één of meerdere van dit soort programma’s. De programma’s zijn geen protocollen die stap voor stap gevolgd moeten worden, maar (zouden moeten) dienen als handvat voor de professionals.

De geïnterviewden vinden dat de zorgprogramma’s zowel positieve als negatieve aspecten hebben. Een positief aspect is dat zorgprogramma’s het aanbod van een instelling inzichtelijk maken voor de medewerkers zelf en voor cliënten. Een zorgprogramma kan een handvat zijn voor behandelingen, omdat er in de programma’s beschreven staat welke mogelijkheden er zijn bij welke problematiek. Op die manier weten zowel de professional als de cliënt welke mogelijkheden er zijn en kan de behandeling worden toegesneden op de specifieke behoeften van een cliënt. Het nadeel van de indeling in zorgprogramma’s, is het gevaar dat zorg “teveel gespecialiseerd” is. Cliënten zijn niet altijd in één van de zorgprogramma’s onder te brengen.

“Heel veel mensen passen misschien wel in vier zorgprogramma’s. Omdat ze én depressief zijn én angststoornissen hebben én persoonlijkheidsproblemen en allerlei praktische problemen. Ga er maar aan staan. Waar ga je ze dan inzetten? Dus dat is het lastige.” (klinisch psycholoog)

Er ontstaat als het ware een verkaveling van de cliënt. De cliënt wordt opgedeeld in clusters of kavels van problemen en er wordt vervolgens gekeken welke kavels bij welke vorm van zorg thuishoren. Hierdoor ervaren professionals soms dat zij niet helemaal “zorg op maat” kunnen leveren of dat er “hokjes denken” ontstaat.

“Mijn ervaring is dat als iemand in het angststoornissteam binnenkomt met een angststoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis bij wijze van spreke, dat dan heel gauw gezegd wordt: ‘Dit kunnen wij niet behandelen want de borderline persoonlijkheidsstoornis staat op de voorgrond’. En bij ons wordt al gauw weer gedacht, de angststoornis moet eerst behandeld worden. Dus er ontstaat een soort hokjes denken.” (psychotherapeut)

Een geïnterviewde heeft soms het idee dat bij cliënten met meerdere problemen, één van de stoornissen onderbelicht blijft omdat de cliënt is ingedeeld bij het zorgprogramma van de hoofddiagnose. De andere problemen krijgen daardoor soms minder aandacht. Ook ervaren sommige organisaties minder continuïteit van zorg, doordat de cliënt van het ene naar het andere zorgprogramma verplaatst wordt bij meervoudige problematiek. Dat gaat ten koste van de vertrouwensband die ontstaat tussen professional en cliënt. Een geïnterviewde professional geeft aan dat het belangrijk is om breed geschoold te zijn, zodat je cliënten met meerdere problemen goed kunt bedienen. Dit is belangrijk voor de continuïteit van zorg. Een andere geïnterviewde geeft aan dat afwisseling heel belangrijk is in haar werk. Daarom is het wenselijk dat je als professional binnen meerdere zorgprogramma's kan werken. Om vraaggericht te kunnen werken, moet het dus mogelijk zijn om flexibiliteit te hebben in het werken met zorgprogramma's. De manier waarop dit bereikt kan worden, is dat professionals zelf een behandeling kunnen samenstellen bestaande uit diverse modules uit verschillende zorgprogramma's. De samenstelling kan dan toegesneden worden op de specifieke situatie van de cliënt.

### **Tijd voor cliënten**

Professionals geven aan dat zij cliënten willen zien zo vaak dat nodig is. Deze tijd is belangrijk om contact te maken met cliënten en om genoeg ruimte te hebben voor het interactieproces waarin de hulpvraag en de behandeling worden geëxpliciteerd. Hoewel professionals het belangrijk vinden om voldoende tijd voor een cliënt te hebben, ervaren de professionals een toenemende druk om meer cliënten te helpen in een bepaalde tijdspanne. Er worden bijvoorbeeld vanuit het management van de organisatie productienormen vastgesteld. Dit betekent dat professionals een x-aantal cliënten moeten zien in een bepaalde tijd. Het is soms lastig om binnen deze productienormen wel genoeg tijd te hebben voor cliënten. Dit is nader uitgewerkt in paragraaf 4.2.2.

### **Overleg en feedback**

De geïnterviewde professionals vinden het belangrijk dat zij kunnen overleggen over cliënten met (een team van) collega's, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie. Dit draagt bij aan de kwaliteit van de geboden zorg, omdat de professional kritisch blijft kijken naar het eigen handelen. Sommige professionals geven aan dat zij het ook belangrijk vinden dat je cliënten van elkaar kunt overnemen als dat nodig is.

De professionals vinden communicatie met andere instellingen over een cliënt heel belangrijk. Daarbij is het van belang dat de professional kennis heeft van het zorgstelsel in de regio. Ook feedback vragen van cliënten en verwijzers wordt genoemd als belangrijk aspect. Een hulpverlener kan op die manier zijn eigen werkwijze toetsen bij anderen en achterhalen of hij daadwerkelijk vraaggericht werkt. Daarmee kunnen de professionals de hulpverlening door hun organisatie optimaliseren.

## **Opleiding**

Tot slot wordt genoemd dat er al tijdens de opleiding aandacht moet zijn voor vraaggericht werken. De (aanstaande) professionals leren dan dat zij niet alleen vragen stellen die gericht zijn op de problematiek van een cliënt, maar aandacht hebben voor het contact met de cliënt en voor diens verhaal.

## **4.2 Opvattingen over overheidsbeleid t.a.v. vraaggerichtheid**

Tijdens de interviews is aan de professionals gevraagd naar hun visie op het hedendaagse overheidsbeleid ten aanzien van vraaggericht werken. In onderstaande paragrafen zijn deze visies beschreven.

### **4.2.1 Opvatting over het algemeen**

#### **Vraaggerichtheid geen speerpunt van overheidsbeleid**

Vrijwel alle geïnterviewde professionals geven aan dat zij niet het idee hebben dat de overheid bezig is met het faciliteren van vraaggerichtheid. De uitspraken van de geïnterviewden zijn hieromtrent divers, maar hebben dezelfde strekking: “Ik weet niet of de overheid dat nou zo faciliteert hoor”, “Ik heb niet het gevoel dat de overheid daarmee bezig is” en “Ik vind de overheid daarin heel tegenstrijdig”. Eén van de citaten:

“De primaire reden waarom ik het goed blijf doen voor de cliënt heeft te maken met mijn eigen normen en behoeftes. Dat doe ik *ondanks* alle regels van de overheid. Het komt niet *door* de regels van de overheid, maar doordat hulpverleners gemotiveerd zijn om hulp te verlenen. En er zijn heel veel maatregelen die daar haaks op staan. Die je het gevoel geven dat het daar niet meer om gaat, maar dat het belangrijk is dat ik voldoende productie lever.” (psychiater)

Volgens vele geïnterviewden is het overheidsbeleid enkel gericht op ofwel controle verkrijgen ofwel bezuinigen. Bovendien merken een paar geïnterviewden op dat de beleidsmakers ver van de werkelijkheid afstaan en geen idee hebben welke gevolgen het beleid heeft voor de praktijk.

In de volgende paragrafen wordt nader uitgewerkt op welke manier de professionals ervaren dat het overheidsbeleid niet faciliterend is en wat dat betekent voor hun vraaggerichte manier van werken. In de eerste plaats worden echter een aantal positieve (beleid)ontwikkelingen beschreven die genoemd zijn door de geïnterviewden.

#### **Positieve ontwikkelingen**

Een geïnterviewde merkt op dat er in de maatschappij in toenemende mate aandacht is voor de cliënt en diens positie in de samenleving. De aandacht voor vraaggerichtheid in het overheidsbeleid suggereert dat het belangrijk wordt gevonden om de hulpvrager centraal te stellen. Bovendien is er veel ruimte voor opleiding en scholing van professionals en voor onderzoek in de zorg. Diverse geïnterviewden gaven aan dat zij de ontwikkelingen van multidisciplinaire richtlijnen van aandoeningen een positieve ontwikkeling vinden. Dit zijn aanbevelingen voor het geven van de best mogelijke zorg. Deze richtlijnen zorgen ervoor dat professionals hun keuzen kunnen onderbouwen met wetenschappelijke kennis. De ontwikkeling van de inhoud en kwaliteit van zorg is zeer belangrijk. De ontwikkeling van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) is volgens sommigen waardevol omdat het bijdraagt aan transparante dossiervoering.

Het is voor alle betrokken hulpverleners, en in een later stadium eventueel voor cliënten, duidelijk waar de behandeling op gericht is en hoe de voortgang daarvan is.

Als nadeel van het EPD wordt aangemerkt dat het nog niet optimaal is wat betreft gebruiksvriendelijkheid. Daarnaast maken sommige geïnterviewden zich zorgen over de waarborging van de privacy van het EPD. Sommige professionals vinden het lastig om alle persoonlijk informatie in dit systeem te registreren omdat zij niet zeker weten dat de informatie niet inzichtelijk is voor buitenstaanders.

#### **4.2.2 Opvattingen over de marktwerking in de zorg**

##### **Druk op productie**

Volgens de geïnterviewde professionals ligt de nadruk in het werk steeds meer op ‘productie draaien’. Dit is onder andere het gevolg van de onderhandelingen tussen instellingen en verzekeraars. De professionals hebben het idee dat de zorgverzekeraars steeds meer op de stoel van de behandelaar gaan zitten en zich teveel bemoeien met de inhoud van de zorg, of juist bij hun zorginkoop niet genoeg rekening houden met de kwaliteit van de zorg, maar “als een schatbewaker op de kist zitten”. De geïnterviewden geven aan dat er afspraken gelden tussen het management en de professionals over het aantal cliënten dat zij in een bepaalde tijd moeten behandelen. Zij moeten meer “produceren” - dat wil zeggen meer cliënten zien - in minder tijd. Een geïnterviewd afdelingshoofd vertelt dat het in de organisatie waar hij werkzaam is, van belang is dat de behandelingen zo kort mogelijk zijn:

“Het is aan ons om zo flexibel te zijn dat de cliënt snel kan starten en binnen zo snel mogelijke tijd alle behandelmodules kan doorlopen en dus zo kort mogelijk in behandeling kan zijn.” (afdelingshoofd)

##### **Kortere behandelingen**

Om aan de gestelde productienormen te kunnen voldoen, is het een mogelijkheid om de behandelsessies per keer korter te maken, bijvoorbeeld sessies van een half uur in plaats van 45 minuten. Geen van de geïnterviewden geeft aan dat dit in hun organisatie aan de orde is, maar één professional vertelde dat ze van een andere organisatie weet dat het daar wel het geval is. Een andere consequentie van de productienorm voor de behandelingen, is dat de totale behandelduur korter wordt, zodat professionals behandelingen tijdig af kunnen ronden en meer cliënten kunnen zien.

“Wij zijn bezig om consulten nog meer te verkorten. Daar waar je een ambulante behandeling eerder in 15 gesprekken doet, moet je nu zeggen: we kunnen er maar 12 van maken. Want dan kun je in dezelfde tijd van behandelaren jaarlijks meer cliënten helpen.” (afdelingshoofd)

Het voordeel van het verkorten van de behandelduur, is dus dat er meer cliënten geholpen kunnen worden. De vraag is of het de kwaliteit van de behandeling ten goede komt:

“Of een behandeling dan ook even goed is, is de vraag. Als het om de systematiek gaat, maakt dat ook weer niet zoveel uit want na 12 sessies sluit je af en stuur je een cliënt eigenlijk weg. En na een paar maanden komt hij terug, je opent gewoon een nieuwe DBC en je begint eigenlijk weer opnieuw. En dan denk ik, daar wordt een cliënt niet mee geholpen.” (afdelingshoofd)

Er is minder tijd om cliënten te kunnen behandelen, terwijl in voorgaande paragrafen duidelijk werd dat ‘tijd en ruimte’ juist belangrijke aspecten zijn om vraaggericht te kunnen werken. Ook een andere geïnterviewde gaf aan dat in haar organisatie druk wordt uitgeoefend om behandelingen tijdig af te ronden. Het voordeel hiervan is dat de professional stilstaat bij “is de behandeling echt nog wel nodig”. Het nadeel is echter dat sommige cliënten te kort behandeld worden, zodat er “dingen niet beklijven”.

“Als je behandelingen noodgedwongen maar korter maakt... Dat is net als met een antibioticakuur: als je die niet afmaakt, dan wordt je weer ziek. Met sommige van dit soort behandelingen is dat ook een beetje zo, als je iemand halverwege afsluit.”  
(psychotherapeut)

Het (te) snel afronden van behandelingen kan dus voorbijgaan aan de wensen en behoeften van cliënten en aan wat een cliënt nodig heeft. Ook gaat het voorbij aan het eigen tempo van een cliënt. Aangezien deze aspecten kenmerkend zijn voor vraaggericht werken, is het stellen van een (te laag) maximum aantal behandelingen niet bevorderend voor professionals om vraaggericht te werken.

Een andere manier om meer cliënten te kunnen bedienen in dezelfde hoeveelheid tijd, is het groter maken van groepen tijdens groepsbehandeling. Een geïnterviewde vertelt dat de groepsbehandelingen bij een bepaalde problematiek gegeven worden aan groepen van maximaal acht cliënten. De groepen zijn vergroot naar negen of tien cliënten. Het gevaar daarvan is dat cliënten minder profiteren van de behandeling, waardoor de behandeling bijvoorbeeld langer duurt. Hierbij is het wederom de vraag of deze manier van werken wel genoeg aandacht heeft voor de wensen en behoeften van de individuele cliënt. Het aantal cliënten in een groep zou het maximum niet moeten overschrijden indien de motivatie daarvoor slechts is dat dit efficiënter is en niet noodzakelijkerwijs beter voor de cliënt.

### **Minder ruimte voor zorgvernieuwing**

Een ander gevolg van de druk op productie, is dat er in sommige instellingen minder ruimte is voor zorgvernieuwing. Indien een cliënt baat blijkt te hebben bij een bepaalde behandeling, dan is er niet altijd de mogelijkheid om hieraan te voldoen door bijvoorbeeld een nieuwe behandelmodule te ontwikkelen. Voorheen was hier volgens een aantal geïnterviewden meer ruimte voor. Deze ontwikkeling gaat ten koste van de kwaliteit van zorg aan de cliënten. Het beperkt de mogelijkheden om vraaggericht te werken, omdat de flexibiliteit van professionals kleiner wordt om zorg te bieden die de cliënt nodig heeft.

Andere professionals geven aan dat er minder voorzieningen getroffen kunnen worden omdat er geen budget voor beschikbaar wordt gesteld. Een voorbeeld dat een psychiater noemt is dat er binnen de instelling een team werkzaam is voor mensen met ernstige, psychotische problematiek. Er is wel instroom van deze cliëntengroep, maar nauwelijks uitstroom. De huisartsen en de eerste lijn willen of kunnen deze cliënten niet overnemen. Er is dus financiële uitbreiding nodig om het werk goed te kunnen blijven doen, maar die krijgt de instelling niet. Er moet ofwel groeiomgeving komen om de cliënten te kunnen helpen, ofwel betere uitstroom door uitbreiding in de 1<sup>e</sup> lijnszorg. Dat is een dilemma dat de geïnterviewde al drie jaar probeert aan te kaarten, maar waar geen verandering in komt. De cliënt blijft daardoor met zijn vraag zitten.

### **Therapeut of manager?**

Eén van de geïnterviewden, zowel psychiater als afdelingshoofd, ervaart soms een “spagaat”: aan de ene kant moet hij als manager voor productie zorgen, terwijl hij aan de andere kant als professional alleen bezig wil zijn met cliënten goed behandelen. Maar ook andere professionals ervaren dit spanningsveld.

“Ik vind dat je als therapeut tegenwoordig ook een halve manager moet zijn. Je moet voortdurend denken aan hoeveel productie je draait. En daarom staat niet alleen maar het belang van de cliënt voorop, ook wel andere dingen.” (psychotherapeut)

Eén van de geïnterviewden vertelde dat er een voorstel in de organisaties is om persoonlijke wachtlijsten op te stellen, zodat wachtlijsten van cliënten aan professionals gekoppeld worden. Het idee is dat hulpverleners door de ervaren druk beter presteren en dat de wachtlijsten op die manier afnemen. De professional geeft echter aan dat zij zich niet kan voorstellen dat zij onder druk beter of efficiënter gaat werken. In sommige instellingen is de druk zo hoog, dat het soms wel goed uitkomt als een cliënt niet komt opdagen.

“Af en toe komen cliënten niet opdagen. Dan ben ik allang blij. Normaal zou je daarvan balen en zorgen dat er wat aan verandert, maar als cliënten allemaal zouden komen dan zouden we een probleem hebben. Dat straalt je waarschijnlijk ook wel wat uit naar de cliënten, dat het ons eigenlijk wel goed uitkomt dat ze niet komen. Dat vind ik ook wel ernstig.” (psychotherapeut)

De druk wordt soms zo hoog dat professionals het zelf moeilijk krijgen:

“Ik merk dat het stressvol werkt: ik moet productie halen per maand. Ik vond dat in het begin nogal heftig. Ik heb nu wel een manier gevonden dat ik dat los kan laten. Het heeft me wel het een en ander gekost, ik ben een tijdje behoorlijk uit de running geweest. Ik ben niet de enige, ik weet dat twee collega's dat ook hebben.” (SPV)

### **Niet-client gebonden activiteiten**

Het is soms zeer lastig voor een professional om met cliënten in contact te komen. Vooral als het gaat om zorgmijders, bijvoorbeeld mensen die op straat zwerven, ernstige problemen hebben en het hulpverleningscircuit mijden. De professional is dan soms lange tijd bezig om het netwerk van familie en vrienden af te speuren en probeert de cliënt op te sporen en te behandelen. Hoewel dit een belangrijk aspect is van het werk van sommige professionals, waaronder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, worden deze werkzaamheden volgens geïnterviewden niet vergoed. Ook andere ‘niet-clientgebonden activiteiten’ worden niet vergoed. In een eerdere paragraaf kwam naar voren dat extern overleg over een cliënt met andere instellingen een belangrijke voorwaarde is om de behandeling goed te laten verlopen. Een aantal professionals vertelt echter dat externe overleggen niet worden betaald. Dat wringt, omdat het niet erkend wordt, terwijl het wel een belangrijk onderdeel is van het werk van professionals. Het is van belang om externe overleggen te kunnen plegen om vraaggericht te kunnen werken, zodat de cliënt de hulp krijgt die hij nodig heeft.

### **Creatief boekhouden**

De toenemende druk op professionals om productie te draaien en de bevinding dat een aantal belangrijke aspecten van de hulpverlening niet worden vergoed, leidt in sommige gevallen tot ‘creatief boekhouden’. De professionals willen namelijk voorkomen dat het gebrek aan tijd of geld ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Soms worden er meer sessies geschreven dan er daadwerkelijk hebben plaatsgevonden, om zodoende te compenseren met verrichtingen die niet worden vergoed. Of consulten worden op papier langer gemaakt dan deze in werkelijkheid waren. De professionals benadrukken dat er alles aan wordt gedaan om de cliënt niet te benadelen.

Soms is de vraag toch of het werkelijk ten goede komt aan de cliënt:

“Soms denk je: zal ik een cliënt bellen want dan kan ik een telefonisch contact declareren. Terwijl je als therapeut misschien zou denken, ik moet hem niet achter zijn broek aan zitten, dat is nou juist wat hij moet leren. Maar vanuit productiegedachte denk je, nee ik ga hem toch bellen want dan kan ik een telefonisch contact declareren en dan heb ik in ieder geval nog iets gedeclareerd. En dat is niet goed denk ik. Maar als ik echt denk, met deze cliënt heb ik afgesproken, die moet zelfstandiger worden, en als hij niet komt, zelf afbellen, dan ga ik daar niet achteraan bellen. Dat weegt dan vaak toch zwaarder. Maar als ik twijfel, dan gaat de productie voor.” (psychotherapeut)

#### **4.2.3 Opvattingen over de DBC's**

Alle verrichtingen van professionals moeten worden geregistreerd in de diagnosebehandelingcombinatie (DBC). De zorgverzekeraars kopen zorg in op basis van deze financiële registraties. De professionals zijn kritisch over de DBC-registraties. Toch vinden de professionals dat er ook een aantal positieve kanten aan zitten. In de volgende paragraaf worden eerst de positieve kanten van de DBC belicht.

##### **Positieve kant van de DBC**

De DBC-systematiek vereist dat er snel een diagnose wordt gesteld. Zonder diagnose kan er namelijk geen behandeling worden gestart. Een aantal professionals vindt het snel stellen van een diagnose positief. Dit kon voorheen nog wel eens uitblijven. Het voordeel hiervan is dat er duidelijkheid is voor de cliënt over de problematiek en de behandeling. Er kleeft echter ook een nadeel aan het snel moeten stellen van de diagnose, omdat er soms een langere periode overheen gaat om een diagnose goed te kunnen stellen. Hierover meer onder het kopje “DBC gaat voorbij aan complexiteit”.

Professionals geven aan dat het idee van de DBC goed klonk: een transparante zorg, verantwoording afleggen naar buiten en helder zijn over wat je doet en waarom. Bovendien draagt het invullen van de DBC's voor sommige professionals bij aan kostenbewustzijn. Het voordeel hiervan is dat de professionals stilstaan bij de vraag of een behandeling nog steeds zinvol is. Aan de andere kant kan het een behandeling ook onder druk zetten, omdat de hulpverlener zich bewust is van de prijs van de behandelsessies en zich daardoor opgejaagd voelt.

##### **De nadelige kant van de DBC**

Zoals gezegd vinden professionals het afleggen van verantwoordelijkheid en transparant werken goed of zelfs noodzakelijk. De manier waarop dit in het huidige systeem wordt gevraagd, schiet echter het doel voorbij.

“Het lijkt me heel goed om transparant te zijn en verantwoording af te leggen, want je werkt natuurlijk ook met andermans geld en je moet kwaliteit leveren. Maar het is geëscaleerd. De grootste escalatie die ik tot zover heb gezien is de DBC-systematiek. Zo idioot heb ik het nog nooit meegemaakt, ik vind het bijzonder om mee te maken. Zo'n extreem systeem, dat we dat met z'n allen ook nog heel serieus doen. Ik denk dat dit bijna de top is.” (psychiater)

In de volgende paragrafen wordt uiteengezet op welke manier de professionals de DBC-systematiek ervaren.

### **DBC gaat voorbij aan complexiteit**

De professionals vinden het DBC-systeem niet ondersteunt in het vraaggericht werken met cliënten, waarbij het individuele proces en aandacht voor de unieke complexiteit van de persoon zeer belangrijk zijn. De menselijke geest is te complex om in een gestandaardiseerd systeem te vatten. Bovendien gaat het systeem voorbij aan het proces dat een cliënt doormaakt. Werken met mensen is maatwerk en het is daarom erg lastig, zo niet onmogelijk, om cliënten onder te brengen in een DBC. Vrijwel alle geïnterviewden vinden dit een heikel punt in de DBC-systematiek.

“Een depressie bestaat niet, je hebt allerlei soorten depressie. Depressie als concept bestaat niet. Net als schizofrenie. De ernst of de hulpvraag komt niet uit die diagnose voort. De hoeveelheid zorg is bepalend voor hoe duur het is, niet de diagnose. Dat haal je er al niet uit, dus dat systeem werkt daarvoor niet.” (psychiater)

Het systeem is dus niet ingericht op het registreren van complexe problematiek. Bovendien suggereert het DBC-systeem dat je op basis van de diagnose kan gaan beginnen, terwijl de verduidelijking van de vraag en de diagnose juist een heel lastig proces is.

“De GGZ, de menselijke geest is heel complex. Maar dat wat een depressie lijkt is het vaak helemaal niet. Het is toch angst, of het blijkt rouw te zijn, of het is misschien een persoonlijkheidsstoornis die eigenlijk veel meer de zorg verdient dan de depressie waar ik op heb ingezet omdat ik snel moest diagnosticeren. Daarom heb ik veel liever de ruimte voor die totale mens.” (psychotherapeut)

“Klanten zijn mensen en zij ontwikkelen zich. Het kan best dat men met een leefstijltraining begint en dan tegen een dijk van een fobie aanloopt, wat er in het begin niet uitkomt.” (maatschappelijk werker)

### **DBC op basis van DSM is niet adequaat**

Voorheen was de diagnose van een cliënt bijzaak, het ging om de behandeling die je uitvoerde. Daarentegen is de diagnose nu leidend. De DBC-systematiek is namelijk gebaseerd op de Diagnostic Statistical Manual IV, oftewel de DSM IV (verder aangeduid als “DSM”). Dit Amerikaanse handboek wordt in de GGZ gebruikt als classificatiesysteem voor psychische of psychiatrische aandoeningen. Per aandoening staan er definities en criteria beschreven over de betreffende aandoening. In de DBC moet de ‘D’ (diagnose) worden ingevuld op basis van de DSM. Hiermee zijn vele geïnterviewden het niet eens. De professionals geven aan dat er een discussie is over de DSM als diagnostisch middel. Het is slechts bedoeld als classificatiesysteem, een indelingsysteem waarmee duidelijk wordt waar het over gaat als men het heeft over bijvoorbeeld een depressie. Het systeem is volgens critici niet geschikt als diagnosesysteem, daarvoor is het niet bedoeld. De redenen hiervoor zijn hierboven reeds genoemd, namelijk dat dé depressie niet bestaat en dat cliënten daarom lastig onder te brengen zijn in één van de classificaties van de DSM.

De DBC vereist dat er snel een diagnose wordt gesteld. Het is niet altijd zo dat er op basis van de diagnose kan worden bepaald welke behandeling er gewenst is. Zoals een geïnterviewde vertelt:

“Bij sommige stoornissen zijn sommige behandelingen aangetoond effectief. Maar het is niet zo dat je op grond van een classificatie die op punt één wordt gesteld, je precies kunt aangeven wat een cliënt nodig heeft. Want het gaat om een persoon.” (psychotherapeut)

Het is bovendien soms erg lastig om in korte tijd een diagnose te stellen. Een geïnterviewde geeft bijvoorbeeld aan dat een persoonlijkheidsstoornis pas kan worden vastgesteld als de professional de cliënt wat langer (een aantal maanden) kent. De diagnose en het behandelplan kunnen later wel bijgesteld worden in de DBC, maar dit is extra administratief werk voor de hulpverleners. Een aantal geïnterviewde professionals geeft bovendien aan dat er niet altijd een DSM-diagnose kan worden gesteld bij cliënten, terwijl de diagnose wel vereist is in de DBC. In sommige gevallen zijn cliënten namelijk niet in te delen in één van de diagnoses, maar vallen zij er precies tussenin. Of cliënten voldoen niet aan alle criteria die genoemd worden in de DSM, waardoor er volgens de DSM geen diagnose gesteld kan worden, terwijl de cliënt wel degelijk problemen ervaart. De ernst van een aandoening is dan ook niet af te lezen van een DSM-diagnose. Ook is er, in het geval dat er wel een diagnose wordt gesteld, niet altijd een logisch verband tussen een diagnose en een behandeling.

### **DBC is tijdrovend en niet ondersteunend**

De geïnterviewden geven aan dat de DBC slechts als last wordt gezien, omdat de professionals er zelf niets aan hebben. De DBC-systematiek kan vraaggericht werken juist in de weg zitten, omdat mogelijk voorbij gegaan wordt aan de cliënt als persoon en diens behandelproces. Een geïnterviewde vertelt dat sommige cliënten in deeltijdbehandeling zijn, in combinatie met individuele behandeling. Als een cliënt dan op een ochtend voor de deeltijdbehandeling in de instelling is en 's middags een individueel consult heeft, dan kan dat individuele consult niet worden gedeclareerd, want dat is een 'dubbele verstrekking'. De cliënt moet daarom op een andere dag terugkomen voor het individuele consult. Op deze manier wordt de professional mogelijk belemmerd om het behandelingsprogramma toe te snijden op de behoeften en het eigen tempo van cliënten, omdat het systeem voor een deel al bepaalt hoe het behandelprogramma qua tijdsindeling wordt vormgegeven.

Het DBC-systeem komt het werk van professionals niet ten goede, aangezien het niet ondersteunend is. Daarentegen kost het de professionals enorm veel tijd om de DBC's in te vullen. Letterlijk alle handelingen moeten worden geregistreerd: telefoontjes, overleggen, consulten, brieven, etc. De professionals vinden dit systeem "onhandig", "veel werk", "gedoe", "administratieve rompslomp" en zelfs "een clusterbom". Het aanleveren van de gegevens voor de DBC moet door de professionals zelf gedaan worden, omdat het specialistische informatie bevat over de problematiek, diagnose en behandeling. Het secretariaat kan hierin ondersteunen door de DBC's "af te timmeren", maar voor het inhoudelijke werk moeten de professionals zorgen. Het systeem is gebaseerd op de medische sector, waar volgens de geïnterviewden de gemiddelde doorlooptijd van behandelingen ongeveer twee maanden is. In de GGZ is de gemiddelde doorlooptijd acht maanden. Dit betekent dat behandelingen dikwijls ook langer doorlopen dan één jaar, maar de DBC's lopen maximaal één jaar door. Aan het einde van het jaar moeten alle DBC's daarom afgesloten worden en opnieuw geopend. Dit vinden de professionals erg onpraktisch en tijdrovend. Volgens de professionals maakt de DBC-systematiek de zorg duurder, omdat de professionals veel tijd besteden aan het invullen ervan. Bovendien ervaren professionals dat zij minder tijd hebben voor de cliënt:

"Je dwingt mensen om in verhouding meer bezig te zijn met administratie dan met de inhoud van de zorg, behandelingen etc." (GZ-psycholoog)

Dit heeft niet alleen te maken met de DBC-systematiek, maar met de algemene toename van administratie. Hierover wordt meer gezegd onder het kopje "Controlledwang".

### **DBC geeft onwerkelijke afspiegeling van de praktijk**

De geïnterviewden benadrukken echter dat de inhoud van de zorg niet te lijden mag hebben onder de DBC-systematiek. De behandeling in de praktijk staat volgens de professionals voor een deel los van de manier waarop dit wordt geregistreerd in de DBC-systematiek.

Met andere woorden, professionals proberen hun werk zo goed mogelijk te doen en kijken welke DBC-code daar het dichtste bij in de buurt komt. Daar zijn professionals soms een tijd mee bezig en plegen zo nodig overleg met collega's om te bepalen waar een cliënt ondergebracht moet worden. Vaak wordt er in de DBC maar een deel van de problematiek van cliënten belicht, omdat zij worden ingedeeld op basis van de 'hoofddiagnose'. De rest wordt wel behandeld maar niet geregistreerd in de DBC omdat dit erg omslachtig wordt gevonden. De DBC-systematiek vormt volgens de professionals dan ook geen afspiegeling van de werkelijke praktijk. In de eerste plaats omdat het voor professionals bijna onmogelijk is om elke minuut van de dag te registreren en in de tweede plaats omdat de DBC-systematiek geen weerspiegeling geeft van de problematiek en de behandeling van cliënten.

Enkele geïnterviewde professionals vrezen dat er in de toekomst op basis van de DBC beslissingen worden genomen:

“Ik ben natuurlijk ook niet gek, ik weet dat de overheid straks gaat tellen en zegt, wat interessant om te weten dat Nederland vooral depressief is, of vooral dit of dat. En dan komt er een protocol uit Amerika en dan worden vooral die protocollen betaald. Want zo werkt het gewoon.” (psychotherapeut)

### **Controledwang**

Een aantal geïnterviewde professionals ervaart dat de bovengenoemde ontwikkelingen duiden op controledwang vanuit de overheid. Er is een basale behoefte om professionals te controleren op hun werk. Alle aspecten van het werk moeten meetbaar gemaakt worden en gecontroleerd kunnen worden. Het lijkt meer om regels te gaan dan om inhoud. Niet alleen de DBC zorgt voor veel administratie voor professionals, maar ook het schrijven van verslagen, verwijsbrieven, verantwoordingen, formulieren en dergelijke, zorgen voor toenemende administratie en bureaucratie. Een geïnterviewde geeft aan dat er door toenemende administratie minder tijd over blijft voor cliënten en minder tijd voor reflectie op het eigen werk. Andere geïnterviewden geven aan zich soms eerder een boekhouder of administratief medewerker te voelen dan een hulpverlener.

“In deze functie wil je bezig zijn met mensen en natuurlijk moet je verantwoording afleggen, maar als je ziet dat het steeds meer gaat naar administratie en steeds minder naar waar het werkelijk om draait, dat doet de lol van je werk heel erg afnemen.” (SPV)

“Ik raak niet gedemotiveerd omdat ik de groep cliënten met wie ik werk heel leuk vind, maar ik vind het werk wel zwaar. Ik ben nog niet afgebrand, nog niet teleurgesteld in mijn werk, maar ik merk wel dat het elke dag hard pezen is om het allemaal rond te krijgen. En ik krijg het net niet rond. Dat ligt niet aan een gebrek aan inzet of motivatie, maar dat ligt echt aan het feit dat ik niet zodanig gefaciliteerd wordt dat ik mijn werk zorgvuldig kan doen.” (GZ-psycholoog)

Bovendien vinden sommige geïnterviewden dat hun professionaliteit wordt ingeperkt door de mate waarin er nu verantwoording moet worden afgelegd:

“Je moet alles op papier zetten, verantwoorden. Het doel daarvan is eigenlijk grip/controlen hebben. Ik kom uit een tijd waar je autonoom professional was. Tegenwoordig ben je gewoon uitvoerder. Je werkt volgens bepaalde spelregeltjes. Ze eisen veel verantwoording, vaak ook op absurde dingen.” (maatschappelijk werker)

Hoewel er veel moet worden geregistreerd, hebben professionals het idee dat er minder aandacht voor de inhoud van het werk dan voorheen. Professionals geven aan dat er voorheen meer controle was door de beroepsgroep, doordat een toetsingscommissie de inhoud van het werk controleerde. De professionals moesten een indicatieprotocol voorleggen aan de commissie en dit werd inhoudelijk beoordeeld. Sinds de invoering van de marktwerking en de tussenkomst van de zorgverzekeraars als intermediairs mist deze inhoudelijke toetsing van het werk.

Verantwoording afleggen over het werk is iets waar alle professionals achter staan, maar niet op de manier en de mate waarin dat nu gebeurt. De behoefte aan transparantie en controle komt volgens een aantal professionals voort uit een gebrek aan vertrouwen in professionals. Het gaat voorbij aan de intrinsieke motivatie van hulpverleners om het goed te doen. Volgens een geïnterviewde directeur zal er altijd een (zeer) klein aantal professionals zijn waarbij de intrinsieke motivatie ontbreekt, maar in een gezonde organisatie komt dat bovendien. Indien professionals elkaar controleren en elkaar feedback geven middels intervisie komen de professionals er vanzelf achter bij wie de intrinsieke motivatie ontbreekt.

#### **4.2.4 Opvattingen over concurrentie**

In een marktgerichte visie op de gezondheidszorg wordt er vanuit gegaan dat GGZ-instellingen met elkaar concurreren om tot kwaliteitsverbetering en efficiëntie te komen. In de interviews met professionals zijn verschillende opvattingen over concurrentie naar voren gekomen. De professionals vertelden zowel positieve als negatieve aspecten van concurrentie. In de onderstaande paragrafen worden deze verschillende aspecten beschreven.

##### **Positieve ontwikkelingen**

Een minderheid van de geïnterviewden geeft aan dat de organisatie waarin zij werkzaam zijn, bezig is met haar concurrentiepositie te bepalen. Veel geïnterviewden gaven daarentegen aan dat zij hiervan geen weet hebben, omdat het management zich daarmee bezig houdt. De professionals die hiervan wel iets merken, vertellen bijvoorbeeld dat de organisatie zich probeert te profileren met bepaalde diagnostiek of behandelingen. Dit wordt als een positieve ontwikkeling gezien, omdat er kan worden ingespeeld op wat cliënten in de regio vragen. Er kan dus aanbod worden gecreëerd of worden aangepast op basis van de vraag. Ook worden de ambities van hulpverleners geprikkeld, bijvoorbeeld door zich verder te specialiseren.

“Ik denk dat het wel goed is dat je je profileert als instelling. Ik merk dat dat bij ons wel een bepaalde boost heeft gegeven om dingen verder te ontwikkelen. Dat je als instelling iets bijzonders wilt neerzetten en de ambities van hulpverleners prikkelt, daar ben ik wel een voorstander van.” (psychotherapeut)

Een geïnterviewde directeur geeft aan dat de organisatie zich meer bewust is van klantvriendelijkheid. Er heerst minder het idee “de cliënten komen toch wel”. Voor cliënten is het zorgaanbod duidelijker omdat er aan (inhoudelijke) transparantie wordt gewerkt middels onder andere de genoemde zorgprogramma's.

De positieve kant van het ‘concurreren’ met andere instellingen is dus dat organisaties zich bewust worden van hun positie in de ‘markt’, het aanbod inzichtelijk maken voor cliënten (en verzekeraars) en de uitstraling naar klanten (cliënten).

### **Negatieve ontwikkelingen**

Hoewel organisaties bezig zijn met het afstemmen van het aanbod van zorg op de vraag, heeft dit met name betrekking op ‘klanten in het algemeen’.

“Dat is natuurlijk niet op individueel niveau, maar dat kan niet bij dit soort besluiten.”  
(psychiater/directeur)

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat er geen concurrenten in de buurt zijn, terwijl dit bij andere geïnterviewden wel het geval is. Deze laatste geven aan dat dit de zorg niet per definitie ten goede komt. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige vertelt bijvoorbeeld dat er in de opvang voor alcohol- en harddrugverslaafden nieuwe opvangvoorzieningen zijn bijgekomen. Nu is het niet duidelijk waar de verschillende doelgroepen terecht kunnen. In het ene centrum mag bijvoorbeeld de harddruggebruiker wel binnenkomen, maar de alcoholist niet. Nu komt er een nieuwe opvang voor de harddruggebruiker, waar alleen daklozen naar binnen mogen, terwijl in het huidige centrum ook mensen komen die wel een woning hebben. Onduidelijk is waar zij terecht kunnen. Nog ingewikkelder is het voor de doelgroep die zowel alcohol als harddrugs gebruikt. Het gevaar bestaat ook dat de ‘lastige’ cliënten buiten de boot vallen.

“Er komen nieuwe aanbieders op de markt. Daar zitten op zich goede dingen tussen, maar soms zijn dingen ook ingewikkeld. Psychiatrische cliënten zijn vaak heel complex. Dat kan de neiging bevorderen dat iemand zegt, die cliënt is mij te ingewikkeld, die neem ik niet want dat kost me meer geld dan het oplevert. Wie gaat dan voor de chronische cliënten zorgen?” (verslavingsarts)

Sommige geïnterviewden geven aan dat de concurrentie in de praktijk niet overeenkomt met zoals het op papier beoogd wordt. In de eerste plaats lijkt het in de onderhandelingen met verzekeraars volgens geïnterviewden vooral belangrijk te zijn wie de goedkoopste is en niet wie de beste zorg levert. In het onderzoek is niet uitvoerig ingegaan op deze onderhandelingen, omdat de professionals niet degenen zijn die zich hiermee bezighouden maar het management van de organisatie.

Bij een aantal professionals bestaat de vraag of het wel wenselijk is om cliënten te laten kiezen voor ‘de beste zorg’. Eén van de geïnterviewden noemt dit moreel verwerpelijk:

“Cliënten zijn meestal wanhopig, angstig, onzeker en op zoek naar begrip, steun en vakkundige hulp die zo snel mogelijk beschikbaar moet zijn. Om deze mensen als klanten in een concurrerende omgeving benaderen, lijkt me moreel verwerpelijk. Als je zelf cliënt bent en ervaart hoe belangrijk de houding van de arts is en hoe belangrijk vertrouwen is, weet je dat concurreren in de zorg volstrekt voorbij gaat aan het wezenlijke in de zorg.” (psychiater)

Daarnaast komen cliënten volgens een aantal professionals niet naar een instelling toe omdat de zorg daar werkelijk zo goed is. Dat heeft te maken met marketing, met de ideeën en verwachtingen van cliënten. Een geïnterviewde merkt op dat het idee van ‘cliënten kiezen de beste zorg’ niet aan de orde is. Vaak weten mensen in eerste instantie niet wat er aan de hand is, ze willen graag geholpen worden bij de hulpvraagverduidelijking. En hoe moet een cliënt de beste zorg uitkiezen als hij of zij niet weet wat de problematiek is?

Een andere geïnterviewde geeft aan dat zorg niet iets is waar je op kunt concurreren, omdat het in de hulpverlening niet alleen gaat om kwaliteit, maar vooral om het contact met mensen.

“De zorg is niet iets waar je op kunt concurreren. [...] Dat er kwaliteitseisen en kwaliteitscontroles zijn, dat lijkt me wel heel belangrijk. Maar de hulpverlening is natuurlijk ook een vak dat heel erg bepaald wordt door persoonlijk contact. Je moet als cliënt kunnen opschieten met je hulpverlener en omgekeerd natuurlijk. Dat heeft niets met kwaliteit te maken. [...] Niet iedereen voelt zich bij dezelfde persoon prettig, dat kan natuurlijk ook niet. Dat is iets persoonlijks.” (klinisch psycholoog)

Professionals geven ook aan dat zij niet willen concurreren, maar juist samenwerken. Dit is belangrijk om de cliënt te kunnen bieden wat hij of zij nodig heeft en wenst en om continuïteit van zorg te bewaken. Ook willen de professionals kunnen doorverwijzen naar andere instellingen als dat nodig is.

“Ik verwijs wel eens naar anderen als ik vind dat iemand qua persoon daar beter bij past dan bij onze eigen instelling. Dat is dan eigenlijk niet de bedoeling, dan moet je wel goede smoezen bedenken.” (psychotherapeut)

Tot slot merkt één van de geïnterviewden op dat de organisatie waar zij werkzaam is, is gefuseerd met andere organisaties met het idee dat een kleine organisatie het minder gemakkelijk overleeft op ‘de markt’. De professional vreest dat er een enorme bureaucratie zal ontstaan doordat de organisatie heel groot is geworden.

### **4.3 Adviezen t.a.v. overheidsbeleid**

In de interviews hebben de professionals hun visie ten aanzien van vraaggerichtheid in de hedendaagse beleidscontext kenbaar gemaakt. De resultaten staan in bovenstaande paragrafen uitgewerkt. In het verlengde daarvan hebben de professionals beleidsadviezen gegeven. De adviezen volgen uit de bovenstaande resultaten en zijn in het onderstaande puntsgewijs weergegeven.

#### **Maak visie**

De professionals zouden de overheid willen adviseren om weer visie te maken: waar draait het echt om in de zorg? Het advies is om stil te staan bij de vraag waarom alle maatregelen in het leven zijn geroepen en of deze allen noodzakelijk zijn. De behoefte aan transparantie en controle van de overheid heeft volgens de professionals niet het gewenste effect. Wellicht is het een illusie om alle professionals te willen én kunnen controleren op hun werkzaamheden.

“Ik zou willen dat er in de maatschappij meer aandacht komt voor het op zich zinloze proces van steeds meer controle, behoefte aan transparantie. Aandacht voor waarom dit gaande is: behoefte aan zekerheid die niet te krijgen is.” (psychiater)

De vraag aan de overheid is of zij de zorgprofessional echt aan dergelijke administratieve lasten wil onderwerpen. Bovendien is het de vraag of het wel mogelijk is om te zorgen voor transparantie en efficiëntie door de professional alles te laten registreren.

### **Vertrouw op professionals**

De overheid zou meer vertrouwen moeten hebben in professionals. Zij zou moeten proberen om dit vertrouwen niet te winnen door controle uit te oefenen, maar daadwerkelijk te vertrouwen en er vanuit te gaan dat professionals de intrinsieke motivatie hebben om hun werk goed te doen.

“Als de overheid wil terugtreden, dan moet zij ook echt terugtreden en het vertrouwen hebben in de professionals dat zij hun werk goed doen en dat zij er niet alleen maar op uit zijn om geld te verdienen. Zij hebben het morele besef dat zij hun behandelingen naar eer en geweten zo goed mogelijk willen verrichten.” (verslavingsarts)

Een advies van de geïnterviewde professionals luidt bovendien: geef de beroepsgroep weer beroepseer en verantwoordelijkheid. De inhoudelijke verantwoordelijkheid van zorg zou bij de professionals zelf moeten liggen. Een GGZ-instelling kan hierin ondersteunen door de professional als professional te behandelen. Dat vergt een manier van aansturen vanuit het idee dat professionals zelf het beste weten hoe zij hun werk kunnen uitvoeren. Daar zijn zij tenslotte voor opgeleid. Overigens geven de meeste geïnterviewden aan dat zij zich ondersteund voelen in hun werk door het management. De ondersteuning zou vooral kunnen verbeteren vanuit de overheid.

### **Aandacht voor de inhoud van het zorgproces**

De professionals willen dat de nadruk ligt op de inhoud van zorg en niet op regelgeving en administratie daar omheen. Een goede inhoudelijke dossiervoering is essentieel om vraaggericht te kunnen werken. De inhoudelijke ontwikkelingen van richtlijnen en zorgprogramma's is positief, zolang er genoeg tijd, ruimte, flexibiliteit en autonomie mogelijk is voor de professional. Verantwoording afleggen en zorgen voor transparantie is heel belangrijk voor professionals. Zij willen graag aan de buitenwereld duidelijk maken wat hun werk inhoudt en dat zij echt goed hun best doen. Transparantie op de manier zoals dat nu geprobeerd wordt te verkrijgen, schiet echter het doel voorbij.

De overheid zou een manier kunnen bedenken waarop de kwaliteit van zorg, met aandacht voor het proces en het contact tussen professional en cliënt, centraal staat. GGZ-instellingen kunnen zelf hun hulpverlening aanscherpen door onderzoek te doen bij cliënten en verwijzers over de geboden zorg.

Ook is het van belang om stil te staan bij de manier waarop behandel succes getoetst wordt. Het meten op uitkomsten of resultaten is niet altijd wenselijk.

“Mijn angst is dat met de marktwerking de zwakke, chronische groep psychiatrische en verslaafde cliënten uit de boot dreigt te vallen. De effecten zijn vaak uiterst marginaal. Dat kan betekenen dat een dakloze verslaafde een jaar later in een sociaal pension zit en verzekerd is in plaats van onverzekerd en een uitkering heeft: dat is soms het resultaat. Maar hij is nog steeds zo verslaafd als een deur. Misschien moet je dan al heel blij zijn. Dan moet je dus niet op uitkomsten meten van verslaving.” (verslavingsarts)

### **Ondersteun professionals inhoudelijk**

Professionals geven aan dat er meer geïnvesteerd kan worden in deskundigheidsbevordering, trainingen en feedback van collega's onderling middels bijvoorbeeld intervisie. Er zou al tijdens de opleiding aandacht moeten worden besteed aan vraaggericht werken. De GGZ-instelling én overheid zouden voortdurend aandacht moeten besteden aan de normen en waarden in de zorgverlening. Een geïnterviewde professional vindt het belangrijk dat er meer GZ-opleidingsplaatsen beschikbaar worden gesteld, zodat er meer GZ-psychologen aan het werk kunnen en de huidige druk op de professionals wat kan worden verlicht.

### **Zorg voor continuïteit en randvoorwaarden**

Professionals adviseren om de zorg niet teveel op te splitsen, bijvoorbeeld in zorgprogramma's, maar de continuïteit van zorg te bewaken. Een suggestie van een geïnterviewde is om terug te gaan naar kleine zorgeenheden waar cliënten met meerdere problemen terecht kunnen.

Ook dienen er voldoende mogelijkheden te zijn om voorzieningen aan te bieden. Zoals eerder gezegd ontbreken volgens een aantal geïnterviewden de voorwaarden om mensen met ernstige problematiek te bereiken.

“Je steekt relatief veel werk in zorgmijders om met ze in contact te komen. Je ziet ze niet, maar je probeert het netwerk te contacteren. Je kijkt waar iemand uithangt, je probeert familie te bereiken en dergelijk. Maar als je iemand niet ziet krijg je er geen geld voor.” (SPV)

Een geïnterviewde vraagt dan ook om uitbreiding (ofwel financieel ofwel in een andere zorglijn) om mensen met ernstige, psychotische problematiek te kunnen blijven helpen.

### **Laat cliënten zich verenigen**

Volgens enkele geïnterviewden hebben cliënten met psychische of psychiatrische problematiek maar de beperkte mogelijkheden om zich te verenigen. Het is wenselijk om dit meer te stimuleren om cliënten een sterkere positie in te laten nemen.

### **Vereenvoudig de DBC-systematiek**

Vrijwel alle professionals zeggen: “stop de DBC” of “vereenvoudig de DBC”. Het systeem is niet ondersteunend voor het (vraaggericht) werken van professionals. De DBC gaat voorbij aan de complexiteit van de GGZ en is bovendien gebaseerd op een classificatiesysteem dat niet geschikt is als diagnostisch instrument.

Het stellen van de diagnose op basis van de DSM is erg lastig en niet altijd binnen een paar sessies is volbracht. Soms blijft de diagnose helemaal uit, omdat een cliënt volgens de DSM niet voldoet aan een aandoening. Een aantal geïnterviewden vraagt zich af of het nodig is om op basis van de diagnose te registreren. Het gaat tenslotte niet om de diagnose van een cliënt, maar om de duur en de intensiteit van de behandeling die iemand krijgt. Dit is niet van een diagnose af te lezen. Eigenlijk gaat het bij het declareren om de tijd die de behandelaar aan een cliënt besteedt. Er kan overwogen worden om het DBC-systeem aan te passen zodat niet langer de (arbitraire en moeilijk vast te stellen) diagnose uit de DSM centraal staat, maar de behandeling die de professional biedt aan een cliënt. Een geïnterviewde suggereert om een probleemstelling of vraagstelling als uitgangspunt te nemen (in plaats van de diagnose) en op basis van die vraagstelling een behandelplan op te stellen met de verwachte behandelduur. Er moet meer flexibiliteit mogelijk zijn dan in het huidige systeem het geval is.

“Ik denk dat de DBC-structuur losgelaten moet worden en dat je naar een rapportagesysteem moet waarin je een probleemstelling of vraagstelling als uitgangspunt neemt. Op basis daarvan stel je een plan op en beschrijf je hoe je daaraan gaat werken. In een rapportagesysteem kun je evalueren welke stappen iemand zet. [...] Maar minder strak, minder streng dan de DBC-structuur: laat die alsjeblieft los.”  
(GZ-psycholoog)

De professionals willen af van de administratie rondom de DBC. Organisaties kunnen het administratieve werk voor professionals proberen te minimaliseren door uitbesteding aan het secretariaat (DBC afsluiten, rekeningen verzorgen, etc.).

Wat betreft ICT is hierin vergemakkelijking te behalen indien verschillende informatiesystemen worden geïntegreerd, bijvoorbeeld de informatie uit de dagstaat of het EPD waarin professionals werken koppelen aan de DBC-systematiek, zodat werk niet dubbel gedaan hoeft te worden.

Het ‘minuten schrijven’ oftewel het verantwoorden van elke verrichting, zou kunnen worden verminderd door minder categorieën te onderscheiden, bijvoorbeeld een aantal categorieën samen te voegen. Er dient onderscheid te zijn tussen face-to-face contacten en overige activiteiten: bijvoorbeeld overleg met collega’s of externen over cliënten en administratieve zaken. Meer hoeft volgens de geïnterviewden eigenlijk niet onderscheiden te worden.

Een geïnterviewde suggereert dat je met alle data in het registratiesysteem van de DBC een x-aantal standaardprofielen zou kunnen maken. Bijvoorbeeld: een milde depressie kost gemiddeld 15 gesprekken (keer een bepaald bedrag). Vervolgens drie maanden deeltijdbehandeling (keer een bepaald tarief) en nog een stukje nazorg (keer een bepaald bedrag). Dan kom je voor een milde depressie op een bepaald bedrag uit. Die combinaties zouden volgens de geïnterviewden moeten worden gemaakt. Als het de instelling lukt om de depressie niet in 15 maar in 12 keer te behandelen, dan heb je daar als instelling voordeel bij. Aan de andere kant kan een behandeling een keer tegen zitten, waardoor er meerdere sessies nodig zijn. Professionals houden volgens de geïnterviewde flexibiliteit door hierin zelf hun weg te vinden.

Bovenstaande resultaten geven de visies en ervaringen weer van 14 geïnterviewde GGZ-professionals over de betekenis van vraaggerichtheid in hun dagelijkse werk en de manier waarop het overheidsbeleid vraaggerichtheid faciliteert. In het volgende hoofdstuk worden de conclusies weergegeven op basis van bovenstaande resultaten.



## 5. Conclusies en discussie

---

In het voorgaande hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies van het onderzoek, de discussie over de conclusies en suggesties voor vervolgonderzoek. Paragraaf 5.1 beschrijft allereerst de conclusies. In paragraaf 5.1.1 wordt op basis van de resultaten omschreven wat vraaggericht werken volgens de geïnterviewde professionals inhoudt. Vervolgens beschrijft paragraaf 5.1.2 op welke manier de professionals op het hedendaagse overheidsbeleid reflecteren en welke mogelijkheden of beperkingen zij ondervinden om vraaggericht te werken. In de resultatensectie zijn de adviezen van professionals ten aanzien van het overheidsbeleid weergegeven. In paragraaf 5.1.3 volgt de conclusie ten aanzien van deze aanbevelingen. De resultaten worden in paragraaf 5.2 in een breder perspectief bediscussieerd door stil te staan bij de betekenis van de resultaten voor theorievorming, voor de GGZ-praktijk en voor het overheidsbeleid. Ten slotte geeft paragraaf 5.3 een aantal suggesties voor vervolgonderzoek.

### 5.1 Conclusies

#### 5.1.1 *Opvattingen over vraaggerichtheid*

Vraaggericht werken betekent voor de professionals: het luisteren naar en exploreren van de wensen en behoeften van een cliënt, waarbij in een interactief proces tussen professional en cliënt wordt gezocht naar gezamenlijke doelen en middelen. Een goed contact tussen professional en cliënt is hierbij cruciaal. De professional probeert de motivatie van de cliënt te versterken en aandacht te hebben voor de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De professional probeert de cliënt vanuit zijn deskundigheid en professionaliteit te helpen en samen met de cliënt te bepalen wat de cliënt nodig heeft. Vraaggericht werken staat dus niet per definitie gelijk aan doen wat de cliënt vraagt. Het is noodzakelijk om ‘de vraag achter de vraag’ te exploreren. Aandacht voor de cliënt als persoon en de complexiteit en de uniciteit van de klachten is daarbij van belang.

De organisatie waarin professionals werkzaam zijn, kunnen voorwaarde scheppend zijn door aandacht te besteden aan de normen en waarden in de organisatie. Wat is in onze organisatie belangrijk, wat motiveert ons om dit werk te doen? Managers kunnen een voorbeeldfunctie hebben in vraaggericht werken, door zelf ook vraaggericht te zijn naar de professionals. Autonomie en flexibiliteit zijn heel belangrijk voor professionals om vraaggericht te kunnen werken. Zij hebben de ruimte nodig om naar eigen inzicht te kunnen handelen en om de wensen van de cliënt als uitgangspunt te kunnen nemen. Ook hebben professionals de tijd nodig om contact te maken met een cliënt en hem of haar te kunnen behandelen in het eigen tempo. Overleg en samenwerking met collega's of personen buiten de instelling is belangrijk voor continuïteit van zorg.

### **5.1.2 Opvattingen t.a.v. overheidsbeleid en vraaggerichtheid**

De professionals in dit onderzoek ervaren dat het huidige overheidsbeleid niet zozeer gericht is op het faciliteren of mogelijk maken van vraaggericht werken. De nadruk in het beleid lijkt eerder te liggen op bezuinigingen en het controleren van professionals. Het belang van genoeg productie leveren zorgt er mede voor dat geïnterviewde professionals zich onder druk gezet voelen. Om aan de gestelde productienormen de kunnen voldoen worden in sommige instellingen de behandelingen korter gemaakt. Dit is niet in alle gevallen wenselijk, omdat gedurende het behandelproces juist tijd en ruimte nodig is om contact te maken met een cliënt en te kunnen aansluiten bij het eigen tempo van de cliënt. Geïnterviewden merken dan ook op dat cliënten na een kortere behandeling eerder de kans hebben om weer terug te komen. Bovendien is het de vraag of de zorg goedkoper wordt, als cliënten later opnieuw in behandeling gaan omdat ze ‘nog niet klaar waren’. Sommige professionals ervaren dat er mede door bezuinigingen en de nadruk op productie, minder ruimte is voor zorgvernieuwing. Instellingen willen de vraag van cliënten wel beantwoorden door bijvoorbeeld nieuw aanbod te creëren, maar zij hebben hiervoor niet altijd de mogelijkheden. De professionals lijken zich in allerlei bochten te (moeten) wringen om niet in te boeten op de zorg die cliënten nodig hebben en om ervoor te zorgen dat een gebrek aan tijd of financiële middelen niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorgverlening.

De DBC-systematiek is volgens de professionals niet faciliterend in het werk, maar eerder belemmerend, tijdrovend en niet ondersteunend. Het idee klonk voor een aantal professionals goed: de professionals zorgen dat hun werk transparant en inzichtelijk wordt door verantwoording af te leggen. De professionals zouden graag aan de buitenwereld laten zien wat het werk in de GGZ inhoudt. De manier waarop het afleggen van verantwoordelijkheid in het huidige systeem wordt vereist, is volgens de geïnterviewden echter onwerkbaar. Het systeem gaat voorbij aan de complexiteit van de problematiek van de cliënten en het individuele proces van de persoon. Het heikele punt van de DBC is voor vrijwel alle geïnterviewden dat de systematiek is gebaseerd op het Amerikaanse handboek DSM IV. Dit classificatiesysteem is volgens de geïnterviewden niet geschikt als diagnosesysteem. Het is namelijk lastig om cliënten onder te brengen in één van de diagnoses van de DSM. Bij sommige cliënten kan volgens de DSM geen diagnose gesteld worden omdat zij tussen classificaties invallen of de problematiek te licht is voor het stellen van een diagnose. De behandelvorm en -duur komen volgens de geïnterviewden dan ook niet voort uit de diagnose. Het systeem biedt weinig tijd en ruimte voor het exploreren van de hulpvraag, omdat het suggereert dat een behandeling pas begint op het moment dat de diagnose duidelijk is. De diagnose en het behandelplan kunnen later wel bijgesteld worden in de DBC, maar dit is extra administratief werk voor de hulpverleners. Het systeem is in dat opzicht niet faciliterend voor professionals.

De geïnterviewden proberen echter de inhoud van de zorg niet te laten lijden onder de moeizame registraties in de DBC op basis de DSM. De professionals zoeken een DBC-code die het dichtste in de buurt komt van het behandelingsproces waar zij mee bezig zijn. In dit opzicht geeft de DBC-systematiek geen goede afspiegeling van de werkelijke praktijk. Bovendien is het tijdrovend om de juiste DBC-codes te zoeken bij het behandelingsproces. Daarnaast is het onrealistisch om elke verrichting per minuut te registreren. Professionals steken hier veel tijd in, maar desondanks geven de registraties geen weerspiegeling van de werkelijkheid omdat sommige verrichtingen verloren gaan en niet worden geregistreerd.

Tot slot merken de meeste professionals op dat de marktwerking in de zorg vooral op papier bestaat en in mindere mate in de praktijk tot uiting komt. De meeste geïnterviewde professionals merken er in de praktijk weinig van en proberen hun werk zo goed mogelijk te blijven doen. In plaats van te concurreren, werken de professionals liever samen met anderen en verwijzen cliënten door als dat nodig is. Dit is belangrijk om vraaggericht te kunnen werken om de wensen en behoeften van cliënten serieus te kunnen nemen. In een aantal instellingen is er wel een stimulans om het zorgaanbod aan te passen op de wensen van (toekomstige) cliënten. Een aantal geïnterviewden merkt ook dat er nieuwe partijen op de zorgmarkt komen. Dit kan positief uitwerken omdat er meer opties zijn voor cliënten, maar het kan de sector ook (te) ingewikkeld maken. Sommige cliënten, bijvoorbeeld mensen met meerdere problematiek vallen dan mogelijk buiten de boot.

Hoewel de professionals het overheidsbeleid over het algemeen niet als faciliterend voor hun werk ervaren, zijn er wel ontwikkelingen die zij positief vinden. De ontwikkeling van zorgprogramma's draagt bij aan inhoudelijke transparantie van het zorgaanbod. Deze programma's zijn samengesteld op basis van verschillende diagnoses, bijvoorbeeld angststoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, etc. Vaak bestaan de zorgprogramma's uit diverse modules, waarin de behandelmogelijkheden bij een diagnose zijn beschreven. Het werken hiermee wordt als positief ervaren, omdat het duidelijk maakt voor zowel medewerkers als cliënten en verzekeraar met welk aanbod de instelling werkt. Het is wel van belang dat er voldoende flexibiliteit blijft bestaan om naar eigen inzicht met de zorgprogramma's te werken, zodat zorgaanbod wordt samengesteld in interactie met de cliënt en afgestemd op diens noden en behoeften.

### **5.1.3 Adviezen t.a.v. overheidsbeleid en vraaggerichtheid**

De adviezen van de professionals komen voort uit de resultaten en zijn puntsgewijs genoemd in paragraaf 4.3. Concluderend is het belangrijkste advies: ontwikkel een visie op het primaire doel van de zorg en vertrouw professionals in hun deskundigheid en hun intrinsieke motivatie om hun werk goed te doen. De professionals ervaren een controledwang vanuit de overheid vanuit een poging om het professionele werk beheersbaar en inzichtelijk te maken. De overheid zou moeten bedenken of dit de juiste manier is van de beheersing van zorgprofessionals. Is het wenselijk en nodig om elke minuut van de dag te registreren? En is het mogelijk om op die manier inzicht te krijgen in het werk van professionals? Volgens de geïnterviewden zou er meer aandacht moeten zijn voor de inhoud van het werk. De overheid zou zich meer bezig moeten houden met de vraag op welke manier de kwaliteit van zorg tot zijn recht komt en wat professionals nodig hebben om vraaggericht te kunnen werken.

Een belangrijk punt voor de professionals is het vereenvoudigen van de DBC-systematiek. Er zijn nu teveel categorieën van verrichtingen, dat ervoor zorgt dat professionals veel tijd kwijt zijn aan het registreren. De professionals geven aan dat het een arbitrair systeem is, omdat het gebaseerd is op de diagnose volgens de DSM. Sommige geïnterviewden vragen zich af of het wel nodig is om een diagnose te registreren. In de financiële registratie gaat het uiteindelijk om de behandelduur en -intensiteit en die zijn niet van de diagnose af te leiden.

Een mogelijkheid is om x-aantal standaardprofielen te maken van DBC-combinaties, zodat het aantal registratiecategorieën aanzienlijk minder wordt. Het kost de hulpverleners dan wellicht minder tijd om de behandelingen te registreren, omdat zij als het ware een standaardprofiel kunnen aanvinken. Bij deze suggestie blijft echter het kritiekpunt dat het systeem niet optimaal is ingericht om de complexiteit van de GGZ te registreren. Deze registratie geeft geen reële afspiegeling van de praktijk.

De systematiek zou eigenlijk alleen behandelduur hoeven te registreren, op basis van de professionele deskundigheid van de hulpverlener. De hulpverlener registreert dan bijvoorbeeld de aanmelding van een cliënt en vult vervolgens in hoeveel sessies er nodig zijn (geweest), met daarbij opgeteld een gemiddelde schatting van overige werkzaamheden zoals niet-clientgebonden verrichtingen. Deze gemiddelde schatting zou gemaakt kunnen worden op basis van de huidige, verzamelde informatie in de DBC-registratiesystemen. De inhoudelijke controle van het werk van professionals kan onderling plaatsvinden, bijvoorbeeld middels intervisie. Ook zou het een mogelijkheid zijn om een onafhankelijke organisatie zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (steekproefsgewijs) te laten controleren of de diagnosestelling juist is (begin check) en of de cliënt voldoende (niet te veel, niet te weinig) behandelsessies heeft gehad (eind check) en eventueel een tussentijdse check. Belangrijk is wel dat er geen extra (administratieve) lasten voor professionals ontstaan. Een idee is om deze steekproeven te laten uitvoeren door onafhankelijke, gekwalificeerde professionals. Dit is een tijdsinvestering en dus een kostenpost, maar de vraag is of het duurder is dan de huidige administratieve lasten van de professional. In plaats van met administratie bezig te zijn, houdt de therapeut zich bezig met zijn werk: het behandelen van cliënten.

Het gevaar dat ‘lastige cliënten’ worden geweigerd omdat de behandelingen te lang duren of de eindresultaten niet gunstig zijn, is op deze wijze minder aanwezig omdat er voor de totale behandelduur wordt vergoed (wel zou er evt. een maximum worden gesteld voor de vergoeding). Bovendien kunnen de ‘second opinions’ nuttig zijn om dit te voorkomen, doordat de diagnosestelling en reden van afwijzing kan worden gecheckt.

De organisatie zou indien nodig meer aandacht aan de kwaliteit van het hulpverleningsproces kunnen besteden door de cliënt hierover te bevragen. In therapie is *persoonlijke relatie met therapeut* en *motivatie* van cliënt namelijk heel belangrijk. De instelling kan de cliënt indien gewenst elke x-aantal sessies bevragen: gaat alles zoals gewenst en ben je tevreden met therapeut? Daarnaast kunnen instellingen cliënttevredenheidsonderzoeken uitvoeren om de kwaliteit van dienstverlening waarborgen en te verbeteren.

## 5.2 Discussie

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek in breder perspectief gezet en volgt er een terugkoppeling naar de besproken literatuur.

### 5.2.1 *Opvatting vraaggerichtheid overheid versus professionals*

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de GGZ-professionals weinig ondersteuning ervaren vanuit de overheid om vraaggericht te werken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de overheid een andere opvatting heeft over vraaggerichtheid dan de professionals. In de interviews kwam naar voren dat professionals aangeven dat er grenzen zitten aan vraaggericht werken. Daarmee bedoelen zij dat de vraag van de cliënt niet per definitie beantwoord wordt. Deze bevinding duidt erop dat de professionals zich ervan bewust zijn dat er in maatschappelijk en/of politiek debat een opvatting heerst van vraaggerichtheid in de vorm van “u vraagt, wij draaien”. Zij geven aan dat zij het niet eens zijn met deze opvatting.

In beleidsvoorstellen van de overheid lijkt de opvatting van vraaggerichtheid te zijn dat het zorgaanbod afgestemd dient te worden op de vraag van de cliënt en de vraag van de cliënt als uitgangspunt te nemen in behandelingen. De overheid realiseert zich dat cliënten in bepaalde mate afhankelijk zijn van zorgaanbieders voor informatie over de juiste zorg.

Bovendien is de vraag van cliënten geen volledige vrije keuze, maar een medische noodzaak (MinVWS, 2005a). De opvatting van de overheid lijkt het meeste overeen te komen met de opvatting “het aanbod afstemmen op de vraag” zoals omschreven in de theoretische verkenning. In de theoretische discussie werd reeds duidelijk dat deze opvatting van vraaggerichtheid erg smal is (Van Vliet, 2002; Van Diest, 2002; Tonkens, 2003). De opvattingen gaan er vanuit dat de cliënt een hulpvraag heeft en dat het zorgaanbod zo goed mogelijk op de vraag wordt afgestemd. In deze opvattingen is geen ruimte voor de bevinding dat dé vraag van de cliënt meestal (nog) niet bestaat maar zich vormt tijdens het hulpverleningsproces (Tonkens, 2003). De interactie tussen professional en cliënt is daarom een essentieel kenmerk van vraaggericht werken (Coenen-Hanegraaf e.a., 1998; Van Diest e.a., 2003). In de optiek van professionals is vraaggericht werken dan ook veel meer dan de zorg afstemmen op de vraag van de cliënt. Vraaggericht werken is een proces waarin contact tussen de professional en cliënt een basisvoorwaarde is. Vervolgens is de hulpvraagverduidelijking een proces waarin professional en cliënt samen zoeken naar de vraag achter de vraag. Zij proberen uiteindelijk tot gezamenlijke, haalbare doelen en middelen te komen.

De beleidsmaatregelen zijn voor deze opvatting van vraaggerichtheid nauwelijks ondersteunend. In het overheidsbeleid lijkt het eerder te gaan over de vraag van cliënten in het algemeen, dus hoe het zorgaanbod van een organisatie zo goed mogelijk kan aansluiten op hetgeen het meeste behoefte aan is (in de regio). Hiermee wordt voorbij gegaan aan het idee dat vraaggericht werken vooral tot uiting komt in het primaire hulpverleningsproces; de interactie tussen professional en cliënt. Het overheidsbeleid zou meer faciliterend kunnen zijn om vraaggericht werken in het primaire proces mogelijk te maken door hiervoor de voorwaarden te creëren. Hierbij is het van belang dat er een eenduidige visie wordt gecreëerd op vraaggerichtheid, zodat het voor zowel de overheid als de praktijk duidelijk is waar het begrip betrekking op heeft. De overheid zal zich dienen te realiseren dat zij wellicht een andere invulling geeft aan vraaggerichtheid dan de professionals. Indien belangrijke en ingrijpende beleidsmaatregelen, zoals de marktwerking in de zorg, kans van slagen willen hebben, is het van groot belang dat de visie van de overheid aansluit bij die van professionals in de praktijk. De professionals zijn namelijk degenen die het beleid in hun dagelijkse werk tot uitvoering brengen en cliënten behandelen. De overheid zal daarom het perspectief van professionals in beleidsmaatregelen moeten meenemen en ervoor zorgen dat het beleid aansluit bij de perspectieven van professionals. In dit rapport zijn er diverse argumenten gegeven dat vraaggerichtheid meer omvat dan alleen het afstemmen van het aanbod op de vraag. In een vraaggericht perspectief is de interactie tussen professional en cliënt essentieel, waarin de hulpvraag tot stand komt en de behandeling wordt vastgesteld. De overheid zou samen met professionals kunnen kijken op welke manier hiervoor aandacht kan zijn in het overheidsbeleid. Professionals kunnen met hun praktijkkennis een waardevolle aanvulling bieden op het perspectief van beleidsmakers, zodat er een eenduidige visie ontstaat op het overheidsbeleid en de uitvoering daarvan in de praktijk.

### **5.2.2 Vraaggerichtheid en marktwerking**

De overheid lijkt dus uit te gaan van de smallere opvatting van vraaggerichtheid, waarin het aanbod van zorg beter op de wensen van de algemene cliënt worden afgestemd. Marktwerking zou hiervoor een uitkomst bieden, omdat de verschillende partijen hiervoor hun verantwoordelijkheid nemen en, meer specifiek, zorgaanbieders de zorg zo goed mogelijk afstemmen op de behoeften van de cliënt (Ministerie van VWS, 2005a). De resultaten van dit onderzoek geven echter slechts ten dele ondersteuning voor deze opvatting. De professionals geven aan dat zij marktwerking een goede stimulans vinden om

het zorgaanbod kritisch onder de loep te nemen en inzichtelijk te maken voor externe partijen. Professionals zijn zich meer bewust van de manier waarop zij cliënten benaderen, dus de mate waarin zij klantvriendelijk zijn. Bovendien zijn professionals zich meer bewust van het aanbod dat zij cliënten te bieden hebben. Ook voor cliënten is het zorgaanbod wellicht inzichtelijker met de indeling van zorg via zorgprogramma's.

Het is de vraag of marktwerking in de zorg wenselijk is om deze bewustwording te creëren. De professionals geven aan dat zij niet willen concurreren met andere instellingen, maar de cliënten willen doorverwijzen indien nodig en zorgen voor continuïteit van behandelingen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat professionals aangeven dat het management van de organisatie zich bezig houdt met zorginkoop en onderhandelingen met zorgverzekeraars. Waarschijnlijk merkt het management dan ook meer van de marktwerking en concurrentie. De resultaten van dit onderzoek geven echter het signaal dat positieve gevolgen van de marktwerking en daarmee gepaard gaande concurrentie in de zorg op dit moment nauwelijks merkbaar zijn in de praktijk. De professionals ervaren eerder negatieve consequenties, waaronder minder ruimte voor zorgvernieuwing en een enorme productie- en werkdruk. In de literatuur kwam naar voren dat *creaming* moet worden voorkomen, dat wil zeggen dat cliënten in bepaalde zorginstellingen niet worden geaccepteerd, omdat hun problematiek te complex is en dus te veel geld kost (Gilbert, 2004; Helderma e.a., 2005). De respondenten in dit onderzoek geven echter aan dat er niet voldoende geld beschikbaar is om bepaalde zorgmijdende cliënten met complexe problematiek op te sporen. De professionals vrezen dat deze cliënten buiten de boot vallen. De overheid kan de professionals op dit punt faciliteren door ervoor te zorgen dat er genoeg middelen ter beschikking staan om deze kwetsbare groep cliënten te bereiken.

### 5.2.3 *Transparantie in het werk van professionals*

In de theoretisch verkenning is aandacht besteed aan transparantie van zorg en de manier waarop geprobeerd wordt dit te bereiken. Er werd gesproken van een '*audit explosion*' (Power, 1994; in: Trappenburg, 2006, p. 48) omdat er veel geregistreerd dient te worden door professionals. De marktwerking in de zorg zou er voor moeten zorgen dat het werk van professionals efficiënter wordt. De professionals in het voorliggende onderzoek geven echter aan dat de administratieve lasten enorm zijn, mede door de invoering van de DBC-registraties. Er lijkt eerder sprake te zijn van re-bureaucratisering, zoals Duyvendak e.a. (2006) dit benoemen. De marktwerking in de GGZ vraagt van de professionals dat zij rekenschap afleggen en hun handelen daarmee transparant maken. Dit afleggen van rekenschap zorgt voor een enorme hoeveelheid registraties. Tonkens (2003) geeft aan dat er sprake is van overmatige bureaucratie indien registraties weinig of niet dienstbaar zijn voor professionals, maar vooral nuttig zijn voor geldschieters of managers (Tonkens, 2003, p. 132). De DBC-registratie wordt ervaren als een dergelijke maatregel die zorgt voor overmatige bureaucratie, omdat de registratie niet ondersteunend is voor het werk van professionals, veel tijd kost en enkel bedoeld is ter informatie voor de verzekeraar.

Een belangrijk punt in de discussie over transparantie is de vraag welke aspecten van de zorg men inzichtelijk wil maken en op welke manier. In de resultatensectie kwam naar voren dat het contact tussen professional en cliënt zeer belangrijk is in de hulpverlening van de GGZ. Dit aspect werd tegenover kwaliteit gezet: contact is iets anders dan kwaliteit. De professional bedoelt hier waarschijnlijk mee dat contact geen objectief te meten kwaliteitsindicator is.

Het contact tussen professional en cliënt is daarentegen een zeer belangrijk element in de subjectieve kwaliteit. Daarmee wordt aangegeven dat objectieve kwaliteitsindicatoren niet alles omvattend zijn en wellicht ook beperkt voldoen als basis voor onderlinge concurrentie. Een persoonlijke match tussen professional en cliënt is namelijk niet te ‘onderhandelen’. Betreffende dit punt is transparantie van subjectieve kwaliteit en de concurrentie daarop niet of nauwelijks te realiseren.

Hoewel de overheid beoogt met de invoering van de marktwerking meer verantwoordelijkheid en ruimte aan de partijen te laten en er meer op te vertrouwen dat iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt (MinVWS, 2005a), hebben de professionals juist het idee dat de overheid geen vertrouwen heeft in hun werk. Het gevaar is dat het professioneel handelen van hulpverleners in gedrang komt door een toenemende behoefte aan transparantie en controle, terwijl professionele handelingsvrijheid essentieel is om optimaal aan te kunnen sluiten bij cliënten. Er zou in dat geval sprake zijn van de-professionalisering in plaats van een ondersteuning van professionals. Het is voor de meeste geïnterviewde professionals nog niet zover gekomen dat de toenemende administratieve lasten en het ervaren gebrek aan vertrouwen door de overheid, invloed heeft op de mate waarin professionals het belang van cliënten voorop kunnen stellen. Zij proberen hun werk zo goed mogelijk uit te blijven voeren en proberen de aan hen gestelde eisen hierop geen negatieve consequenties te laten ondervinden. De professionals hebben echter niet het idee dat zij in hun werk ondersteund worden door de overheid. Het is van belang dat het overheidsbeleid faciliterend is voor professionals, zodat zij in de dagelijkse praktijk optimaal cliënten kunnen behandelen. Dit maakt het zoals gezegd belangrijk dat de overheid in beleidsmaatregelen het perspectief van professionals vanuit het primaire proces betreft. Op die manier kunnen de opvattingen van beleidsmakers en die van professionals worden gecombineerd tot een eenduidige visie op wat er in de praktijk nodig is om cliënten in de GGZ te behandelen.

### **5.3 Kanttekeningen en vervolgonderzoek**

In deze laatste paragraaf van dit onderzoeksrapport worden enkele kanttekeningen van het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek genoemd.

In de eerste plaats zijn in dit onderzoek vooral uitvoerende professionals in de GGZ geïnterviewd en slechts een klein aantal leidinggevenden. Het voordeel hiervan is dat er een goed beeld is verkregen van de visie en ervaringen van uitvoerende professionals. De keerzijde is dat er minder gezegd kan worden over de visie van leidinggevenden over vraaggerichtheid en over de manier waarop zij op het overheidsbeleid reflecteren. Wellicht hebben zij andere ideeën over de gevolgen van de marktwerking in de zorg voor de dagelijkse praktijk van de GGZ. Het zou ook interessant zijn om in vervolgonderzoek te kijken naar de verhouding tussen de visies van uitvoerende professionals en die van leidinggevenden, bijvoorbeeld middels een casestudy. Daarmee wordt inzichtelijk welke eisen er vanuit de overheid worden gesteld aan het management van de organisatie en op welke manier dit zijn weerslag heeft op het werk van professionals. In het huidige onderzoek ontbreekt deze relatie, waardoor het soms niet duidelijk is of beslissingen in de GGZ-instelling genomen worden door het management (bijvoorbeeld bezuinigingen) of dat een besluit voortkomt uit beleidsmaatregelen, of een combinatie daarvan. In eerste instantie was het in voorliggend onderzoek het streven om een casestudy uit te voeren. Het bleek echter lastig te zijn om organisaties bereid te vinden die hieraan wilden deelnemen. Over het algemeen was de reactie dat het onderwerp interessant en relevant was, maar dat de medewerkers van de organisatie er geen tijd voor hadden.

Het zou ook interessant zijn om cliënten zelf te horen over hoe zij de zorg ervaren. Ervaringen en visies van cliënten kunnen wellicht een aanvulling geven op het begrip vraaggerichtheid door te achterhalen wat cliënten hieronder verstaan en wat zij belangrijk vinden in de hulpverlening. Ook kan op deze manier achterhaald worden wat voor consequenties zijn van de marktwerking in de zorg voor cliënten.

Het tweede punt dat aandacht verdiend is de onderzoekspopulatie. De geïnterviewden hebben gereageerd op een oproep tot deelname aan dit onderzoek. Daarmee is een populatie bereikt die iets wil zeggen over dit onderwerp. De resultaten brengen aan het licht dat de geïnterviewden kritisch zijn over het huidige overheidsbeleid. De kans bestaat dat er ook professionals zijn met een neutrale of positieve houding ten aanzien van het overheidsbeleid. Deze professionals hebben niet gereageerd op de oproep, bijvoorbeeld omdat zij het nut niet inzien van het onderzoek. Het is echter zo dat vrijwel alle geïnterviewden hebben aangegeven aan dat zij van collega's in en buiten hun organisatie dezelfde geluiden horen. Om te onderzoeken of andere professionals dezelfde visie hebben als de geïnterviewde professionals in dit onderzoek, is het aan te bevelen om in vervolgonderzoek via meerdere wegen professionals te benaderen.

## Literatuurlijst

---

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Bosselaar, H., Wolk, J. van der, Zwart, K. & Spies, H. (2002). *Vraagsturing. De cliënt aan het roer in de sociale zekerheid en zorg*. Tijdschrift voor Arbeid en Participatie 23, 87-108.
- Bosselaar, J.H. (2005). *De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid: voorwaarden en risico's*. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Brook, R.H., McGlynn, E.A. & Cleary, P.D. (1996). Quality of health care. Part 2: Measuring quality of care. *The New England Journal of Medicine* 26, 966-970.
- Coenen-Hanegraaf, M.A.H.R. & Valkenburg, B. (2002). *Arbeidsintegratie op basis van een individuele, vraaggerichte benadering*. In: Bosselaar, H., Wolk, J. van der, Zwart, K. & Spies, H. (2002). *Vraagsturing. De cliënt aan het roer in de sociale zekerheid en zorg*. *Tijdschrift voor Arbeid en Participatie*, 23, 87-108.
- Coenen-Hanegraaf, M.A.H.R., Valkenburg, B., Ploeg, M. & Coenen, H. (1998). *Begeleid werken. Theorie en methodiek van een individuele, vraaggerichte benadering*. Utrecht.
- Diest, H.N. van, Wijngaarden, B. van & Wennink, H.J. (2002). *De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duyvendak, J. Knijn, T. & Kremer, M. (2006). *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP) (2008). *Een specialistisch vak. De positie van de klinisch psycholoog*. Rapport Werkgroep Positie klinisch psycholoog. Amsterdam: FGzP.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Garretsen, H.F.L. (2001). *Goed geholpen? Oratie*. Brabant: Faculteit Sociale Wetenschappen: Katholieke Universiteit Brabant.
- Gastelaars, M. (1997). *'Human Service' in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Gilbert, N. (2004). *Transformations of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

- Goudriaan, G. & Vaalburg, A.M. (1998). *De vraag als maat. Vraaggerichtheid vanuit patiëntenperspectief*. Utrecht: NP/CF.
- Helderman, J-K, Schut, F.T., Grinten, T.E.D. van der & Ven, W.P.M.M. van de (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 189-209.
- Hoof, F. van, Fotiadis, L., Vijselaar, J., Hasker, J. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel I: Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Jost, T.S., Dawson, D. & Exter, A. den (2006). The role of competition in health care: a western european perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31(3), 687-703.
- Knulst, M. (2003). 'Redactioneel.' *Cliënt en Raad* 4(2). In: Kraan, W.G.M. van der (2006). *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Kraan, W.G.M. van der (2006). *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Kraan, W.G.M. van der & Grinten, T.E.D. van der (2004). *The development of demand-driven care as a new governance concept*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kremer, M. & Tonkens, E. (2006). Authority, trust, knowledge and the public good in disarray. In Duyvendak, J. Knijn, T., Kremer, M. (Eds.), *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare* (p. 122-134). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Laan, van der (2002). *Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap*. Sociale Interventie 2, 44-51.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001a). *Met Zorg Kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001b). *Vraag aan bod. Hoofddlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005a). Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg). *Memorie van toelichting*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005b). Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg). *Nota naar aanleiding van het verslag*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006a). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006b). *Invoering DBC-declaratie en uitvoering GGZ onder de Zvw. Kamerstuk*. Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). *De zorgklant van morgen: wensen en behoeften in een veranderende samenleving. Samenvatting en conclusies*. Amsterdam: Motivaction.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008a). *Voortgangsrapportage GGZ in de Zvw*. Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008b). *Beleidsvoornemens GGZ in de Zvw 2009*. Den Haag.

Newman, J. (2001). *Modernising governance. New Labour, Policy and Society*. London: SAGE Publications Ltd.

Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Egmond, V. van, Zeegers, S. (2008). *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt.

Pol, F. van de (2005). *Gereguleerde marktwerking in de GGZ*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 60(11), 1095-1107.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *De rollen verdeeld*. Den Haag: RVZ.

Rijkmans, M., Garretsen, H., Goor, I. van de, Bongers, I. (2007) *Demand-oriented and demand-driven health care: the development of a typology*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 21, 406-416.

Robinson, J.C. (2005). Managed consumerism in health care. A new vision for pursuing public ends through private means. *Health Affairs*, 24(6), 1478-1489.

Schut, F.T. & Ven, W.P.M.M. van de (2005). Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics*, 14, 59-74.

Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.

Tonkens, E. (2004). *De eigen logica van de zorg. Marktdenken en bureaucratie snijden het hart uit de jeugdzorg*. Pedagogiek in praktijk, oktober 2004.

Trappenburg, M. (2006). Societal neurosis in health care. In Duyvendak, J. Knijn, T., Kremer, M. (Eds.), *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare* (p. 48-63). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Universiteit Utrecht (2008). *Studiegids Academisch Masterprogramma 'Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie' 2008-2009*. (voorheen: 'Sociale vraagstukken: interventies en beleid'). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Vliet, K. van (2002). *Vraaggericht werken*. In: Verplanke, L., Engbersen, R., Duyvendak, J-W, Tonkens, E. & Vliet, K. *Open deuren. Sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Utrecht: NIZW / Verwey-Jonker Instituut.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Zwaal, J. (2006). *Marktwerking in de zorg. Dilemma's en oplossingen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder*. *Afstudeerscriptie*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

# Bijlage 1: Criteria vraaggerichtheid

(Letterlijk overgenomen uit: Van Diest, e.a. 2005, p.37-39)

## Processen

*1 Gelijkwaardigheid:* De hulpverlener gaat een gelijkwaardige en respectvolle hulpverleningsrelatie aan met de cliënt, waarbij hij de cliënt ruimte geeft om zijn ervaringskennis in te brengen

*2 Behandelingsovereenkomst:* De hulpverlener stelt samen met de cliënt een behandelovereenkomst op waarin alle afspraken zijn vastgelegd. De hulpverlener en de cliënt houden zich aan deze overeenkomst. De behandelovereenkomst kan op elk gewenst moment worden aangepast, mits beide partijen daarmee akkoord gaan.

*3 Voorlichting op maat:* De hulpverlener zorgt ervoor dat de cliënt in alle stadia van het primaire proces beschikt over objectieve informatie over de ervaren klachten van de cliënt, het zorgaanbod van de instelling, de inhoud van de zorg en andere zorgmogelijkheden binnen en buiten de instelling.

*4 Integrale probleemverkenning:* De hulpverlener exploreert de hulpvraag vanuit het referentiekader van de cliënt, waarbij wordt aangesloten bij diens sociaal-culturele context, cognitieve vaardigheden, mogelijkheden, verwachtingen en behoeften.

*5 Individueel zorgaanbod:* De hulpverlener zorgt ervoor dat de gerealiseerde hulp aansluit bij de vraag van de cliënt. Indien de cliënt van mening is dat de geboden zorg niet (meer) passend is, is de hulpverlener verantwoordelijk voor de realisering van andere zorg binnen of buiten de instelling. Cliënten hebben vrije keuze in behandelaar en behandellocatie.

*6 Wilsbeschikking:* De mogelijkheid tot het aangaan van een zelfbeschikkingscontract of crisiskaart en het vastleggen van een wilsverklaring is een vast onderdeel van het hulpverleningsproces.

## Organisatie – medewerkers

*1 Training:* De personeelsfunctionaris en de teamleiders zorgen ervoor dat medewerkers door middel van scholing en intervisie in staat worden gesteld om vraaggerichte vaardigheden te ontwikkelen en te onderhouden.

*2 Functie-eis:* Medewerkers beschikken over vaardigheden om vraaggericht te kunnen werken, hetgeen ook is vastgelegd als functie-eis.

*3 Aanstellingsbeleid:* De personeelsfunctionaris heeft een actief aanstellingsbeleid ten aanzien van ervaringsdeskundigen en culturele en maatschappelijke minderheden, met name in het behandelteam.

## **Organisatie – strategie en beleid**

*4 Bescherming cliëntenrechten:* De manager heeft maatregelen genomen om cliënten actief op hun rechten te wijzen en de cliëntenrechten in het primaire proces te waarborgen.

*5 Zorgaanbod op basis van vraag:* Het zorgaanbod wordt omschreven in de functies. Het zorgaanbod is gebaseerd op de vraag van cliënten en wordt op vastgestelde tijden geëvalueerd.

*6 Handelingsvrijheid:* Behandelaren en verpleegkundigen hebben voldoende vrijheid om in het kader van adequate hulpverlening snel en flexibel te kunnen reageren op concrete vragen van cliënten.

*7 Missie en doelen:* De instelling heeft samen met de cliëntenraad een vraaggerichte missie en concrete doelen geformuleerd, die zijn vastgelegd in een beleidsdocument. Deze worden op vastgestelde tijden geëvalueerd met cliënten, medewerkers, verwijzers, zorgkantoren, overheid en andere belanghebbenden.

## **Organisatie – middelen**

*8 Financiële flexibiliteit:* (Een gedeelte van) de financiële middelen kan flexibel worden ingezet op beleidsniveau en op procesniveau om adequaat op de (veranderende) vraag te reageren.

*9 Structurele betrokkenheid ervaringsdeskundigen:* Ervaringsdeskundigen worden structureel betrokken bij de voorlichting en begeleiding van andere cliënten.

*10 Cliëntenondersteuning:* De instelling realiseert haar medeverantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van middelen voor cliëntenondersteuning en onafhankelijke keuzeondersteunende voorlichting door hierover afspraken te maken met cliëntenorganisaties.

## **Leiderschap**

*1 Attitudeverandering:* Een vraaggerichte manager treft maatregelen om de attitudeverandering bij de medewerkers ten aanzien van de vraaggerichte houding tegenover cliënten te bewerkstelligen. Deze maatregelen zijn schriftelijk vastgelegd.

*2 Beleidsbetrokkenheid cliëntenorganisaties:* Een vraaggerichte manager betreft cliëntenorganisaties en cliëntenraden bij het formuleren van de visie op de inhoud en organisatie van het zorgaanbod. De afspraken hierover met de betrokken organisaties zijn schriftelijk vastgelegd.

*3 Netwerk:* Een vraaggerichte manager voert structureel overleg met landelijke en regionale cliëntenorganisaties om op de hoogte te zijn van alle ontwikkelingen. Over de vorm en de frequentie van het overleg zijn afspraken vastgelegd.

*4 Facilitering:* Een vraaggerichte manager faciliteert de cliëntenraad door trainingen, opleidingen, tijdige informatieverstrekking en (financiële) middelen.

*5 Behoeftetepeiling:* Een vraaggerichte manager doet behoeftetepeilingen in de regio en stemt daar het instellingsbeleid op af.