

‘Professionele prikkels’



Een onderzoek naar ervaringen van Utrechtse professionals rondom financiering en indicering in de Jeugd-GGZ en hoe zij door gemeenten geprikkeld kunnen worden om in de toekomst betere en efficiëntere zorg voor jeugd te verlenen.



Universiteit Utrecht



‘Professionele prikkels’

Hoe Utrechtse professionals door gemeenten geprikkeld kunnen worden om in de toekomst betere en efficiëntere zorg voor jeugd te verlenen.

Datum	23 juni 2014
Auteur	T.A. (Martine) van Wijk
Studentnummer	3627586
Thesisdocent	Dr. Stijn Sieckelinck
Tweede docent	Dr. Monique van Londen-Barentsen
Thesisbegeleider	Marlies Kennis
Opdrachtgever	Gemeente Utrecht; Maatschappelijke Ontwikkeling; team Jeugd, Zorg en Veiligheid

Inhoudsopgave

Abstract	Blz. 4
Samenvatting	Blz. 5
Voorwoord	Blz. 6
Inleiding	Blz. 7
Theoretisch kader	Blz. 8
Transitie, transformatie en decentralisatie	Blz. 8
Professionals	Blz. 10
Jeugd-GGZ	Blz. 12
Methoden	Blz. 17
Betrouwbaarheid en validiteit	Blz. 19
Resultaten	Blz. 19
Resultaten ervaringen	Blz. 20
Ervaringen indicering	Blz. 20
Ervaringen financiering	Blz. 22
Overwegingen diagnostiseren	Blz. 24
Resultaten model	Blz. 25
Motivatie door positieve benadering	Blz. 26
Motivatie door verantwoordelijkheid	Blz. 27
Motivatie door competitie	Blz. 29
Motivatie door financiële prikkel	Blz. 30
Context	Blz. 32
Conclusie	Blz. 33
Discussie	Blz. 34
Interactiemodel	Blz. 35
Aanbevelingen	Blz. 38
Wetenschap	Blz. 38
Beleidspraktijk	Blz. 38
Referenties	Blz. 42
Bijlage 1 Participanten	Blz. 47
Bijlage 2 Topiclist interviews professionals	Blz. 48
Bijlage 3 Codering	Blz. 50

Abstract

In this study experiences of Youth-Mental Healthcare professionals from the city of Utrecht are examined with regard to diagnosing and financing. The way that the local government can stimulate these professionals to give better and more efficient care for the future, is also researched through the following research question: "How do professionals experience the current financing and indication in Youth-Mental healthcare and how can they be stimulated to give more efficient and better care for children and families in the future?"

The purpose of this study was to give recommendations to the municipalities of the city of Utrecht to show how they can motivate professionals to give better and more efficient care for youth. These manners of stimulating are illustrated by incentives, which are distracted from 15 semi-structured interviews with professionals. In addition to these interviews, participating observation and document-analysis has taken place to retrieve an answer for the research question.

It was concluded that the experience of professionals relating to diagnosing were variable. The experiences of professionals with regard to financing by Diagnosis Treatment Combination-productstructure (DBC) were solely negative.

Professionals presented different manners of being stimulated by the municipalities of Utrecht to provide better and more efficient mental-healthcare. The motivation behind these incentives can be divided into four different principles being: Motivation through positive approach, through responsibility, through competition or through a financial incentive. With these results, a model was developed to show these incentives and the interdependence. With this model it can be concluded that psychological confirmation by municipalities is a fundamental basis in motivating professionals, to provide better and more efficient care.

Keywords: Professionals, Youth Mental Health, incentives, psychological confirmation

Samenvatting

In dit onderzoek zijn de ervaringen van Utrechtse professionals uit de Jeugd-GGZ met betrekking tot indicering en financiering onderzocht. Tevens is onderzocht hoe deze professionals door gemeenten geprikkeld kunnen worden om in de toekomst betere en efficiëntere zorg voor jeugd te verlenen. Dit is onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: *‘Hoe ervaren professionals de huidige financiering en indicering in de Jeugd-GGZ en hoe kunnen zij in de toekomst geprikkeld worden om efficiëntere en betere zorg voor jeugd te bieden aan kinderen en gezinnen?’*

Het doel van dit onderzoek was om de Gemeente Utrecht aanbevelingen te geven hoe zij professionals kunnen motiveren om betere en efficiëntere zorg voor jeugd te verlenen. Deze methoden van motiveren zijn weergegeven door prikkels, welke door professionals zelf zijn aangereikt in 15 interviews. Naast deze semi-gestructureerde interviews heeft er participerende observatie en documentenanalyse plaatsgevonden om tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen.

Geconcludeerd is dat de ervaringen van professionals met betrekking tot indicering wisselend zijn. De ervaringen van professionals met betrekking tot financiering door de Diagnose Behandeling Combinatie-productstructuur (DBC) waren enkel negatief.

Professionals hebben verschillende manieren aangereikt waarop zij geprikkeld kunnen worden om betere en efficiëntere zorg te verlenen. De motivatie achter deze prikkels kan opgedeeld worden in motivatie door positieve benadering, verantwoordelijkheid, competitie of door een financiële prikkel. Vanuit deze resultaten is een model ontwikkeld om deze prikkels en de onderlinge samenhang weer te geven. Uit dit model is af te leiden dat psychologische bekrachtiging door gemeenten een fundamentele basis vormt in het motiveren van professionals, zodat deze professionals betere en efficiëntere zorg kunnen verlenen.

Sleutelwoorden: Professionals, Jeugd-GGZ, prikkels, psychologische bekrachtiging

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van ruim een halfjaar hard werken en genieten. Genieten van interessante gesprekken, nieuwe inzichten en kansen voor de toekomst. Hard werken was het ook: mijn eigen (strakke) planning, dingen die niet altijd liepen zoals gehoopt en niet wetend hoe ik ál die data in ruim dertig pagina's moest verwerken. Met het schrijven van dit voorwoord sluit ik deze periode af.

Tijdens deze periode van onderzoek doen heb ik me meerdere malen verwonderd over het werkveld waarin professionals in de Jeugd-GGZ zich bevinden. Tijdens een observatie bij een diagnostiek- en behandeloverleg zag ik hoe groot de impact van een financieringssysteem is op het werken van professionals: een voortdurend wisselende samenstelling van professionals tijdens één uur overleg om aan de eisen van de zorgverzekeraar tegemoet te komen. Ik verbaasde me erover dat een financieringssysteem zo'n impact had op de werkvloer. Deze observatie en gesprekken die hierop volgden gaven mij meer inzicht om tijdens de interviews het gesprek aan te gaan. Ook deze interviews waren een grote ontdekkingstocht voor mij: Het werk van een professional is verantwoordelijk: naar de cliënt toe, maar ook naar de zorgverzekeraar.

Tijdens de interviews hebben professionals prikkels genoemd waardoor zij gestimuleerd kunnen worden om in de toekomst betere en efficiëntere zorg voor jeugdigen te verlenen. Deze prikkels zijn geen 'druk-op-de-knop-en-het-gebeurt-verhaal', het is een zoektocht die zijn context gezien moet worden. Wel zijn het prikkels waarvan professionals zeggen gemotiveerd te raken. Professionele prikkels dus: gezien vanuit de professionals zelf.

Ten slotte nog een dankwoord. In de eerste plaats aan de professionals die hebben meegewerkt aan dit onderzoek, veel heb ik van jullie mogen leren. Ik hoop dan ook dat ik jullie ervaringen en visie goed heb weergegeven in dit onderzoek. In de tweede plaats dank aan mijn begeleider bij de Gemeente Utrecht, Marlies Kennis. Dank voor het meedenken en de veelal realistische blik. Ook andere collega's die hebben meegedacht en meegelezen ben ik mijn dank verschuldigd. Belangrijk in het proces was Stijn, mijn begeleider vanuit de UU; hij stuurde me bij om (in mijn enthousiasme) tot een realistische en haalbare scriptie te komen en was flexibel wanneer ik zijn input vroeg. Ten slotte een dankwoord aan de mensen die mijn verhalen aanhoorden, mij stimuleerden om verder te werken en tussentijds meelazen en feedback gaven.

Aan u als lezer de uitdaging om de scriptie helemaal te lezen. Ik wens u veel leesplezier toe en zie uw reactie graag tegemoet.

Martine van Wijk, juni 2014

martinevwijk@gmail.com

Marinda is GZ-psychologe. Een vrouw met passie voor haar vak, maar vooral passie voor kinderen en jongeren. Jeugdigen die misschien door hun omgeving als 'moeilijk' of 'lastig' worden ervaren, maar die volgens Marinda een hart van goud hebben. Ze hebben slechts hulp en ondersteuning nodig zodat de omgeving dat gouden hart ook weer kan zien. Die hulp en ondersteuning geeft Marinda als psychologe, ze praat met de jeugdige zelf, diens ouders, de school en eventueel met anderen. En als het nodig is, gaat ze aan de slag met de jeugdige door middel van een behandeling. Maar Marinda denkt niet alleen aan haar cliënten, ook de transitie Jeugdzorg speelt door haar hoofd. Wat gaat er gebeuren na 1 januari 2015? Hoe gaat mijn gemeente de zorg voor jeugd inrichten? Wat betekent dit voor mijn cliënten? En wat gaat dit betekenen voor mijn eigen werkzaamheden?

Echter, deze transitie roept niet alleen vragen op; zij biedt ook kansen. Zo zou Marinda soms gedegen advies willen geven aan de ouders en de school in plaats van het kind met een stoornis te diagnostiseren en zo te behandelen. Binnen het huidige financieringssysteem van de specialistische GGZ, met vergoeding aan de hand van een DBC, is enkel advisering niet mogelijk. Of misschien biedt deze transitie wel de kans dat Marinda de jeugdige niet alleen behandelt, maar dat ze meerdere zorgvormen kan combineren. Zo kan ze dicht bij het gezin staan en integraler werken.

Bovenstaande casus schetst het spanningsveld waarin vele jeugdzorgaanbieders zich momenteel bevinden: enerzijds zijn er vragen en zorgen, anderzijds worden mogelijkheden gezien om de zorg voor jeugd nog beter en efficiënter te organiseren. Dit spanningsveld werd voor de Jeugd-Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) nogmaals duidelijk rond de behandeling van de Jeugdwet in de Eerste Kamer. Waar sommigen de aanneming van de wet met gejuich begroetten, waren ook andere geluiden te horen: 'Zwarte dag in de GGZ: kinderen verliezen recht op zorg' (LPGGZ, 2014a). Juist in dit spanningsveld zijn in dit onderzoek professionals uit de Jeugd-GGZ betrokken door hun opinie te vragen over de inrichting van de zorg voor jeugd na 1 januari 2015 in de Gemeente Utrecht.

Dit onderzoek richtte zich op de ervaringen die Utrechtse professionals in de Jeugd-GGZ hebben met de huidige indicering en financieringsstructuren. Vervolgens zijn dezelfde professionals bevraagd op hun ideeën over de inrichting van de Jeugd-GGZ binnen de zorg voor jeugd en welke prikkels hierin een rol kunnen spelen. Ten slotte is bekeken hoe de Gemeente Utrecht deze visie van professionals op sturing kan meenemen in haar ontwerp rondom het invullen van de specialistische zorg na 2015. Dit resulteerde in de volgende onderzoeksvraag:

'Hoe ervaren professionals de huidige financiering en indicering in de Jeugd-GGZ en hoe kunnen zij in de toekomst geprikkeld worden om efficiëntere en betere zorg voor jeugd te bieden aan kinderen en gezinnen?'

Bovenstaande vraag is onderzocht door middel van literatuuronderzoek en kwalitatieve dataverzameling.

Theoretisch kader

Transitie, transformatie en decentralisatie

Wet op de Jeugdzorg. In 2005 is de Wet op de Jeugdzorg in werking getreden. Deze wet leek veelbelovend vanwege de nadruk op vraaggerichte jeugdzorg in plaats van aanbodgerichte jeugdzorg. De uitgangspunten van deze wet zijn dat kinderen, jongeren en ouders recht hebben op jeugdzorg, uitgaand van het zozozo-beleid. Dit houdt in dat de zorg zo dicht mogelijk bij het kind of de jongere moet worden georganiseerd, zo kort mogelijk moet duren en zo licht mogelijk moet zijn (Van der Linden, ten Siethoff, & Zeijlstra-Rijpstra, 2009).

In de praktijk is echter gebleken dat de hulpverlening verkokerd raakte: hulpverleners en instituties werkten langs elkaar heen en schoven de verantwoordelijkheid op elkaar af (RMO, 2008). Deze gebrekkige samenwerking rond kinderen en gezinnen is een van de uitkomsten van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg en de analyse van de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010). Een andere uitkomst van deze evaluatie is dat financiële prikkels richting dure gespecialiseerde zorg leiden. Hierdoor wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de eigen kracht van de jeugdige en diens netwerk en van preventieve lichtere vormen van ondersteuning en zorg. Ten slotte laat deze evaluatie zien dat afwijkend gedrag onnodig wordt gemedicaliseerd (Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010).

Stelselwijziging. De RMO heeft verschillende adviesrapporten uitgebracht waarin aanbevelingen worden gegeven voor de ontwikkeling van een nieuw jeugdzorgstelsel. Zo pleit de RMO (2011) ervoor dat in een stelselherziening voor de jeugdzorg een ander denkkader moet worden gehanteerd, namelijk dat van ontzorgen en normaliseren. Met 'ontzorgen' wordt bedoeld dat kwetsbare gezinnen een vorm van zorg nodig hebben die de eigen kracht kan versterken en waardoor de sociale omgeving geactiveerd en benut kan worden. Deze vorm van zorg is echter van belang naast een veilige en stimulerende opvoedomgeving. 'Normaliseren' houdt in dat onnodig problematiseren en etiketteren moet worden tegengegaan (RMO, 2012a).

Het doel van de stelselwijziging is om het jeugdstelsel eenvoudiger, efficiënter en effectiever te maken. Dit vernieuwde jeugdstelsel zou de eigen kracht van de jongere versterken en het zorgend en probleemoplossend vermogen van diens gezin en sociale omgeving stimuleren (Rijksoverheid, 2013). In de Memorie van Toelichting op de Jeugdwet (Rijksoverheid, 2013) wordt betoogd dat er een transformatie nodig is. De aanbevelingen van de RMO (2011; 2012a) worden hierin overgenomen, zoals het uitgaan van eigen kracht van jeugdigen en ouders, demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren en eerder de juiste hulp op maat bieden om het beroep op gespecialiseerde hulp te verminderen. Integrale hulp aan gezinnen wordt in de Memorie van Toelichting op de Jeugdwet (Rijksoverheid, 2013) ingevuld met het principe één gezin, één plan, één regisseur. Om aan deze voorwaarden te voldoen wordt in de nieuwe Jeugdwet een decentralisatie van alle jeugdhulp naar gemeenten voorgesteld om zo de bestuurlijke en financiële randvoorwaarden te kunnen scheppen.

Nuance. De decentralisering van jeugdhulp naar gemeenten wordt wisselend ontvangen. Als voorbeeld wordt vaak Denemarken genoemd, waar men eerder de jeugdzorg heeft gedecentraliseerd naar gemeenten. Het Deense systeem is eenvoudig en overzichtelijk georganiseerd en lijkt succesvol te zijn, gezien het gedaalde aantal uithuisplaatsingen. Ook worden kinderen en gezinnen beter geholpen (Vink, 2012).

Echter, de Kinderombudsman (Dullaert, 2013) betoogt dat we moeten leren van Denemarken. Lessen van het Deense kinderrechteninstituut, waaruit nadelige effecten van de decentralisaties blijken, worden genoemd als zaken die ook in Nederland een gevaar kunnen vormen voor kinderen. Zo is er door de decentralisatie in Denemarken minder zicht op hoe het gaat met kinderen. De Kinderombudsman beveelt daarom aan een meetinstrument te ontwikkelen dat inzicht biedt in het welzijn en de veiligheid van kinderen in alle gemeenten (Dullaert, 2013).

Ook blijkt uit de brief van de Kinderombudsman (Dullaert, 2013) dat gemeenten in Denemarken te snel kiezen voor lichtere, goedkopere zorg. Dullaert (2013) betoogt dat dit gevaar ook op de loer ligt in Nederland, namelijk kostenoverwegingen die de doorslag gaan geven welke zorg nodig is. Ook uit het rapport van Van Gastel (2012) blijkt dat cliëntenvertegenwoordigers vrezen voor aanbodsturing en zich afvragen of gemeenten teveel aandacht hebben voor het tegengaan van overlast, ten koste van jeugd met internaliserende problematiek. De inschatting over welke zorg een kind nodig heeft moet de professional maken en die professional is dan ook cruciaal. De Kinderombudsman betoogt dat de autonomie van de professional gegarandeerd moet worden. De professional moet een puur

professionele afweging maken over de zorg die een kind nodig heeft, zonder dat financiële of politieke overwegingen een rol spelen (Dullaert, 2013).

Ook de Jeugd-GGZ heeft haar zorgen over de decentralisatie. Het landelijk platform GGZ (LPGGZ, 2014a) geeft aan waar de zorgen liggen, ook na de instemming met de Jeugdwet door de Eerste Kamer:

Ondanks de moties die ingediend zijn, is het nog steeds zo dat de bescherming van persoonsgegevens niet goed geregeld is, het recht op zorg verdwenen is, de keuzevrijheid is verslechterd en de gemeenten nog lang niet goed toegerust zijn om ook daadwerkelijk verantwoordelijk te kunnen zijn om de psychische zorg aan de kinderen te kunnen leveren. (LPGGZ, 2014a)

Tevens wordt er door verschillende brancheorganisaties van de GGZ gesproken over discriminatie van kinderen met een psychische aandoening (LPGGZ, 2014b). Zij betogen dat deze kinderen voor zorg afhankelijk zijn van beleid en budgetten van gemeenten, waardoor voor hen een ongelijke toegang tot medische zorg ontstaat vergeleken met kinderen met een lichamelijke aandoening (LPGGZ, 2014b).

Uit deze paragraaf blijkt dat de nieuwe Jeugdwet zowel tot kansen als tot uitdagingen leidt. Aan gemeenten en professionals is het de taak om de kansen zo goed mogelijk te benutten en de uitdagingen aan te gaan.

Professionals

Het fundament van dit onderzoek wordt onder andere gevormd door ervaringen van mensen die werkzaam zijn in de Jeugd-GGZ. In het vervolg worden deze mensen gedefinieerd als professionals.

Professionele logica. Freidson (2001) geeft in een ideaaltypisch beeld een aantal kenmerken weer van een professional, welke de professionele 'logica' wordt genoemd. Zo noemt Freidson (2001) bijvoorbeeld dat een professional gekenmerkt wordt door kennis en vaardigheden die gebaseerd zijn op abstracte theorieën. Ook wordt een professional volgens Freidson (2001) gekenmerkt door toewijding aan het werk, waarbij het gaat om een ideologie.

Bovengenoemde idealen van professionalisme worden tegengewerkt door vele krachten, zoals veranderingen in de manier waarop professionals worden gemanaged, cliëntenparticipatie en veranderende politieke standpunten (Ackroyd, Kirkpatrick, & Walker, 2007; De Ruyter et al., 2008). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat veel publieke professionals problemen hebben om zich te identificeren met het beleid dat ze moeten

uitvoeren (Freidson, 2001; Duyvendak et al., 2006). Wanneer professionals zich vervreemd voelen van beleid kan dit de effectiviteit van het beleid en de prestaties van een organisatie negatief beïnvloeden. Tevens kan de relatie tussen de burger en de professional verslechteren (Tummers, 2012).

Tummers, Bekkers en Steijn (2009) definiëren beleidsvervreemding als een algemene cognitieve staat van psychologische ontkoppeling met het beleid, in dit geval van de publieke professional die het beleid uitvoert. Tummers (2010; 2012) heeft een instrument ontwikkeld om beleidsvervreemding meetbaar te maken. Aan de hand van de casus van invoering van de DBC-productstructuur in de GGZ is beleidsvervreemding gemeten bij psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. Hieruit blijkt onder andere dat professionals het gevoel hebben weinig vrijheid te hebben in de uitvoering van het beleid; de professionele autonomie kan soms beperkt zijn (Tummers, 2010).

Bureaucratische logica. Ook Leffers en Emons (2008) betogen dat het volgens hulpverleners in het dagelijkse werk niet meer om de mens draait, maar om productie, procedure en profilering. Bij productie gaat het erom dat zoveel mogelijk cliënten moeten worden gezien, procedure verwijst naar de knellende bureaucratie (Leffers, Emons & Klaver, 2008a). Dit resulteert in een stijgende werkdruk en bezuinigingen op kwaliteit. Volgens Leffers, Emons en Klaver (2008b) is de GGZ verstrikt geraakt in een ongrijpbaar systeem van voortdurend veranderende interne en externe eisen. Het voldoen aan deze eisen wordt regelmatig gekoppeld aan het wel of niet vergoed krijgen van zorg, waardoor de inhoud van het werk minder van belang wordt. Leffers, Emons & Klaver (2008a) betogen dat kwaliteit zo wordt afgemeten aan het hebben voldaan aan procedures, protocollen en prestatie-indicatoren. Kremer en Tonkens (2006) spreken in dit verband over bureaucratische logica, welke voortkomt uit de behoefte om werk van professionals te kunnen controleren en vast te leggen in procedures en standaarden. Hiermee wordt de ruimte van professionals om naar eigen inzicht te handelen ingeperkt. Bosselaar (2005) noemt dit 'professionele bureaucratie', waarbij professionals niet zozeer worden getraind om in te spelen op de problemen en individuele behoeften van cliënten, maar om cliënten adequaat in te delen in de juiste categorieën.

Door deze bureaucratische en professionele logica hebben professionals te maken met een spanningsveld. Enerzijds wil een professional de cliënt centraal stellen en maatwerk leveren, anderzijds wordt dezelfde professional door bureaucratische logica gedwongen tot het standaardiseren van behandelingen en een geprotocolleerd hulpverleningsproces. Binnen dit spanningsveld worden professionals geacht om kwalitatief goede zorg te leveren aan kinderen en gezinnen.

Efficiëntere en betere zorg voor jeugd wordt gedefinieerd door het leveren van goede zorg. Coles (2002) spreekt over een belangrijk kenmerk van professionals, namelijk het handelen op basis van het eigen oordeel. Goede zorg gaat enerzijds over het formele element van zorg, wat wordt bepaald door normen en protocollen. Anderzijds is een informeel element van zorg van belang, namelijk een gedeeld begrip over wat goede zorg is.

Jeugd-GGZ

Dit onderzoek is gericht op de Jeugd-GGZ, de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen tot en met 17 jaar (GGZ Nederland, 2010). De Jeugd-GGZ bestaat uit zowel preventieve GGZ als diagnose en behandeling. Het kan hierbij onder andere gaan om gesprekstherapie bij een psycholoog, psychiatrische gezinsbegeleiding en acute psychiatrie en multidisciplinaire zorg vanuit de GGZ (Gemeente Utrecht, 2013).

In 2010 maakten in Nederland ongeveer 250.000 jeugdigen gebruik van de GGZ. In datzelfde jaar waren er 7.438 zorgaanbieders van curatieve GGZ bekend (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Met de decentralisatie van de jeugdzorg wordt ook de Jeugd-GGZ overgeheveld naar gemeenten. In de Gemeente Utrecht zou het gaan om ongeveer 4.500 jeugdigen aan wie curatieve GGZ wordt verleend (Van Wijk, 2014).

Organisatie van zorg. Per 1 januari 2014 is de GGZ anders georganiseerd in Nederland. Uitgangspunt is dat mensen met psychiatrische problematiek snel en effectief worden behandeld door goed samenhangende zorg. De zorg wordt rond de patiënt georganiseerd in de vorm van drie echelons: Huisartsenzorg met praktijkondersteunende huisarts GGZ (POH-GGZ), Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ (Bakker & Jansen, 2012).

Uit het rapport van Bakker en Jansen (2012) blijkt de verwachting dat er een verschuiving van patiëntenstromen kan plaatsvinden van de Gespecialiseerde GGZ naar de Generalistische Basis GGZ en naar de huisartsenzorg met POH-GGZ. De huisartsenzorg met POH-GGZ dient een sterke poort te zijn waarin patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld en waar nodig doorverwezen. Om de Generalistische Basis GGZ te versterken is een uniforme bekostiging ontwikkeld. Hierbij is sprake van een aantal zorgzwaarteproducten die aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt, oplopend van Generalistische Basis GGZ Kort tot Generalistische Basis GGZ Chronisch. Deze indeling wordt bepaald door verschillende criteria, zoals ernst van problematiek, risico, complexiteit en beloop van de klachten (Bakker & Jansen, 2012).

Wanneer een huisarts en/of POH-GGZ geen vermoeden heeft van een benoemde stoornis aan de hand van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM),

wordt de behandeling door henzelf gedaan. Ditzelfde geldt wanneer de ernst van de problematiek licht is of er sprake is van stabiele chronische problematiek. Wanneer sprake is van hoog risico en/of complexiteit bij een vermoeden van een benoemde stoornis aan de hand van de DSM vindt doorverwijzing naar de Gespecialiseerde GGZ plaats. In alle overige gevallen ligt verwijzing naar de Generalistische basis GGZ voor de hand (Bakker & Jansen, 2012).

Met de ontwikkeling en versterking van de Generalistische Basis GGZ kan een aanzienlijk deel van de patiënten, dat voorheen door de Gespecialiseerde GGZ werd behandeld, naar de Generalistische Basis GGZ verschuiven. Hierdoor kunnen meer patiënten in de Generalistische Basis GGZ worden behandeld en kan een zwaardere populatie van zorg worden voorzien (Bakker & Jansen, 2012).

DBC. Naast de organisatie van de zorg zijn ook de financieringsstromen binnen de GGZ van belang. De Jeugd-GGZ wordt via verschillende financieringsstromen bekostigd. De huidige financiering van de Gespecialiseerde Jeugd-GGZ is gebaseerd op een DBC-productstructuur. Deze productstructuur is ingesteld om de transparantie van specialistische zorg te vergroten en om een transformatie te kunnen maken van een aanbodgericht naar een vraaggericht systeem; de cliënt wordt meer centraal gesteld in de zorg. Tevens zou deze vorm van prestatiebekostiging stimuleren tot doelmatigheid en kwaliteit en kan er een betere aansluiting worden gerealiseerd tussen geneeskundige somatische en geestelijke gezondheidszorg (Oostenbrink & Rutten, 2006; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008).

De DBC-systematiek bevat zorgpakketten. Een zorgpakket omvat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om een bepaalde diagnose te stellen en de behandeling te verrichten. Een DBC beschrijft het totale traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft, vanaf het eerste contact tot en met de behandeling die hier eventueel op volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie bij de zorgverzekeraar (DBC Onderhoud, 2013). De totale behandeling wordt bekostigd, maar ook de relatie met de zorgvraag kan expliciet worden gemaakt. Zo wordt duidelijk welke behandeling voor welke zorgvraag is ingezet. Deze manier van bekostigen wordt ook wel prestatiebekostiging genoemd (Rijksoverheid, 2006). Voor deze DBC-systematiek dient een zo duidelijk mogelijke relatie te zijn tussen de enerzijds zorgvraag van de patiënt en anderzijds de behandeling. Behandelingen in de GGZ mogen immers niet berusten op toeval of willekeur (Rijksoverheid, 2006).

Zorg wordt in de DBC-systematiek uitbetaald nadat indicatie volgens de DSM heeft plaatsgevonden. Dit heeft verschillende gevolgen, die hierna worden beschreven.

Perverse prikkels. Ten eerste betoogt de Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010) dat er verschillende perverse prikkels aanwezig zijn in het huidige jeugdzorgstelsel. De RMO (2012b) betoogt dat perversiteit het gevolg is van meervoudige belangen en perspectieven die in elke sector en organisatie aanwezig zijn. Tegen deze meervoudigheid aan belangen, doelstellingen en actoren kunnen zorgprofessionals op een bepaald moment geen weerstand meer bieden. Uit onderzoek dat de RMO (2012b) heeft uitgevoerd, bleek dat goede bedoelingen verkeerd konden uitpakken en dat classificaties niet langer instrumenteel waren, maar veranderden in nieuwe werkelijkheden. Ook blijkt uit dit rapport dat financiële prikkels onwenselijke uitkomsten kunnen stimuleren (RMO, 2012b). Deze perverse prikkels in het huidige jeugdzorgstelsel ontstaan enerzijds doordat zorg pas vergoed wordt nadat een diagnose gesteld is. Anderzijds wordt investeren in preventie en laagdrempelige eenvoudige hulp niet direct financieel gestimuleerd, omdat de kosten voor zwaardere jeugdzorg worden gedragen door anderen dan door degene die verantwoordelijk is voor de preventie (Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, 2010). Het gevolg van deze perverse prikkels is dat indicaties wellicht sneller dan noodzakelijk worden afgegeven door de achterliggende financieringsdruk en dat de kosten in de specialistische zorg hoog oplopen.

Stigmatisering. Ten tweede kan het financieren van een DBC aan de hand van de DSM-IV leiden tot onwenselijke indicaties.

De DSM is een internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen en ingedeeld volgens een aantal criteria op het gebied van gedrag en affectiviteit, gebaseerd op empirische relaties (Kirk & Hsieh, 2004; Alegria & MCGuire, 2003). Voor elke diagnostische categorie moet voldaan zijn aan een minimum van criteria in combinatie met andere condities, zoals duur en gebrekkig functioneren, voor een correct toepassen van de diagnose. Het doel van deze criteria is om de kans op diagnostische fouten door klinici te verkleinen (Kirk & Hsieh, 2004). Omdat diagnostische beslissingen de behandelingskeuze bepalen, kan vertekening of inconsistentie in de beoordeling een probleem vormen voor een effectieve klinische praktijk (Pottick, Kirk, Hsieh & Tian, 2007).

Volgens Van de Pol (2005) wordt door de DBC een geloof in standaardisatie zichtbaar: de gedachte dat zorg zich in eenvoudige pakketjes laat vangen, waarna vervolgens alleen de prijs nog het verschil uitmaakt. Bovendien is de DSM een classificatiesysteem; groepen mensen met ongeveer dezelfde sticker kunnen zo getypeerd worden. Maar die sticker is weinig trefzeker omdat de context van mensen niet verdisconteerd mag worden (Kindermans, 2008; 2013). Ook is een classificatie van symptomen 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 (Palm et al., 2008). De DSM is daarom volgens Palm et al. (2008) niet geschikt als diagnosesysteem dat als basis dient voor een financieringssysteem. Tevens moet de diagnose aan het begin van de behandeling worden vastgesteld. Dit is soms lastig in verband met de complexe problematiek. In het begin is het vaak lastig te achterhalen wat het kernprobleem is (Kindermans, 2008; Palm et al., 2008). Wanneer er dan wel een diagnose gesteld moet worden, wordt de kans op een juiste diagnose kleiner. Klinisch psycholoog Klaver (in Kindermans, 2008) zegt hierover:

Zelden kom je binnen de ggz een enkelvoudig probleem tegen. Ons werk is als een toverbal: je begint als rood, daarna wordt hij groen en vervolgens blauw. Zo werkt het proces van diagnose en behandeling: schilletje na schilletje werk je af en dan blijkt er weer een nieuw probleem op te doemen. De drang om op een enkelvoudige manier te werk te gaan, daarmee doen we onze patiënt tekort. (Klaver in Kindermans, 2008)

Door deze verplichte snelle diagnoses wordt de klinische werkelijkheid geweld aangedaan: er moet immers een etiket uit de DSM op de cliënt geplakt worden om een financiële vergoeding te bewerkstelligen, maar die sticker past veelal niet op de cliënt en diens situatie. Deze onwenselijke indicaties leiden vervolgens tot behandelingen die soms verre van optimaal zijn (Kindermans, 2013). Tevens worden problemen zo niet altijd bij de oorzaak aangepakt, waardoor er in de toekomst wellicht een zwaardere behandeling nodig is:

Verzekeraars willen dat je evidence based behandelt. Dus ga je psycho-educatie geven. Je gaat de medicatie goed instellen, terwijl je eigenlijk aan de relaties tussen de gezinsleden zou moeten werken, zodat er meer stabiliteit in de gezinssituatie komt. Daarmee geef je niet de optimale behandeling. (Van Sambeek in Kindermans, 2013)

Overdiagnostisering. Een laatst genoemd gevolg van de DBC-systematiek in relatie tot de DSM is overdiagnostisering. Epidemiologische studies suggereren dat minimaal veertig tot vijftig procent van de bevolking voldoet aan de criteria van ten minste één psychiatrische stoornis in het leven (De Graaf, ten Have, van Gool, & van Dorsselaer, 2012). Volgens Batstra et al. (2012) is de prevalentie van gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen dramatisch toegenomen, dit geldt voornamelijk de diagnoses van milde casussen. In de

Verenigde Staten is bijvoorbeeld het aantal diagnoses van ADHD in vier jaar met twintig procent gegroeid. Een oorzaak van deze groei in diagnoses kan meer bewustzijn en een betere herkenning van psychiatrische condities zijn (Batstra et al., 2012; Batstra & Frances, 2012).

Toch kunnen ook andere factoren hebben bijgedragen aan deze toename in diagnostisering van stoornissen. Zo stellen betrokkenen bij de DSM-IV en DSM-V zelf dat met de DSM-IV onbedoeld is bijgedragen aan onwerkelijke epidemieën van ADHD en Autisme in de kindertijd, doordat de drempel van deze aandoeningen verlaagd is. Ook kan de psycho-farmaceutische industrie een rol spelen en kunnen maatschappelijke factoren (zoals werkende ouders) de last van dagelijkse activiteiten van ouders en kinderen verhogen en de tolerantie voor individuele variatie verlagen (Batstra & Frances, 2012; Batstra et al., 2012).

Batstra et al. (2012) betogen dat diagnostische classificatie nuttig kan zijn voor communicatie tussen professionals, het zoeken naar bewezen effectieve behandelingen en vergoeding van interventies. Ook voor het kind kan een diagnose een verklaring en erkenning voor de ervaren problemen bieden. De diagnose kan opluchting en hoop geven voor kinderen en hun families. Ook opent een diagnose de deur naar behandeling en speciaal onderwijs op school. Echter, Batstra et al. (2012) geven ook aan dat diagnostische classificatie negatieve gevolgen kan hebben. Zo kan een diagnostisch label volgens hen leiden tot negatieve verwachtingen van ouders en leraren en kunnen kinderen die gediagnostiseerd zijn met een psychische stoornis gestigmatiseerd worden en last hebben van vooroordelen en discriminatie. Tevens kunnen kinderen zich gaan identificeren met deze stereotypen en ze toepassen op zichzelf. Zelfstigmatisering wordt geassocieerd met een laag zelfbeeld en minder vertrouwen in de toekomst. Batstra en Frances (2012) pleiten dan ook voor een diagnosestelling in stappen om zo het aantal misdiagnoses te verminderen en patiënten die baat hebben bij psychiatrische diagnostiek te scheiden van mensen die beter af zijn zonder diagnose.

Het voorgaande theoretisch kader laat de dynamische context waarin dit onderzoek plaatsvindt zien. Dit biedt het kader voor de dataverzameling. In de volgende paragraaf worden de methodologische aspecten van het onderzoek besproken. Na de dataverzameling dient een antwoord gegeven te kunnen worden op de volgende onderzoeksvraag: *‘Hoe ervaren professionals de huidige financiering en indicering in de Jeugd-GGZ en hoe kunnen zij in de toekomst geprikkeld worden om efficiëntere en betere zorg voor jeugd te bieden aan kinderen en gezinnen?’*

Methoden

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn diverse kwalitatieve dataverzamelingmethoden gebruikt. Ter voorbereiding op interviews heeft een observatie bij een diagnostiek- en behandeloverleg plaatsgevonden. Tevens zijn er drie gesprekken geweest met verschillende professionals om zo meer inzicht krijgen in de randvoorwaarden en context waarin professionals werken en keuzes maken. Deze observaties en gesprekken zijn gebruikt als input voor het opstellen van interviewvragen.

Naast participerende observaties is een documentenanalyse uitgevoerd op eerdere onderzoeken en beleidsstukken. Deze documenten zijn afkomstig van wetenschappelijke literatuur of van GGZ- koepelorganisaties en overheden. Deze documentenanalyse heeft onder andere een onderbouwing gegeven van het in dit onderzoek ontwikkelde model.

Als derde dataverzamelingmethode zijn 16 semi-gestructureerde en twee ongestructureerde interviews afgenomen. Semi-gestructureerd houdt in dat een aantal topics vooraf aan de interviews vast stond, maar dat er tijdens de interviews ruimte was voor eigen invulling en een variërende volgorde van topics (Van Thiel, 2007). Bij de ongestructureerde interviews is een model voorgelegd en aan de hand daarvan zijn de resultaten doorgesproken.

De interviews duurden ongeveer 45 tot 75 minuten en vonden voornamelijk plaats op de werkplek van de professional, met de verwachting dat de professionals zich snel op hun gemak zouden voelen in een vertrouwde omgeving. Vooraf aan de gesprekken is gevraagd om toestemming voor het opnemen van het interview. De participanten voor de interviews zijn benaderd door een e-mail aan managers van verschillende jeugdzorginstellingen in de Gemeente Utrecht of rechtstreeks via interne contacten. Zie bijlage 1 voor deelnemende instellingen.

Om de ervaringen van professionals te onderzoeken zijn 15 semi-gestructureerde interviews afgenomen met professionals die een rol hebben in de inschakeling van de Jeugd-GGZ. Het gaat hierbij om professionals die werkzaam zijn als kinder- en jeugdpsychiater, GGZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, huisarts, jeugdarts, buurtteammedewerker/-adviseur Jeugd & Gezin, beleidsmedewerker GGZ-jeugd of als manager binnen een zorginstelling.

Tijdens de interviews met professionals is ter inleiding ingegaan op de achtergrond en het netwerk van de professional en diens organisatie. Vervolgens zijn de ervaringen van professionals bevraagd met betrekking tot diagnostisering en financiering door middel van de DBC-systematiek. Het tweede deel van het interview is toekomstgericht ingestoken: aan de hand van uitgangspunten van de Gemeente Utrecht is de opinie van de professionals gevraagd

over zorg voor jeugd en wat dit uitgangspunt zou betekenen voor de Jeugd-GGZ. Uiteindelijk is gevraagd hoe een gemeente de professional kan prikkelen of motiveren om die uitgangspunten te realiseren. Ook is gevraagd welke randvoorwaarden een gemeente zou moeten stellen aan professionals, hierbij gaat het om sturing, monitoring, verantwoording en rapportage. Deze opzet van de interviews is steeds globaal aangehouden, de volgorde van de vragen varieerde echter, afhankelijk van het verloop van het gesprek. Zie voor de volledige lijst met interviewvragen bijlage 2.

Na het afnemen van de interviews zijn deze getranscribeerd en geanalyseerd aan de hand van codes. In eerste instantie zijn de interviews gecodeerd aan de hand van open codes, deze kwamen grotendeels overeen met de topics van de interviews (Boeije, 2010). Tevens is een open code ‘overige opmerkingen’ toegevoegd, hieronder is relevante data geschaard welke niet direct onder een van de andere codes te scharen was. Vervolgens is van een aantal open codes de data opnieuw gecodeerd tot axiale codes. Dit geldt voor de open codes ‘ervaringen diagnose’, ‘ervaringen financiering’ en ‘overwegingen diagnostiseren’.

De axiale codes (Boeije, 2010) bij de ervaringsvragen zijn gelabeld als positief, negatief en leerpunten. Bij alle andere codes is één axiale code toegevoegd, namelijk ‘netwerk’, ‘overzicht’ of ‘opvallend’. Onder deze codes is alle data geschaard die relevant geacht werd voor het onderzoek. De data van deze codes zijn vervolgens direct verwerkt in de tekst van het resultaatendeel.

De data van de codes alternatief DBC, prikkels en randvoorwaarden zijn nog op een specifiekere niveau gecodeerd, namelijk door middel van selectieve codes (Boeije, 2010). Uit de data van een alternatief financieringssysteem zijn 12 selectieve codes ontstaan, waarin zowel adviezen en randvoorwaarden voor een financieringssysteem zijn opgenomen als specifieke voorstellen. De data van de code ‘prikkels’ bevatten eveneens 12 selectieve codes, geordend onder zowel psychologische als financiële prikkels. Ten slotte zijn de data van de randvoorwaarden selectief gecodeerd. Hieruit zijn 8 codes ontstaan, elk met een aantal subcodes. Voorbeelden van selectieve codes waren ‘sturing’, ‘monitoring’, of ‘verantwoording’. De gebruikte codes zijn te vinden in bijlage 3.

De analyse van deze data is tijdens een semi-gestructureerd interview voorgelegd aan een beleidsadviseur van de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten. De data zijn besproken en de visie van de participant is gevraagd over de mate waarin de aangereikte ideeën realistisch en haalbaar waren. Naar aanleiding van dit interview is besloten om het onderwerp van onderzoek verder in te kaderen en dicht bij de onderzoeksvraag te blijven. Concreet betekent dit dat alleen de data omtrent prikkels verder zijn verwerkt.

Uit de data van de code ‘prikkel’ en naar aanleiding van enkele gesprekken met collega’s van de Gemeente Utrecht is een model ontworpen om de resultaten van deze code te structureren. Het model is in deels gebaseerd op resultaten uit interviews. Daarnaast is het model onderbouwd met resultaten uit de documentenanalyse en wetenschappelijke literatuur. Het model is tevens in twee ongestructureerde interviews voorgelegd aan participanten van de Gemeente Utrecht om de bruikbaarheid ervan te toetsen en de interactie tussen verschillende elementen van het model te bespreken.

Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is vergroot door het gebruik van semi-gestructureerde interviews (Boeije, 2010). Doordat de interviews zijn afgenomen aan de hand van de topics, zijn in alle interviews dezelfde onderwerpen aan bod gekomen. Tevens is er bij de informanten navraag gedaan of zowel de interviewer als de informant een gelijke voorstelling van het besprokene hadden. De kans op sociaal wenselijke antwoorden is verkleind door te benadrukken dat de anonimiteit van informanten gewaarborgd zou worden in het onderzoek. Instellingen of informanten zijn dan ook niet herleidbaar naar aanleiding van uitspraken in het onderzoek. Om de betrouwbaarheid van de citaten en referenties te waarborgen zijn er geluidsopnamen van de interviews gemaakt. Ten slotte zijn de resultaten uit de interviews aan meerdere personen binnen de Gemeente Utrecht voorgelegd om met de onderzoeker mee te kijken of de gemaakte keuzes logisch en navolgbaar waren. Ook dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Om de validiteit van dit onderzoek te vergroten, is gebruik gemaakt van een combinatie van meerdere bronnen en dataverzamelingmethoden. Dit wordt ook wel het principe van triangulatie genoemd, waardoor aangetoond kan worden dat een bevinding ondersteund wordt door meerdere, onafhankelijke waarnemingen (Jick, 1979). De triangulatie in dit onderzoek kreeg vorm door uitspraken van verschillende informanten met elkaar te combineren. Tevens is onderzocht of de literatuur uit de documentenanalyse en de resultaten uit de interviews elkaar konden ondersteunen.

Resultaten

In de resultatensectie worden de bevindingen uit de dataverzameling beschreven en geïntegreerd om zo tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen. Ten eerste zijn de ervaringen van professionals met betrekking tot de huidige indicering en financiering in de Jeugd-GGZ uiteengezet. Vervolgens is een model ontwikkeld waarin de door professionals genoemde prikkels zijn uitgelegd en onderbouwd.

Resultaten ervaringen

Ervaringen indicering. Tijdens de interviews is besproken dat het stellen van een diagnose een vereiste is voor vergoeding van de zorg; een diagnose speelt dus een cruciale rol in de Jeugd-GGZ. Allereerst is het aspect van indicering besproken met de participanten met de vraag of het stellen van een diagnose altijd mogelijk is in probleemsituaties. Een aantal professionals reageerden hier bevestigend op: “Je kunt heel makkelijk een DSM erbij pakken en denken: Ja, dit past wel. Weet je, zo ingewikkeld is het niet” (Participant 4). Deze participanten gaven echter wel aan dat het niet in alle gevallen zo duidelijk is, soms is een classificatie diffuser. In de DSM wordt ruimte gelaten voor deze spreiding, bijvoorbeeld in de classificatie 'aanpassingsstoornis niet anderszins omschreven'. Tevens gaven een aantal van de participanten als verklaring dat zij in de gespecialiseerde GGZ werkten, waardoor de kinderen die zij zagen veelal dusdanige problemen hadden dat het als stoornis geclassificeerd kon worden. Ook gaf een van de participanten aan dat het stellen van een diagnose vaak wel mogelijk is, maar dat het de vraag is of dat ook daadwerkelijk aan de hand is of dat er wellicht sprake is van een momentopname. Hierbij is als voorbeeld genoemd dat een kind veel kenmerken kan vertonen van ADHD, maar dat het de vraag is of dat in het kind zit of dat de omgeving hierin een grote rol speelt. Een van de participanten gaf aan dat er veel te weinig diagnoses gesteld worden:

Mijn persoonlijke mening is dat er veel te weinig diagnoses uitrollen. Er is een hele trend van [kritiek op] overdiagnostiseren. Misschien is dat niet verstandig als er een zak geld aan hangt, maar voor het individu om te weten hoe die functioneert en waar het aan ligt is het wel heel erg handig om te weten.
(Participant 3)

Deze participant geeft aan dat het soms helpend kan zijn voor een gezin of een kind om te weten wat er aan de hand is. Dit argument noemen ook andere participanten. Duiden wat er aan de hand is met een kind kunnen de ouders als argument gebruiken voor dat het niet aan hén of aan hun opvoeding ligt.

Ook andere professionals gaven aan te twijfelen hoe schadelijk het is om een 'stickertje' te geven wanneer het kind daarmee geholpen kan worden. Het 'stickertje' kan namelijk aan het eind van een traject weer worden weggehaald, waardoor het kind toch de benodigde hulp heeft gehad. Hieruit bleek ook een moreel dilemma waar professionals tegenaan lopen:

En dan is het weer dat je denkt, dan kijk je naar het kind. Wat heeft het kind nodig? Dan denk ik ja oké, als ik nu zeg dat jij dat niet hebt, dan heb jij hier geen recht op... dan ontnem ik jou eigenlijk ook iets wat je wel kan krijgen, wat er wel is en waarvan je weet: dat zou je wat kunnen bieden. Maar ja, dat betekent dat iedereen voor zichzelf dat soort afwegingen gaat maken, dat is natuurlijk wel krom. (Participant 4)

Een andere participant merkte op dat dit spanningsveld tussen financiën en het recht op zorg dat ieder kind heeft, meer diagnoses in de hand werkt. Professionals moeten door het systeem denken in diagnoses in plaats van in problemen, waardoor ze bij twijfel een kind bijvoorbeeld een angststoornis geven om het kind maar te kunnen behandelen. Ook uit het onderzoek van Palm et al. (2008) bleek dat professionals liever redeneren vanuit wat een patiënt nodig heeft: ‘‘Om de patiënt zo goed mogelijk van dienst te zijn is het soms nodig om te redeneren wat de cliënt nodig heeft aan behandeling en daar dan een passende diagnose bij te plaatsen’’ (Palm et al., 2008, p. 68).

Meer dan de helft van de participanten gaf echter aan dat het stellen van een zuivere diagnose aan de hand van de DSM vaak niet passend is in probleemsituaties. Een van de participanten zei hierover:

De DSM 4, vooral voor jeugd, als diagnose-instrument vind ik het behoorlijk drijfzand. De comorbiditeit tussen ADD, ODD, CD, ook autistische dingen en soms ook wel stemming is bijna tachtig procent. Dus waar heb je het dan over om dat als diagnostisch instrument te gebruiken? (Participant 11)

Dit argument van comorbiditeit werd gedeeld door andere participanten, maar raakt ook aan het financieringsvraagstuk, wat in de volgende paragraaf zal worden behandeld.

Als ontwikkelopgaven gaven de participanten mee dat het belangrijk is dat ze naast het stellen van een diagnose ruimte moeten hebben voor een beschrijving van de diagnose in oorzaken en gevolgen. Tevens moet er een bewustwording zijn dat de diagnose slechts een stukje is van het geheel, het is niet los te zien van de omgeving. Ten slotte is een roep te horen om het bieden van een vergoeding voor zorg aan kinderen en gezinnen los te koppelen van een vereiste diagnose: ‘‘In principe ben ik ook niet altijd tegen een diagnose. Maar wel het systeem dat je een diagnose moet hebben om hulp te krijgen. Daar ben ik wel tegen, maar niet zozeer tegen een passende diagnose stellen’’ (Participant 7).

Ervaringen financiering. De ervaringen van professionals rondom de financiering van de huidige Jeugd-GGZ waren minder diffuus dan bij indicering: niemand van de participanten was positief over het huidige financieringssysteem, hierbij is voornamelijk gesproken over de DBC-systematiek:

Niemand is blij met de DBC, niemand. Het is een volledig uit de hand gelopen hobby, de psychiaters hebben denk ik een hele onhandige DBC-structuur gekozen, de psychiaters zélf, die hebben zich buiten de reguliere DBC gezet en die hebben de DSM tot bijbel verheven. En daar moeten we, ja we proberen er zo weinig mogelijk rekening mee te houden, maar het is een draak. (Participant 13)

Andere participanten bevestigden dit door te stellen dat het DBC-systeem niet hetzelfde is als een classificatiesysteem, maar dat het wel zo gemaakt wordt door zorgverzekeraars. Het classificatiesysteem is nooit bedoeld als vergoedingensysteem. Daarnaast merkten participanten voornamelijk op dat het financieringssysteem leidend is geworden boven de kwaliteit van zorg. Ook in het onderzoek van Palm et al. (2008) wordt besproken dat geld boven kwaliteit van zorg wordt gesteld: ‘Kwaliteit van zorg kunnen zij [zorgverzekeraars] moeilijk bewaken daarom storten zij zich helemaal op de kwaliteit van de registratie en de verslaglegging en wordt dat het sturende beginsel. Als de boekhouding klopt zal de rest ook wel goed zijn’ (Palm et al., 2008, p. 37). Tevens is door participanten van dit onderzoek de in de inleiding genoemde perverse prikkel naar aanleiding van de financiering door de DBC, nogmaals benoemd.

Uit de interviews bleek dat het huidige DBC-systeem niet toereikend is voor alle problematieken. Inhoudelijke kritiek van participanten op de financiering door middel van de DBC was bijvoorbeeld dat men kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP) niet kwijt kan in het systeem, zogenaamde KOPP- kinderen. Deze kinderen hebben wel hulp nodig, maar deze wordt niet vergoed op de DBC van de ouders. Aangezien het kind zelf geen diagnose heeft, wordt de zorg dus niet vergoed. Tevens zijn forensische diagnoses niet onder te brengen in een DBC, waardoor instellingen die hiermee werken in een DBC niet recht kunnen doen aan wat er daadwerkelijk aan de hand is. Ook is er in de DBC-systematiek geen vergoeding meer van de eerder genoemde ‘niet anderszins omschreven’ (nao)-categorieën en geen vergoeding van v-codes, waaronder bijvoorbeeld relatiestoornissen vallen.

Een ander inhoudelijk kritiekpunt van de gesproken professionals was dat de DBC-systematiek voor kinder- en jeugd GGZ minder bruikbaar is dan voor volwassenen. Bij

jeugdigen moet in de behandeling meer met ouders, school en de context gewerkt worden, waardoor een hulpverlener sneller door de minuten en het bijbehorende budget heen is. Daarnaast wordt er binnen dit budget geen ruimte meer gelaten voor indirecte tijd, zoals overleg met collega's. Ook dit wordt door de professionals als een gemis ervaren, omdat zij aangeven dat overleg van groot belang is om hun werk goed te kunnen doen.

Een laatste inhoudelijk kritiekpunt op de financieringssystematiek was dat er een indeling wordt gemaakt in diagnosegroepen, waardoor geen recht wordt gedaan aan complexiteit en de zorgbehoefte.

De zorg kan zoveel complexer zijn dan de diagnose doet vermoeden. En dat maakt de financiering in DBC soms heel lastig, want je kunt daar niet in ernst onderscheid maken, alleen in diagnosegroepen. En de ene persoon met Autisme is niet de andere en je kan ook meerdere diagnoses hebben en dat kan met elkaar interfereren en ingewikkeld maken. Dus een DBC is ook niet echt een... doet niet recht aan de complexiteit en de zorgbehoefte. (Participant 12)

Ook uit het onderzoek van Palm et al. (2008) blijkt dat niet alles in een DBC kan worden gevangen: "Alles moet passen in de DSM-categorieën terwijl dat niet altijd goed mogelijk is, daardoor ontstaat een schijnwerkelijkheid" (Palm et al., 2008, p. 61).

Naast inhoudelijke kritiekpunten op de financiering van de Jeugd-GGZ door middel van de DBC, hadden participanten ook kritiek op de inrichting van de systematiek door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars willen weten waar hun geld naartoe gaat, waardoor een beleid van controle en beheersing wordt gevoerd. Volgens de participanten werkt dit juist medicalisering in de hand en leidt dit tot veel administratiewerk en bureaucratie voor professionals. Zo ontstaan er twee werelden die niet goed op elkaar aansluiten. De wereld van de zorgverzekeraars en het door hen gevoerde beleid leidt tot frustratie en afhankelijkheid bij professionals:

En ja, dat voelt wel oneerlijk, en daar ga je wel een beetje gefrustreerd van raken. Maar omdat je iedere keer weer met nieuwe regels geconfronteerd wordt, waardoor je je werkwijze moet herzien, waardoor je niet ontmoedigd en teleurgesteld moet raken en jezelf weer even moet bedenken waar je het ook alweer voor deed: Oh ja, deze kinderen. (Participant 2)

Tijdens de interviews is tevens gevraagd of de participanten een alternatief voor het huidige DBC-systeem konden aanreiken, of werkzame elementen voor een nieuw systeem. Echter, één van de participanten gaf een duidelijk statement af over het huidige en eventueel nieuwe systeem: ‘‘ Ik denk dat wat je ook verzint, zolang je een eenheidsworst wilt plakken op een groep die zoveel onderlinge verschillen heeft, dat gaat nooit werken, wat je er ook op verzint’’ (Participant 12). Om toch een systeem te kunnen organiseren waarbij rekening kan worden gehouden met deze diversiteit, werd door meerdere participanten aangeraden om in het systeem ruimte te laten voor complexiteit en grijze gebieden. Zo is er gezegd dat een systeem bijvoorbeeld voor tachtig procent gestandaardiseerd kan worden, maar twintig procent vrij te laten voor invulling van de professional. Deze ruimte kan bijvoorbeeld gebruikt worden om comorbiditeit en restcategorieën een plaats te geven. Vervolgonderzoek is nodig voor verdere uitwerking hiervan.

Overwegingen diagnostiseren. Een laatste ervaringsvraagstuk dat tijdens de interviews aanbod is gekomen, was gericht op de overwegingen of externe druk die mee kan spelen in het wel of niet stellen van een diagnose. Hierbij ging het om overwegingen die zowel psychologisch (gericht op houding en gedrag) als financieel konden zijn.

Vier participanten stelden dat externe druk geen invloed had op het stellen van een diagnose. Enerzijds was dat te verklaren door de functie die ze hadden, namelijk meer voorin de keten van de Jeugd-GGZ. Anderzijds gaven beide vrijgevestigde participanten aan wel druk te voelen, bijvoorbeeld vanuit school, maar dat dit niet van invloed is op hun diagnostisch onderzoek.

De andere professionals gaven aan wel min of meer externe druk te voelen. Psychologische druk is voornamelijk afkomstig van ouders, scholen en jeugdzorg:

En eerlijk gezegd wordt je door jeugdzorg vaak bijzonder onder druk gezet om: Ja maar, jullie hebben geen diagnose gesteld dus moeten wij ook alles afsluiten. Dus niet eens voor ons soms financieel de prikkel, maar het feit je ziet een kind waarvan je weet: als we nu niets doen met z'n allen, dan heeft ie over 4 jaar wel een gedragsstoornis en dan zit ie in de jeugd-PIJ enzovoorts. (Participant 13)

Professionals gaven aan meestal niet toe te geven aan deze druk, maar dat deze overwegingen voornamelijk in de grijze gebieden een rol gaan spelen. Participanten benadrukken echter wel dat ‘‘je dingen niet anders maakt dan ze zijn, het is zoals het is’’ (Participant 14).

Deze psychologische overwegingen zijn nauw vervlochten met de financiële overwegingen die een rol kunnen spelen. Scholen zetten bijvoorbeeld druk omdat ze een diagnose nodig hebben voor een indicatie of RENN-4 onderwijs. De professionals ervaren hierin dan ook een spanningsveld tussen enerzijds het kind op een goede manier willen helpen, maar anderzijds hun instelling overeind willen houden.

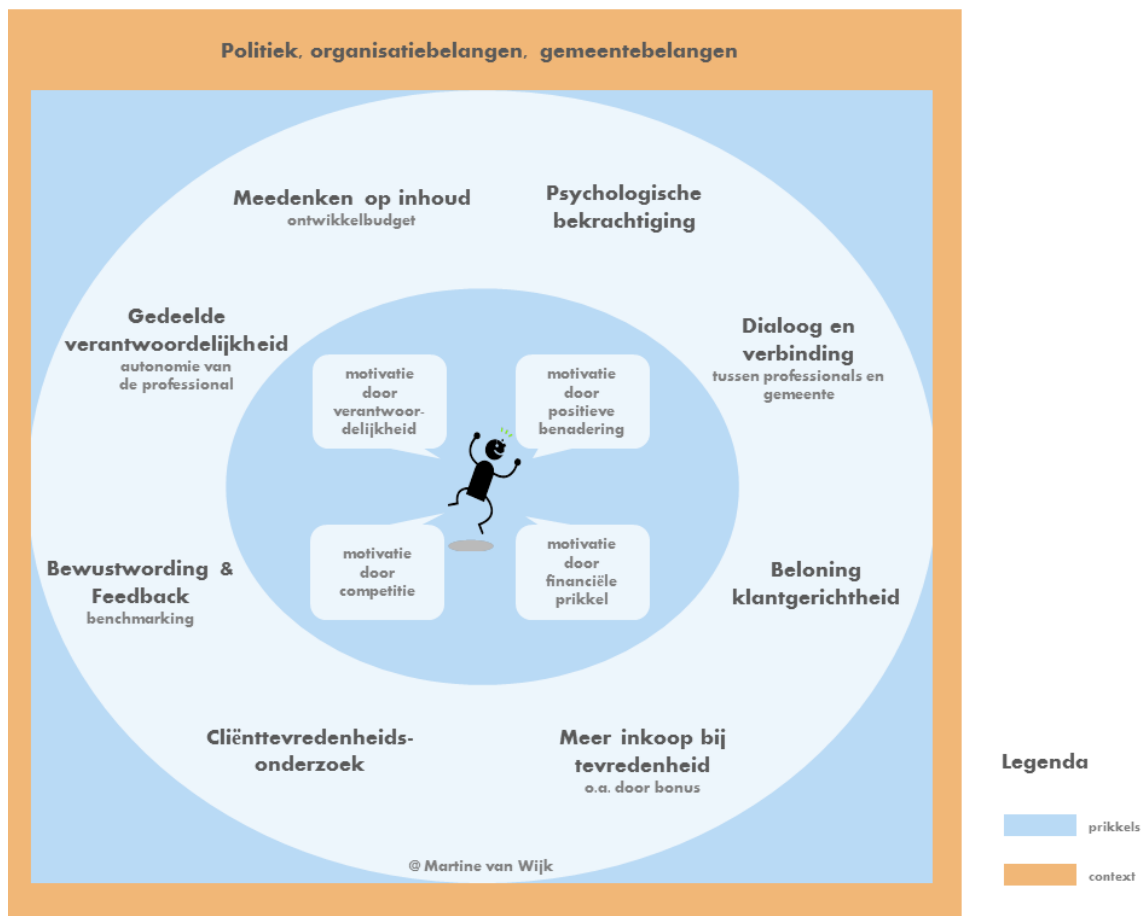
En dan wordt het classificatiesysteem beperkend in plaats van helpend. En het is nooit bedoeld geweest om op die manier zorg dan... recht te hebben op zorg. Maar daar is het nu wel toe verworpen en dat is natuurlijk wel heel gevaarlijk.
(Participant 12)

Samenvattend. Na bovenstaande weergave van resultaten kan samenvattend gesteld worden dat de ervaringen van professionals met indicering wisselend zijn: enkele participanten gaven aan dat ze weinig problemen ondervonden in het geven van een passende diagnose aan een kind; andere participanten gaven aan hier meer moeite mee te hebben, voornamelijk vanwege de financieringsdruk die erachter zit. Dit spanningsveld tussen financiën en het recht op zorg voor ieder kind zou meer of zwaardere diagnoses in de hand werken. De ervaringen van professionals met het financieringssysteem zijn minder diffuus: alle participanten gaven aan het huidige financieringssysteem door middel van de DBC-systematiek als negatief te ervaren. Argumenten hiervoor zijn dat het financieringssysteem leidend is geworden aan de kwaliteit van zorg en dat professionals een groot aantal problemen niet kwijt kunnen in het systeem, waarvoor dus geen vergoeding wordt verstrekt. Ook doet het DBC-systeem geen recht aan de complexiteit en zorgbehoefte in de Jeugd-GGZ. Ten slotte gaf een groot deel van de participanten in dit onderzoek aan externe druk te voelen in de overwegingen om wel of niet een diagnose te stellen. Deze druk is afkomstig van ouders, scholen en jeugdzorg en gaat voornamelijk een rol spelen wanneer de professional zelf twijfelt of een diagnose gerechtvaardigd is.

Resultaten model

Tijdens de interviews is aan professionals gevraagd hoe zij door een gemeente gemotiveerd kunnen worden, aan de hand van 'prikkel', om zich in te spannen voor efficiëntere en betere zorg voor jeugd. De antwoorden op deze vraag waren zowel psychologisch als financieel van aard. Psychologisch wil zeggen dat de motivatie voornamelijk afkomstig is van het krijgen van verantwoordelijkheid en een positieve benadering. Ook is er een aantal prikkels genoemd die te scharen zijn onder motivatie door

competitie. In figuur 1 zijn de door professionals genoemde prikkels weergegeven in een model.



Figuur 1. Weergave van prikkels welke motiveren om betere en efficiëntere zorg voor jeugd te leveren, genoemd door professionals.

Het model is gebaseerd op antwoorden van participanten in dit onderzoek. Mogelijke andere prikkels die een gemeente kan inzetten om te motiveren zijn in dit model niet opgenomen. Benadrukt dient te worden dat de gemeente het initiatief neemt op de prikkels, het gaat om het motiveren van professionals door gemeenten.

De tweede dimensie is de context waartoe alle prikkels zich verhouden. Hierbij valt te denken aan de politieke context, maar ook aan organisatie- en gemeentelijke belangen. In het vervolg van deze paragraaf worden de prikkels gedefinieerd en onderbouwd met resultaten uit dit onderzoek en wetenschappelijke literatuur.

Motivatie door positieve benadering. Uit de resultaten van de interviews bleek dat gesproken professionals behoefte hebben aan een positieve benadering door dialoog en verbindingen met de gemeente: ‘Volgens mij is het allerbelangrijkste dat je korte lijnen hebt, dat je contact hebt en elkaar begrijpt’ (Participant 2). Deze wederzijdse dialoog is volgens

participanten juist van belang in tijden van transformatie. Enerzijds moet de verbinding inhoudelijk gelegd worden, waarbij het erom gaat hoe organisaties zich mee kunnen bewegen in de transformatie. Anderzijds is de context van de transitie ook van belang: instellingen prefereren het gesprek over de transitie en transformatie aan te gaan met gemeenten, met de zekerheid dat ze over een jaar nog bestaan.

Een andere motivatie voor professionals om betere en efficiëntere zorg voor jeugd te bieden is psychologische bekrachtiging, waarbij het gaat om een waardering van expertise en professionaliteit:

Ik denk dat nu gebeurt tot nu toe is dat de boodschap steeds is: Wat er nu is, is niet goed genoeg. Dat is wat natuurlijk niet bedoeld wordt, maar dat is wel wat er doorheen sijpelt... Wat ik eigenlijk vind; het gaat om eigen kracht, maar ze zetten de mensen die het doen in hun gemeente niet in de eigen kracht. Dus als je het hebt over bekrachtiging, zou een beetje meer bekrachtigen natuurlijk psychologisch altijd helpend zijn. (Participant 7)

Ook uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat feedback en bekrachtiging effectieve methodieken zijn voor het bewerkstelligen van veranderingen in gedrag (Rollnick, Mason & Butler 1999). Motivationale krachten hebben een positieve invloed op de veranderbereidheid en het verandergedrag van zorgprofessionals. Emotionele betrokkenheid bij de verandering blijkt een sterk positief verband te hebben met veranderbereidheid (Roovers, 2008). Roovers (2008) suggereert dat deze emotionele betrokkenheid beïnvloed kan worden door in gesprek te gaan met professionals over de verandering. Hieruit blijkt het belang van dialoog en verbinding aangaan voor de veranderbereidheid van professionals.

Dit sluit ook aan op het gedachtegoed van de Hawthorne-experimenten (Mayo, 1933; Roethlisberger, 1941), waarin wordt gesteld dat de wens om gezien en gerespecteerd te worden het gedrag van medewerkers beïnvloedt. Tevens laat het 'kleurdenken'-raamwerk van De Caluwé en Vermaak (2004) zien dat het van belang is om mensen te motiveren en te inspireren om hen te verleiden tot het gewenste gedrag; mensen veranderen als ze iets terugkrijgen. Een positieve benadering door gemeenten kan wederkerig zijn aan de inspanningen die mensen leveren om te voorzien in betere en efficiëntere zorg.

Motivatie door verantwoordelijkheid. Een andere motivatie voor professionals om zich in te spannen voor betere en efficiëntere zorg heeft te maken met verantwoordelijkheid, zoals het

ontvangen van een ontwikkelbudget zodat ze mee kunnen denken op inhoud. Het gaat hierbij om een financiële vergoeding voor het meedenken op inhoudelijke thema's:

Ik zou het bijvoorbeeld heel erg leuk vinden om met de gemeente mee te denken op inhoud ... Aan de andere kant, instellingen moeten natuurlijk wel geld hebben om overeind te blijven, maar die professionals die prikkel je volgens mij met name door ze inhoudelijk mee te laten denken in bepaalde thema's ... maar zet die professionals bij elkaar en laat daar iets ontstaan ofzo en dan prikkel je denk ik die professionals. (Participant 14)

Het spanningsveld tussen inhoud en financiering kwam in het interview met bovengenoemde professional ter sprake. De participant zou graag inhoudelijk mee willen denken over de transformatie van de jeugdzorg, maar gaf aan daar in het huidige stelsel geen mogelijkheid voor te hebben omdat de DBC-structuur hier geen ruimte toe biedt. Omdat meedenken over de inhoud van zorg de primaire motivatie is, wordt deze prikkel geschaard onder psychologische motivering. Mogelijkerwijs kan het inhoudelijk meedenken door middel van een ontwikkelbudget de beleidsvervreemding van professionals, waar Tummers (2012) over spreekt, tegengaan.

Een laatste psychologische motivering voor professionals om zich in te spannen tot efficiëntere zorg is het dragen van een gedeelde verantwoordelijkheid voor de budgetten en de bezuiniging.

Dan zou je kunnen zeggen: oké, je hebt 100% geld, je krijgt nu 75% van dat geld voor dit jaar en daarmee moet je eigenlijk alle gezinnen en kinderen in Utrecht helpen ... Maar je hebt een prikkel van je moet met minder geld hetzelfde bereiken, dus je moet effectiever gaan werken. (Participant 11)

Een gedeelde verantwoordelijkheid kan professionals stimuleren in de opdracht waar gemeenten voor staan, namelijk efficiëntere zorg organiseren. Wanneer professionals gedeeld eigenaarschap krijgen over deze opdracht, wordt hun gevoel van autonomie versterkt. Verhaar (2012) betoogt dat autonome professionals die meer handelingsvrijheid hebben, betere resultaten leveren. Daarom pleit hij ervoor jeugdprofessionals vanuit het eigen krachtenidee te benaderen. Dit is in overeenstemming met Lipsky (1980), die stelt dat een bepaald niveau van autonomie de bereidheid van professionals om een beleid te

implementeren, verhoogt. Echter, aan deze autonomie zit wel een voorwaarde: Putters en Van der Grinten (2006) wijzen erop dat het geven van autonomie gepaard moet gaan met vertrouwen, omdat het anders onontkoombaar verwordt tot een grote en als zinloos ervaren verantwoordingslast. Ook uit het onderzoek van Van Wijk (2013) onder verpleegkundigen blijkt dat zorg in incidentele gevallen vraagt om afwijking van normen, waarbij vertrouwen op een professionele invulling van de autonomie door de zorgprofessional vereist is. Wanneer deze kennis wordt toegepast op Jeugd-GGZ professionals in een gemeente, kan ook gelden dat verantwoordelijkheid en autonomie gegeven moet worden aan professionals op basis van vertrouwen.

Motivatie door competitie. Naast de zojuist genoemde psychologische prikkels hebben participanten ook prikkels genoemd die geschaard kunnen worden onder motivatie door competitie. Een zogenoemde motivatie door competitie is cliënttevredenheidsonderzoek:

Nee ja, ga dan cliëntonderzoek doen en ga dan kijken hoe tevreden ze zijn. Dat lijkt me nog een eerdere prikkel dan die financiële. Je moet natuurlijk eerst dat doen om te kijken of het daadwerkelijk werkt wat je aan het doen bent, eer je daar een beloning voor krijgt. Ik bedoel: Pretenderen dat je op die manier werkt is toch echt iets anders dan dat je op die manier werkt. Dus wat dat betreft moet je dan natuurlijk terug naar de basis en moet je gaan vragen aan mensen: Voel je je nou hier geholpen? (Participant 2)

Bovengenoemde professional betoogt dat de financiële prikkel afhankelijk kan zijn cliënttevredenheid. Een andere participant gaf echter aan moeite te hebben met een financieel gevolg naar aanleiding van een cliënttevredenheidsonderzoek. Er zijn immers mensen die graag naar de GGZ doorverwezen willen worden, maar waarbij deze mate van specialistische zorg niet nodig is. Wanneer een professional toch doorverwijst zijn die mensen erg tevreden, maar is het de vraag of de professional een juiste keuze maakt in het leveren van goede zorg. Het tegenovergestelde kan ook het geval zijn, bijvoorbeeld wanneer een professional ervan overtuigd is dat een kind geholpen moet worden in de Jeugd-GGZ, maar het gezin weerstand biedt. De cliënten zullen ontevreden zijn over de hulp van de professional, terwijl deze in het kader van goede zorg verlenen wel een juiste keuze maakt. Dit laat zien dat het beter is om de financiering niet één op één te koppelen aan de tevredenheid van cliënten. Cliënttevredenheidsonderzoek kan echter wel aanleiding zijn om in gesprek te gaan met organisaties over de kwaliteit van zorg die ze leveren.

Bovenstaande argumentatie gaat eveneens op voor een andere prikkel die werd genoemd door professionals, namelijk bewustwording en feedback door bijvoorbeeld benchmarking. Een aantal professionals gaf aan dat ze door middel van benchmarking gestimuleerd kunnen worden in het leveren van betere en efficiëntere zorg voor jeugd. De benchmark is breder dan het eerder genoemde cliënttevredenheidsonderzoek, bijvoorbeeld door ook het aantal doorverwijzingen of succesvol afgesloten trajecten te onderzoeken. Hierbij is het van groot belang dat de maatschappelijke en sociale context wordt meegenomen in de beoordelingen van de cijfers. Van bepaalde wijken in Utrecht is bijvoorbeeld bekend dat daar meer GGZ problematiek is onder kinderen en jongeren dan in andere wijken (Van Wijk, 2014). Het zou daarom niet verrassend zijn als uit een benchmark ook blijkt dat er in die wijken meer doorverwijzingen zijn. Ook hieruit blijkt dat de benchmark een aanknopingspunt kan zijn voor gesprek.

Professionals geven aan dat inzicht in eigen handelen door middel van benchmarking kan dienen als bewustwording en feedback: ‘‘Maar dat je kritisch bent naar je eigen handelen, daar zou je iets voor moeten verzinnen hè. Je wilt dat mensen kritisch zijn en dat ze ook zich aanpassen’’ (Participant 6). Een soortgelijke vorm van directe terugkoppeling vindt volgens participanten in het huidige systeem niet plaats. Participanten geven aan dat terugkoppeling kan plaatsvinden over het aantal uren dat iemand heeft gewerkt, wat diegene heeft gedaan, hoeveel het heeft gekost en wat diegene moet doen om ervoor te zorgen dat de zorg beter wordt. Die terugkoppeling kan volgens participanten worden uitgedrukt in een rapportcijfer. Uit het groendruk-denken in raamwerk van De Caluwé en Vermaak (2006) blijkt dat spiegelen of een feedback gesprek een mogelijke interventie is om gedragsverandering op individueel niveau te bewerkstelligen. De auteurs stellen dat mensen veranderen wanneer ze bewust worden gemaakt van nieuwe zienswijzen of eigen tekortkomingen en wanneer ze gemotiveerd worden om nieuwe dingen te zien. De Caluwé en Vermaak (2006) geven echter ook aan dat een valkuil hierin is dat er teveel reflectie plaatsvindt of er geen harde uitkomsten zijn. Naast de inzet van benchmarking om professionals te motiveren, kan het ook een middel zijn voor gemeenten om een beeld te krijgen van het werkelijke kostenniveau van zorgaanbieders (KPMG, 2013).

Motivatie door financiële prikkel. Naast psychologische motivaties en motivatie door competitie, is er ook een aantal financiële prikkels genoemd door participanten.

Bij het belonen op klantgerichtheid werd door de betreffende participant genoemd dat een gemeente financiële ruimte biedt aan instellingen die klantgericht werken. Deze

financiële ruimte kan gebruikt worden voor gezinnen die minder goed bemiddeld zijn, zodat de instelling ook aan hen zorg kan leveren.

De prikkel van meer inkoop bij tevredenheid raakt aan de eerder genoemde benchmarking en cliënttevredenheidsonderzoeken. Echter, volgens een aantal participanten zou een financieel voordeel bij positieve uitkomsten wel degelijk een motivatie zijn om efficiëntere en betere zorg te leveren. Dit financiële voordeel kan direct gegeven worden, namelijk door middel van een bonus voor de instelling. Deze gewenste prikkel zal wellicht worden ingehaald door de realiteit en haalbaarheid, andere participanten vermoeden dat gemeenten geen directe bonussen zullen geven. Het geven van een bonus wordt in de handreiking sturing en bekostiging voor gemeenten (KPMG, 2013) wel als optie gegeven bij inkopen op resultaat. Resultaatafspraken kunnen worden gemaakt met instellingen, waarbij een bijbehorend budget en bonus/malus wordt vastgesteld op basis van de werkelijk behaalde resultaten (KPMG, 2013).

Volgens participanten zouden gemeenten in hun inkoopbeleid rekening kunnen houden met positieve uitkomsten van benchmarking en cliënttevredenheid, zoals nu al bij ziekenhuizen gebeurt:

Ik denk niet dat gemeenten zomaar een zak geld geven, maar ik denk wel... zo werkt het bij de zorgverzekeraar ook he, die maken natuurlijk inkoopafspraken en die kunnen best zeggen van goh, ik koop zoveel in bij ziekenhuis X en op de hoek koop ik iets meer in want die laten toch betere dingen zien als het gaat om eh, sterftecijfers of wat dan ook. Dus dat is, dat is niet zoveel nieuws. (Participant 5)

Andere professionals sluiten hierop aan door te zeggen dat motivering tegenwoordig al snel over geld gaat. Wanneer een gemeente bij een instelling meer inkoop omdat deze instelling onder andere goed scoort op de benchmark, betekent dit voor de instelling meer productie en dus meer geld. Zo wordt de beloning niet direct gegeven door een bonus, maar indirect wel door meer productie voor de instelling. Participanten geven aan hierdoor zelf ook gemotiveerd te raken tot het leveren van goede zorg, omdat meer inkoop ook voor henzelf meer baanzekerheid betekent. De prikkel van meer inkoop door tevredenheid, is een vorm van prestatiebekostiging. Een prestatie wordt gedefinieerd als het behaalde resultaat in relatie tot de daartoe gemaakte kosten en kan bijvoorbeeld gemeten worden middels de participatieladder of de zelfredzaamheidsmatrix (KPMG, 2013). Tevens ligt hier weer een verband met benchmarking, ook dit kan een basis zijn voor prestatiebekostiging. Nadelen van

deze vorm van bekostiging is dat het gemakkelijk leidt tot te veel of te weinig zorg of ondersteuning en innovatie geremd wordt (NYFER, 2013).

Context. In het model wordt een tweede dimensie weergegeven: de context heeft ook een grote invloed op de prikkels die een gemeente kan inzetten. Zowel organisatie- als gemeentelijke belangen kunnen een rol spelen, maar ook de politieke dimensie kan na de decentralisatie van de jeugdzorg van grote invloed zijn. Deze verschillende omgevingsdeterminanten worden eveneens genoemd door Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb (2006). De invloed van deze context op motivering van professionals bleek ook uit interviews met participanten:

Ik denk dat er [benchmarking] geen wetenschappelijk gevalideerd proces van te maken is, omdat er ook allerlei andere dingen bijkomen, wat hebben mensen voor ervaringen? Maar ook politieke dingen: Dat wethouders zeggen: 'ik wil een aanbieder bij mij in de buurt', hè. Dat eentje die verder weg zit vind ik slechter dan eentje die dichtbij zit. Misschien dat je een enorme regionalisering en een druk daarop krijgt. (Participant 16)

Deze participant betoogt dat de politieke context een grote invloed kan hebben op de manieren waarop een gemeente haar professionals motiveert. Wanneer een gemeente besluit in te kopen aan de hand van positieve resultaten op de benchmarking, blijkt de lokale politiek ook een rol te kunnen gaan spelen bij de inkoop.

Brug, Van Assema en Lechner (2007) betogen dat individueel gedrag vaak is ingebed in één of meerdere omgevingsniveaus. Ook Mullen, Mains en Velez (1992) benadrukken het belang van de omgeving bij het veranderen van gedrag. Zij betogen dat mensen uitgerust moeten worden met middelen om verandering te bewerkstelligen en barrières weggenomen moeten worden die de verandering in de weg staan. Alleen op deze manier kan aan mensen geleerd worden hoe zij hun gedrag kunnen veranderen. Dit proces wordt facilitering genoemd en heeft vaak tot gevolg dat omgevingscondities veranderen (Brug, van Assema & Lechner, 2007).

De context kan de reactie van professionals op prikkels beïnvloeden, maar dit geldt ook voor prikkels onderling. Om deze reden zijn de prikkels in model 1 in een cirkel weergegeven, waardoor de interactie tussen de prikkels onderling is aangegeven. In de discussie wordt hier uitgebreider op ingegaan.

Samenvattend. De beschreven resultaten laten zien dat de participanten hebben aangegeven op verschillende manieren gemotiveerd te kunnen worden om tot efficiëntere en betere zorg voor jeugd te komen. Deze motivaties kunnen worden opgedeeld in motivatie door positieve benadering, verantwoordelijkheid, competitie of financiële prikkel. De door professionals genoemde prikkels zijn weergegeven in een interactief model, waarin ook de context is meegenomen.

Conclusie

De ervaringen van Utrechtse professionals rondom indicering en financiering in de Jeugd-GGZ en de manier waarop zij gemotiveerd kunnen worden is onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: *‘Hoe ervaren professionals de huidige financiering en indicering in de Jeugd-GGZ en hoe kunnen zij in de toekomst geprikkeld worden om efficiëntere en betere zorg voor jeugd te bieden aan kinderen en gezinnen?’*

Ten eerste kan geconcludeerd worden dat professionals in de gemeente Utrecht wisselende ervaringen hebben met indicering in de Jeugd-GGZ. De ervaringen met financiering daarentegen waren, zonder uitzondering, negatief. Uit dit onderzoek is gebleken dat deze twee begrippen nauw met elkaar samenhangen. Bij het vragen naar de ervaringen van professionals met indicering, kwam vaak het vergoedingensysteem ter sprake. In het systeem blijkt een spanningsveld te zitten tussen het recht op zorg voor ieder kind en de bijbehorende vergoeding. Participanten gaven aan dat het financieringssysteem leidend is geworden boven de kwaliteit van zorg. Hierdoor ontstaan morele dilemma's voor professionals, vooral in de grijze gebieden: namelijk het bieden van de zorg waarvan de professional denkt dat die nodig is, hoewel daarmee niet op de juiste wijze wordt omgegaan met het systeem. Of het systeem volgen en daarmee het kind niet de zorg geven die de professional nodig acht. Ook externe druk van ouders, scholen en jeugdzorg spelen hier veelal een rol.

Ten tweede kan geconcludeerd worden dat professionals door gemeenten op verschillende manieren geprikkeld kunnen worden om aan jeugdigen betere en efficiëntere zorg te bieden. De door professionals genoemde prikkels kunnen ingedeeld worden verschillende motivaties: door verantwoordelijkheid, door een positieve benadering, door competitie en ten slotte door financiële prikkels. Bij de prikkels is een belangrijk uitgangspunt dat het gemeente initiatief neemt tot het motiveren van professionals. Het gevolg is dat professionals, naar eigen zeggen, betere en efficiëntere zorg kunnen gaan leveren.

De psychologische prikkels gaan voornamelijk over motivatie door verantwoordelijkheid of motivatie door een positieve benadering. Onder motivatie door een positieve benadering valt psychologische bekrachtiging of dialoog en verbinding aangaan door een gemeente met professionals uit het veld. Met motivatie door verantwoordelijkheid wordt bedoeld dat een gemeente aan de professionals een gedeelde verantwoordelijkheid geeft in de zorg voor jeugd door een beroep te doen op de autonomie van de professional. Ook zouden professionals graag meedenken op inhoud tijdens dit proces van transitie en transformatie. Hierdoor kunnen ze ook gemotiveerd worden om betere en efficiëntere zorg te leveren.

Naast psychologische motivaties, kunnen professionals ook worden gemotiveerd door competitie. Deze competitie kan bijvoorbeeld door middel van benchmarking of cliënttevredenheidsonderzoek ingezet worden. De gevolgen van deze prikkels kunnen tweeledig zijn: enerzijds kan het resultaat van de benchmark verband houden met de hoogte van financiering door een gemeente, bijvoorbeeld door een bonus/malus of meer/minder inkoop bij de instelling. Anderzijds kan het resultaat van de benchmark ook psychologisch van aard zijn, bijvoorbeeld wanneer een positief resultaat op cliënttevredenheid leidt tot psychologische bekrachtiging van de professionals.

Ten slotte spelen financiële prikkels een rol bij professionals om gemotiveerd te worden tot efficiëntere en betere zorg voor jeugd. Deze financiële prikkel kan rechtstreeks worden gegeven door een gemeente, door bijvoorbeeld te belonen op klantgerichtheid. Ook indirect kan deze financiële prikkel worden gegeven, bijvoorbeeld door meer zorg in te kopen bij een zorgaanbieder die goede resultaten behaalt.

De genoemde prikkels staan niet op zichzelf, maar staan in verband met elkaar en de omgeving. Dit wordt verder uitgewerkt in de discussie.

Discussie

In het ingebrachte model staan prikkels beschreven waardoor professionals gemotiveerd kunnen raken om betere en efficiëntere zorg voor jeugd te leveren, volgens eigen zeggen van participanten. De verschillende elementen uit het model zijn reeds onderbouwd met citaten uit de interviews en met wetenschappelijke literatuur. Het model raakt op hoofdlijnen echter ook aan wetenschappelijke theorieën over gedragsverandering.

Volgens het ASE-model van De Vries, Dijkstra en Kuhlman (1988) wordt gedrag verklaard vanuit de intentie om dat gedrag te vertonen. Deze intentie wordt verklaard vanuit drie hoofddeterminanten: attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteitsverwachting. Met attitude wordt de kennis of opvatting die men heeft ten aanzien van het gewenste gedrag

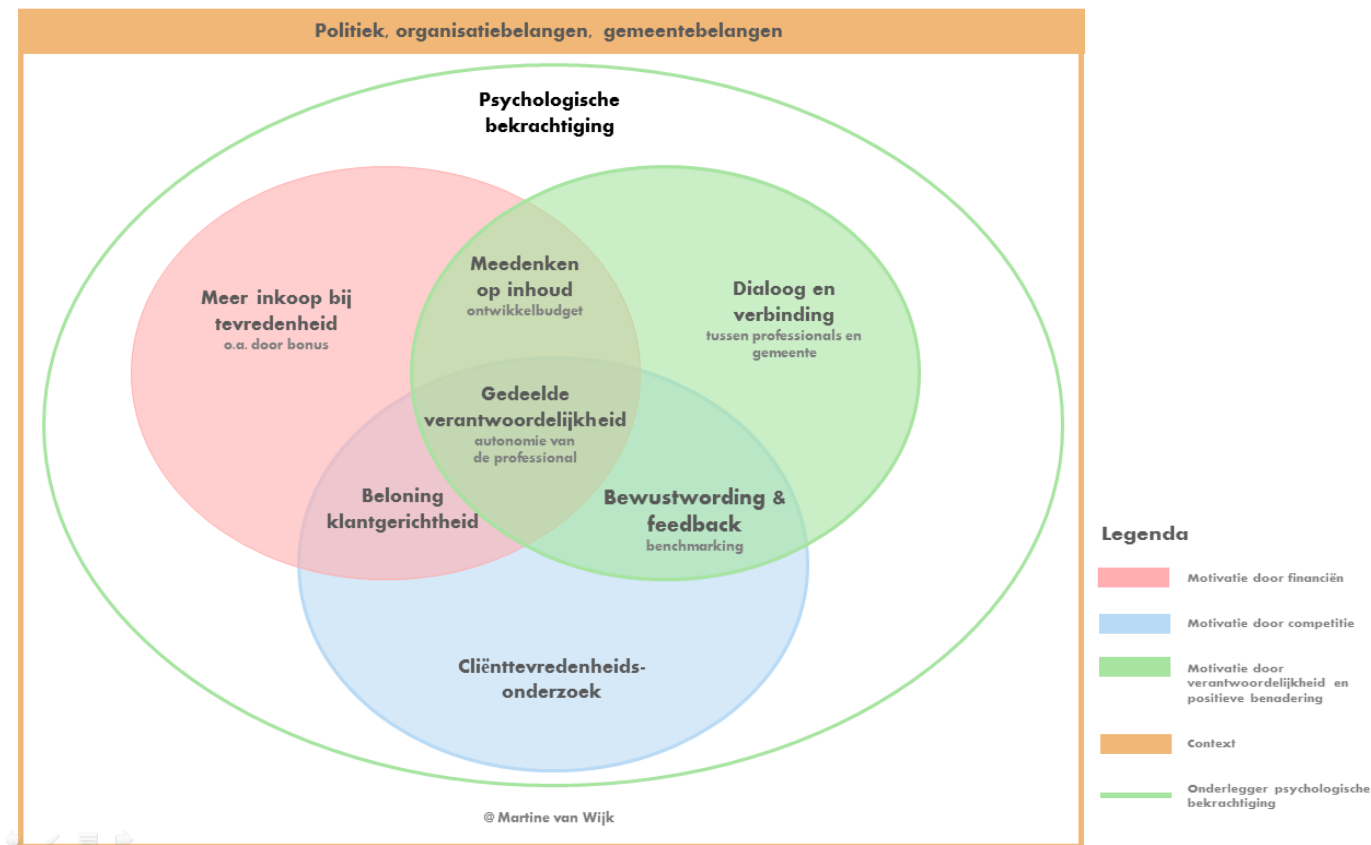
bedoeld. Sociale invloed of subjectieve norm gaat over directe invloeden van anderen op het gedrag van individuen en omvat sociale druk, sociale steun en modelling (Fishbein & Azjen, 1975). De derde determinant is het door Bandura (1986) geïntroduceerde concept van eigen-effectiviteitsverwachting. Dit staat voor de mate waarin iemand verwacht het gewenste gedrag uit te kunnen voeren. Ook omgevingsfactoren en vaardigheden worden in dit model meegenomen (De Vries, Dijksta en Kuhlman, 1988).

Wanneer de theorie van het ASE-model toegepast wordt op dit onderzoek, kan gesteld worden dat het van belang is om zowel de attitude als de eigen-effectiviteitsverwachting van professionals in de Jeugd-GGZ positief te beïnvloeden. Volgens Conner & Norman (2005) zijn dit namelijk de belangrijkste voorspellers van gedragingen. De gewenste gedragsverandering in de zorg voor jeugd is dat professionals in de Jeugd-GGZ betere en efficiëntere zorg gaan leveren. Wanneer een gemeente hierop in zou willen spelen, zou ze bijvoorbeeld de prikkel van psychologische bekrachtiging in kunnen zetten, welke een positieve attitude van professionals kan bewerkstelligen. Tevens is autonomie is positief gerelateerd aan eigen-effectiviteitsverwachting (Sousa, Coelho & Guillamon-Saorin, 2012). Een gemeente kan inzetten op autonomie van de professional door hen een gedeelde verantwoordelijkheid te geven in de transformatie. Wanneer professionals meer autonoom worden benaderd, zal hun eigen-effectiviteitsverwachting toenemen, wat in een positieve intentie tot gedragsverandering resulteert.

Echter, bovenstaande voorbeelden en in het model genoemde prikkels staan niet op zichzelf. Zoals eerder is beschreven, speelt de context een grote rol. Ook onderling kunnen prikkels elkaar beïnvloeden, de elementen in het model kunnen interacteren met elkaar.

Interactiemodel

Het in het resultatendeel ingebrachte model is geen enkelvoudig model; de elementen in het model kunnen interacteren met elkaar of de omgeving, zie figuur 2.



Figuur 2. Weergave van de samenhang tussen prikkels en de context.

De aanleiding voor bovenstaand model was een van de ongestructureerde interviews, waarin de participant zich hardop afvroeg of competitie en een beloning zonder elkaar kunnen. Na enig doorvragen en -redeneren is de samenhang tussen de verschillende prikkels duidelijker geworden. Zoals uit bovenstaand model blijkt, is elke genoemde prikkel te scharen onder een, twee of zelfs drie verschillende motivaties.

Een gemeente kan sturen op prikkels waardoor professionals op één manier gemotiveerd kunnen worden. Wanneer bijvoorbeeld gestuurd wordt op meer inkoop bij tevredenheid, wordt aanspraak gedaan op een financiële motivatie. Wanneer een gemeente dialoog en verbinding aangaat met professionals, is de motivatie voornamelijk psychologisch, de professional wordt gemotiveerd door een positieve benadering. Ten slotte kan een gemeente een cliënttevredenheidsonderzoek laten uitvoeren, zonder daar verdere gevolgen aan te verbinden. In dit geval is de motivatie voor de professional enkel competitie, een zo goed mogelijk resultaat behalen in het onderzoek.

Echter, door op de prikkel beloning op klantgerichtheid in te zetten, worden twee verschillende motivaties aangesproken, namelijk motivatie door competitie en motivatie door financiën. De professional wil bijvoorbeeld een goed resultaat halen op een

cliënttevredenheidsonderzoek en daarvoor beloond worden. De financiële beloning wordt in zo'n geval gegeven naar aanleiding van resultaten op een cliënttevredenheidsonderzoek. Ook bij het meedenken op inhoud door middel van een ontwikkelbudget worden twee motivaties aangesproken, namelijk een psychologische motivatie van verantwoordelijkheid en dialoog, maar ook een financiële motivatie. Professionals worden gemotiveerd doordat ze worden betrokken bij inhoudelijke ontwikkelingen in het veld, maar deze motivatie dient te worden ondersteund met financiën om het meedenken mogelijk te maken. Een laatste prikkel waardoor twee verschillende motivaties worden aangesproken is door in te zetten op bewustwording en feedback. Een middel om bewustwording te creëren is benchmarking. Naar aanleiding van de benchmark kan feedback worden gegeven. Enerzijds is hierin motivatie door competitie te zien, namelijk het inzetten van een benchmark. Anderzijds zit in bewustwording en feedback een psychologisch element, dit kan voornamelijk motiverend werken wanneer professionals positief wordt benaderd.

Ten slotte blijkt een van de genoemde prikkels alle drie de motivaties aan te spreken, namelijk de prikkel van gedeelde verantwoordelijkheid. Dit kan een gedeelde verantwoordelijkheid zijn voor financiën, bijvoorbeeld een professional die mede verantwoordelijk is voor het juist inzetten van budgetten. Deze gedeelde verantwoordelijkheid gaat ook over motivatie door competitie, de professional is mede verantwoordelijk voor een goede uitkomst op bijvoorbeeld cliënttevredenheidsonderzoeken, zij dienen immers kwalitatief goede zorg te leveren. Ten slotte heeft deze gedeelde verantwoordelijkheid verband met een positieve benadering, het gaat hierbij om het vergroten van de autonomie van de professional. Eerder in dit onderzoek is al gesteld dat professionals die meer autonoom worden benaderd en meer handelingsvrijheid hebben, betere resultaten leveren (Verhaar, 2012).

Uit de resultaten van de interviews en het model dat ingebracht is, blijkt dat psychologische bekrachtiging een belangrijke onderlegger is voor het motiveren en prikkelen van professionals. Deze psychologische bekrachtiging dient het uitgangspunt te zijn in alle vormen van sturen door een gemeente.

Ten slotte laat figuur 2 zien dat dat ook de context van invloed is op de verschillende prikkels, zoals beschreven in het resultaatendeel. Echter, prikkels kunnen ook de context beïnvloeden: door bijvoorbeeld als gemeente en professionals in gesprek te gaan, kunnen gemeentelijke- en organisatiebelangen veranderen.

Aanbevelingen

Wetenschap. Dit onderzoek kent zowel krachten als beperkingen. Het ingebrachte model is gebaseerd op resultaten uit 18 interviews en onderbouwd met literatuur. Echter, wetenschappelijke validering is beperkt gewaarborgd. Vervolgonderzoek zou dan ook moeten uitwijzen of het model voldoende wetenschappelijk valide is, zowel voor de inhoud en achtergrond van de genoemde prikkels als de veronderstelde interactie tussen prikkels. Ook zijn in het model alleen de prikkels weergegeven die door participanten van dit onderzoek zijn genoemd. Wellicht zijn er meer manieren waarop professionals gemotiveerd kunnen worden, ook dit is een aandachtspunt voor vervolgonderzoek. Ten slotte kan vervolgonderzoek uitwijzen of het model in andere sectoren dan de Jeugd-GGZ van toepassing kan zijn.

In het model wordt gesteld dat motivatie door competitie een prikkel is. De vraag is echter of deze prikkel op zichzelf kan staan. Werkt competitie zonder beloning? Waarschijnlijk is dit niet het geval. Wanneer cliënttevredenheidsonderzoek of een benchmark wordt ingezet zonder daar gevolgen aan te verbinden, wordt dit al snel gezien als bureaucratie en dit heeft waarschijnlijk een negatieve invloed op de motivatie van de professional. Een beloning kan zowel financieel als psychologisch van aard zijn. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of deze genoemde prikkels van competitie op zichzelf kunnen staan. Aansluitend hierop is het inrichten van een goede benchmark aandachtspunt voor vervolgonderzoek.

Tijdens de interviews is tevens gevraagd of de participanten een alternatief voor het huidige DBC-systeem konden aanreiken, of werkzame elementen voor een nieuw systeem. Hier kwamen een aantal alternatieven uit die in vervolgonderzoek verder onderzocht dienen te worden.

Beleidspraktijk. Uit dit onderzoek blijkt dat een gemeente verschillende mogelijkheden heeft in het motiveren van professionals. Zo kan gemeente professionals prikkelen door verschillende motivaties aan te spreken, namelijk motivatie door competitie, door financiën of door psychologische motivatie. Bij het kiezen voor een bepaalde manier van motiveren is het dan ook van belang om goed te kijken welke prikkel het beste aansluit bij de gewenste motivering. Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan voor de beleidspraktijk.

Ten eerste blijkt uit dit onderzoek dat psychologische motivering het uitgangspunt is waardoor professionals in de Jeugd-GGZ gemotiveerd kunnen worden. Wanneer een gemeente professionals wil stimuleren om betere en efficiëntere zorg voor jeugd te verlenen, dient deze psychologische bekrachtiging de basis te zijn. Opgemerkt kan worden dat sturen

door inzet op psychologische bekrachtiging van professionals in de Jeugd-GGZ tegengesteld is aan de huidige benadering van de zorgverzekeraars. Zoals uit dit onderzoek en eerdere onderzoeken blijkt, ervaren professionals de houding van zorgverzekeraars als wantrouwend, onder andere door hun beleid van controle en beheersing. De uitdaging voor gemeenten is dan ook om zich te organiseren als tegenhanger hiervan door in dialoog te treden met professionals en het vergroten van diens vertrouwen en autonomie. In de handleiding sturing en bekostiging van KPMG (2013) wordt gesproken over strategisch partnerschap:

Een strategisch partnerschap kenmerkt zich door intensieve samenwerking om uit te vinden welk aanbod nodig is, welke opbouw dat moet kennen en welke kosten daarbij horen. Gemeenten schakelen regelmatig met aanbieders om samen te leren van de praktijk en plannen bij te stellen ... Dit betekent ook, dat gemeenten initieel minder inzetten op rechtstreekse concurrentie tussen aanbieders, omdat via een samenwerking met alle partners sneller zaken voor elkaar te krijgen zijn. Gemeenten moeten dan wel op een andere manier aanbieders prikkelen, bijvoorbeeld door middels benchmarks de prestaties zichtbaar te maken en daarover in gesprek te gaan met aanbieders. Tevens benadrukt de werkgroep, dat de gemeente middels een intensieve relatie ook impact heeft op cultuur en gedrag bij aanbieders, bijvoorbeeld door persoonlijke interventies, relatieopbouw en het aanspreken van aanbieders op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Feitelijk is dat ook een vorm van, zeer nuttige, sturing. (KPMG, 2013, p. 89)

Bovenstaand citaat sluit goed aan bij de resultaten van dit onderzoek door uit te gaan van samenwerking en dialoog. Dit strategisch partnerschap lijkt een goede basis te zijn voor motivering van professionals tot betere en efficiëntere zorg voor kinderen en gezinnen.

Ten tweede laat dit onderzoek verschillende concrete manieren zien om professionals psychologisch te motiveren: in dialoog gaan, psychologisch bekrachtigen, inhoudelijk mee laten denken en een gedeelde verantwoordelijkheid geven in de transitie en transformatie. De laatst genoemde psychologische motivatie behoeft nadere uitwerking. Professionals gaven tijdens de interviews aan dat een omslag nodig is naar gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten én professionals over de zorg voor jeugdigen en de bezuinigingen die hiermee gepaard gaan. De vraag is echter hoever deze gedeelde verantwoordelijkheid kan reiken. De financiële verantwoordelijkheid is namelijk in het verleden nog nooit bij professionals gelegd. Dit kan verband hebben met wantrouwen van de zorgverzekeraars. Echter, tijdens de

interviews viel op dat professionals vaak geen adequaat antwoord hadden wanneer gevraagd werd naar efficiëntere zorg en de motivatie hiertoe. Het lijkt erop dat professionals in eerste instantie vooral vanuit inhoudelijk oogpunt naar zorg kijken, maar nauwelijks kostenbewust. Dit kan verklaard worden doordat deze vraag naar efficiëntie een andere manier van denken vraagt van professionals: tijdens hun werkzaamheden is het zorgen voor en ondersteunen van gezinnen en kinderen de prioriteit. Ook zullen financiën niet de primaire focus zijn van professionals, dat kan immers ook de kwaliteit van zorgverlening in de weg staan. Zoals ook is beschreven in de inleiding, is het van belang dat een professional een puur professionele afweging kan maken over de zorg die een kind nodig heeft, zonder dat financiële of politieke overwegingen een rol spelen (Dullaert, 2013). Toch is een gedeelde verantwoordelijkheid wel van belang om zo te voorkomen dat de inhoud en financiën los van elkaar komen te staan. Naast de autonomie van de professional, is ook controle en transparantie nodig om goede zorg te waarborgen. Een aandachtspunt is dan ook hoe een goede balans gevonden kan worden tussen de verantwoordelijkheid van professionals als zorgverlener en die van gemeenten als opdrachtgever.

Ten derde blijkt uit dit onderzoek dat het inzetten van benchmarking of cliënttevredenheidsonderzoek eveneens een motivatie kan zijn voor professionals. Van belang hierbij is dat een gemeente een vervolg verbindt aan deze prikkels. Een gevolg van een benchmark kan een gesprek tussen een gemeente en een zorgaanbieder zijn over de resultaten van de benchmark. De benchmark dient dan als bewustwording en feedback. Tevens kan een gevolg financieel van aard zijn: naar aanleiding van goede resultaten op bijvoorbeeld een benchmark koopt de gemeente meer in bij de betreffende zorgaanbieder. De keerzijde hiervan wordt echter niet genoemd door professionals, ze lijken niet afgerekend te willen worden op slechte resultaten. Van belang is hierbij ook dat benchmarking en cliënttevredenheidsonderzoek in hun context moeten worden gezien. Wanneer een instelling slecht scoort op een cliënttevredenheidsonderzoek, hoeft dit niet te betekenen dat de instelling slechte zorg levert. De instelling kan bijvoorbeeld een zwaar cliëntenbestand hebben waarin veel gezinnen voorkomen die gedwongen hulpverlening krijgen. Het is dan aannemelijk dat deze cliënten niet tevreden zijn over de instelling. Een gemeente moet daarom benchmarking of cliënttevredenheidsonderzoek niet enkel leidend laten zijn in dialoog of financiering, maar ook het verhaal achter de cijfers kennen. Het aangrijpingspunt dient het gesprek te zijn, de vertaling van het gesprek kan worden uitgedrukt in financiën.

Een vierde aanbeveling aan gemeenten is dat een puur financiële beloning in de vorm van een bonus in eerste instantie achterwege gelaten kan worden. Uit de interviews blijkt dat

dit lang niet voor alle professionals motiverend is. Wellicht werkt een bonus voor vrijgevestigde Jeugd-GGZ professionals motiverender, aangezien zij hier directer profijt van hebben dan de professionals die in een instelling werken. Echter, de meeste professionals gaven aan dat ‘ze geen psycholoog zijn geworden vanwege het geld wat ermee te verdienen is, dan hadden ze beter iets anders kunnen zoeken’. Uiteindelijk is het leveren van goede zorg voor kinderen en gezinnen immers de belangrijkste motivatie voor professionals.

Referenties

- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., & Walker, R. M. (2007). Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis. *Public Administration*, 85, 9-26.
- Alegria, M., & McGuire, T. (2003). Rethinking a universal framework in the psychiatric symptom-disorder relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 257-274.
- Bakker, P., & Jansen, P. (2012). *Generalistische Basis GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Enschede: Bureau HHM.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning health promotion programs; an Intervention Mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Batstra, L. & Frances, A. (2012). Diagnostic inflation causes and a suggested cure. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 474-479.
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., van Tol, D., Pijl, P. J., & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 492-494. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Bosselaar, J. H. (2005). *De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid: voorwaarden en risico's*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Coles, C. (2002). Developing professional judgment. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 3-10.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). Predicting health behaviour: A social cognition approach. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour*. Berkshire: Open University Press.
- DBC Onderhoud (2013). Factsheet: De DBC-systematiek in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: DBC Onderhoud.
- De Caluwé, L., & Vermaak, H. (2004). An overview of change paradigms. *Organisational Development Journal*, 22, 9-18.
- De Caluwé, L., & en Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen, een handboek voor de veranderkundige*. Deventer: Kluwer.

- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study Y2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203- 213.
- De Ruyter, A., Kirkpatrick, I., Hoque, K., Lonsdale, C., & Malan, J. (2008). Agency working and the degradation of public service employment: The case of nurses and social workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 432-445.
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- Dullaert, M. (2013). *Brief aan de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Ontleend aan: <http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/20131008BrieCieVWSdecentralisatie.pdf>
- Duyvendak, W. G. J., Knijn, T., & Kremer, M. (Eds.) (2006). *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior*. New York: Wiley.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Gemeente Utrecht (2013). *Transformatie Zorg voor jeugd. Uitvoeringsplan 1e fase: van kaders naar inrichten, naar uitvoeren*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- GGZ Nederland (2010). *Factsheet specialistische Jeugd-GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611.
- Kindermans, G. (2008). Op hol geslagen transparantie. De wondere wereld van de DBC's. *De Psycholoog*, 9, 491-494.
- Kindermans, G. (2013). DBC declareren in de praktijk. Zwart-wit of grijs? *De Psycholoog*, 12, 58-64.
- Kirk, S., & Hsieh, D. K. (2004). Diagnostic consistency in assessing conduct disorder: An experiment on the effect of social context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 43-55.
- KPMG (2013). *Handreiking sturing en bekostiging van de tweedelij. Knoppen voor inrichten, prikkelen en beheersen*. Breukelen: KPMG Plexus.
- 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 an re-professionalisation in care and welfare.

Amsterdam: Amsterdam University Press.

Leffers, F. C. & Emons, T. (2008). Marktwerking ontzielt ggz. *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12, 38-39.

Leffers, F. C., Emons, T. & Klaver, C. (2008a). *Als de handtekening maar goed is*. Ontleend aan:

http://www.deggzlaatzichhoren.nl/archief/artikel_20080705_als_de_handtekening_maar_goed_is.pdf

Leffers, F. C., Emons, T. & Klaver, C. (2008b). Ggz-professionals laat u horen! *De Psycholoog*, 11, 646-648.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation.

LPGGZ (2014a). *Zwarte dag in de ggz: kinderen verliezen recht op zorg*. Ontleend aan:

<http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni002575>

LPGGZ (2014b). *Kind met psychische aandoening verliest recht op zorg in nieuwe Jeugdwet*.

Ontleend aan: <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/persberichten-2014/persbericht-advertentiecampagne.pdf>

Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. New York: Mac Millan.

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

Mullen, P. D., Mains, D. A., & Velez, R. (1992). A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Education and Counseling*, 19, 143-162.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Marktscan en beleidsbrief. Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008-2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NYFER (2013). *Sturen op uitkomsten in de Wmo. Investeren in maatschappelijke participatie*. Utrecht: NYFER.

Oostenbrink, J. B., & Rutten, F. F. H. (2006). Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case-mix system. *Health Care Management Science*, 9, 287-294. doi:10.1007/s10729-006-9096-y

Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Van Egmond, V., 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.

- Pottick, K. J., Kirk, S. A., Hsieh, D. K., & Tian, X. (2007). Judging mental disorder in youths: Effects of client, clinician, and contextual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 1-8.
- Putters, K., & Van der Grinten, T. (2006). Nieuwe bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg en de rol van de overheid. *Bestuurskunde 2*, 44-52.
- Rijksoverheid (2006). De productstructuur DBC GGZ. Utrecht: Rijksoverheid.
- Rijksoverheid (2013). Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet. Den Haag: Rijksoverheid.
- RMO (2008). *De ontkokering voorbij: Slim organiseren voor meer regelruimte*. Amsterdam: SWP.
- RMO (2011). *Briefadvies bevrijdend kader voor de jeugdzorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (2012a). *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO (2012b). *Tegenkracht organiseren. Lessen uit de kredietcrisis*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Roethlisberger, F. J. (1985). *Management and morale*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. London: Churchill Livingstone.
- Roovers, W. (2008). *De veranderbereidheid van zorgprofessionals. Een casestudy binnen PsyQ Rijnmond*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Sousa, C. M. P., Coelho, F., & Guillaumon-Saorin, E. (2012). Personal Values, Autonomy, and Self-efficacy: Evidence from frontline service employees. *International Journal of Selection and Assessment, 20*, 159-170.
- Tummers, L. G. (2010). *De bereidheid van GGZ-zorgprofessionals om te werken met DBC's. Eerste resultaten van een onderzoek onder 1.300 zorgprofessionals*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Tummers, L. G. (2012). *Policy Alienation. Analyzing the experiences of public professionals with new policies*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Tummers, L. G., Bekkers, V. J. J. M., & Steijn, A. J. (2009). Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context. *Public Management Review, 11*, 685-706.
- Van Gastel, M. P. (2012). *Gemeenten aan zet. Twee wegen naar ggz voor zorggezinne*. Den Haag: ABDTOPConsult.

- Van der Linden, A. P., Ten Siethoff, F. G. A., & Zeijlstra-Rijpstra, A. E. I. J. (2009). *Jeugd en recht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van de Pol, F. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 1095-1107.
- Van Thiel, S. (2007). *Bestuurskundig Onderzoek, een Methodologische Inleiding*. Coutinho: Bussum.
- Van Wijk, A. L. (2013). *Autonomie vereist, vertrouwen verplicht. Een onderzoek naar hoe verpleegkundigen hun motivatie ervaren en hoe dit wordt beïnvloed door het JCI-model*. Utrecht: Utrechtse School voor Bestuurs- & Organiseringswetenschap.
- Van Wijk, T. A. (2014). *Gegevensverzameling buurtteams (intern gebruik)*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- Verhaar, K. (2012). Eigen kracht overdracht. In H. Jumelet & J. Wenink (Eds.), *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving. Grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*. Amsterdam: SWP.
- Vink, C. (2012). *Transitie op z'n Deens – veranderen kost tijd maar loont!* Ontleend aan: <http://www.nji.nl/nl/Actueel/Blogs/Transitie-op-zn-Deens--veranderen-kost-tijd-maar-loont!>
- Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Den Haag: Tweede Kamer Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg.

Bijlage 1. Participanten

De volgende instellingen en/of organisaties hebben participanten geleverd voor het onderzoek:

- Altrecht
- De Opvoedpoli
- De Waag
- Gemeente Utrecht
- GGZ Nederland
- Intermetzo
- Nederlands Instituut voor Psychologen
- Projectorganisatie buurtteams Utrecht
- Psymens
- UMC Utrecht
- Utrechtse Huisartsen Vereniging
- Utrechtse Pedagogen en Psychologenpraktijk
- Vereniging voor Nederlandse Gemeenten
- Volksgesondheid Utrecht

Bijlage 2. Topiclist interviews professionals

Introductie

- **Zelf:** Kort vertellen over opleiding & onderzoek
 - o Doel onderzoek: *Het doen van een aanbeveling aan de GU over de invulling van de (aanvullende) zorg voor jeugd aan de hand van ervaringen van professionals.*
 - o Opname- toestemming?
 - o Gebruik van zo min mogelijk jargon? *(om onbegrip/verschillen te voorkomen)*
 - o Anonimiteit waarborgen
 - o Tijdsmanagement *(ongeveer 60 min, opgedeeld in verschillende onderwerpen: Huidige situatie J-GGZ, visie op zorg voor jeugd, toekomstige situatie)*
- **Informant:** Wie bent u en wat doet u?
 - o Wat is uw achtergrond *(opleiding e.d.)*? Welke type zorg levert u? *(bijv. consultatie, diagnostiek, behandeling)*. Heeft u een specialisatie op een stoomnis?
 - o Vanuit welke professionals komen jeugdigen bij u terecht, huisartsen, intern of anders?
 - o Als u doorverwijst... naar wie verwijst u dan voornamelijk door: naar het voorveld of meer specialistisch?

Ervaringen indicering/ financiering *(Probleem → Advies voor verbetering!)*

(Inleiden dat ik bekend ben met systeem en classificatie volgens DSM, op basis daarvan DBC e.d.).

- Past het stellen van een diagnose/indicatie in alle probleemsituaties?
 - o In welke situaties past het wel?
 - o Wanneer past het niet? Hoe gaat u daarmee om?
- Op basis waarvan kiest u voor een bepaalde diagnose? *Is dit representatief voor uw beroepsgroep? (Noot: helderheid over begrip diagnose/indicatie)*
 - o En hoe zorgt u dan voor de hulp die nodig is (past de vereiste hulp bij de benodigde hulp?) *(Familietherapie, medicijnen e.d.)*
- Wat zijn de ervaringen van u / uw beroepsgroep met het DBC-systeem?
 - o Indien ervaringen negatief zijn: Hebt u ideeën voor een realistisch en haalbaar alternatief?
- Welke overwegingen merkt u op die in dit traject van indicatiestelling een rol spelen, zowel financieel als psychologisch?
 - o *Bijvoorbeeld school wil diagnose, ouders willen medicatie, financieel/verzekering*
- *Verhouding met professionele ideaal?*

Visie op nieuwe zorg voor jeugd adhv uitgangspunten (uitvoeringsplan pag.8)

Uitgangspunt 1: Gewoon opvoeden in plaats van problematiseren (werken aan een positief pedagogisch klimaat, eigen verantwoordelijkheid is vanzelfsprekend)

Uitgangspunt 2: De inhoud staat centraal, niet het systeem (begeleiding en zorg bieden dichtbij ouders en kinderen, meer generalistisch, maatwerk, professionele verantwoordelijkheid, transparant en eenvoudige verantwoording)

- Uitgangspunt 1: Hoe staat u/ uw beroepsgroep tegenover de nieuwe visie mbt het aan de voorkant organiseren van zorg? *(Probleem → Advies voor verbetering!)*

- Uitgangspunt 2: Hoe staat u/ uw beroepsgroep tegenover het meer generalistisch werken?
- Wat betekent dit uitgangspunt voor de (doorverwijzing naar) J-GGZ?
- Hoe zorg je er gezamenlijk voor dat de juiste hulp bij de juiste kinderen komt?
- Welke rol kan de gemeente hierin spelen?
 - o Wat voor prikkels zouden passen in de nieuwe zorg voor jeugd?
 - o En wat voor prikkels zouden daarnaast nog wenselijk zijn in het nieuwe systeem?

(Alle vragen voor beide uitgangspunten besproken?)

Hoe zou het systeem ingericht moeten worden om uw beroepsgroep zo efficiënt en goed mogelijke zorg te laten verlenen?

M.a.w.: Hoe zou u gestimuleerd kunnen worden in het zo efficiënt en goed mogelijke zorg te verlenen?

- Wat kan een gemeente hierin betekenen?
 - o Financiële en psychologische prikkels
 - o Randvoorwaarden, bijv. met betrekking tot sturing (*heel dicht erop, of juist aan hen overlaten?*), monitoring, verantwoording en rapportage

Afsluiting

- Vragen en/ of aanvullingen?
- Onderzoek in juli opsturen

Bijlage 3. Codering

Open codes	Axiale codes	Selectieve codes
Achtergrond	-	-
Verwijzingen	Netwerk	-
Ervaringen diagnose of passend	Positief	-
	Negatief	
	Leerpunt	
Ervaringen financiering	Positief	-
	Negatief	
	Leerpunt	
Alternatief DBC	Overzicht	Aansluiting gezondheidszorg Schotten weg GGZ/jeugdzorg Doorontwikkeling Geen ingewikkeld systeem DBC los van classificatie Systeem 80%-20% Resultaatgericht Inkopen op zorgpaden ICF systeem Zak geld bij burger Eerstelijns in basis verzekering Practise-based
Overwegingen diagnostiseren	Psychologisch Financieel Geen invloed	-
ZvJ gewoon opvoeden	Opvallend	-
ZvJ inhoud centraal	Opvallend	-
Juiste hulp, juiste kids	Opvallend	-
Prikkels	Overzicht	Gemeente-instellingen Cliënttevredenheid Benchmark Psychologische bekrachtiging Belonen klantgerichtheid Meer inkoop bij tevredenheid Ontwikkelbudget (innovatie) Contracteren tussenlaag Bonussen Inkoop risicofactoren Meer marktwerking creëren Resultaatgericht financieren
Randvoorwaarden	Overzicht	Sturing Verantwoording Geld Monitoring Privacy en gegevensuitwisseling Kwaliteit Dialoog en partnerschap Overig
Overige opmerkingen	Aandachtspunten	-