



Er gaan een aantal dingen behoorlijk mis in de geestelijke gezondheidszorg. Het nieuwe administratieve systeem van DBC's leidt tot handelwijzen die weinig met de problematiek van patiënten zelf te maken hebben. Frauderen was altijd al mogelijk in de gezondheidszorg. Het nieuwe systeem biedt daarvoor nu niet alleen nieuwe kansen, maar speelt zelfs in op wensen van behandelaars en hun bazen om deze kansen ook echt te benutten.

Dit boek biedt, naast een beschrijving van de scheefgroei, ook suggesties hoe de schadelijke werking van de geldende regelgeving kan worden verminderd. Er worden diverse personages opgevoerd die groteske spreekbeurten houden of brieven schrijven, maar die wel serieuze gedachten formuleren. Het boek is bedoeld voor hulpverleners die zich, net als de auteur, zorgen maken over de nieuwe frisse onverschilligheid in de GGZ, maar ook voor beleidsmakers die willen weten waar het transparante systeem misschien per ongeluk verduisterd is geraakt.

Arno Goudsmit (1955) is psychotherapeut en directeur van een kleine instelling voor psychotherapie. Hij promoveerde met lof in Groningen (1998) op een proefschrift over de grondslagen van psychotherapie en specialiseerde zich in de experiëntieel-dynamische psychotherapie (EDT) bij Ferruccio Osimo in Milaan. Vanaf 2007 verdiepte hij zich in het DBC-systeem, met tegenzin, totdat hij zijn eigen afkeer ervan interessant begon te vinden.

SWP

ISBN 9789088503481 NUR 770



9 789088 503481

www.swpbook.com

Psychotherapie in Tijden van Administratie

Arno Goudsmit

SWP

Arno Goudsmit



Psychotherapie in Tijden van Administratie

Afgevinkte frustraties over de nieuwe gekte in de geestelijke gezondheidszorg

Psychotherapie in Tijden van Administratie



Psychotherapie in Tijden van Administratie

Afgevinkte frustraties over de nieuwe gekte in de geestelijke
gezondheidszorg

Arno Goudsmit



Psychotherapie in Tijden van Administratie
Afgevinke frustraties over de nieuwe gekte in de geestelijke gezondheids-
zorg

A.L. Goudsmit

ISBN 978 90 8850 348 1

NUR 770

© 2012 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

Inhoud

Voorwoord	9
Lijst van afkortingen	13
1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!	17
2 Het lied der DBC's	31
3 De schone schijn en andere nuttige tips om moeite te besparen in de geestelijke gezondheidszorg	35
3.1 Practicanthropus calculans	35
3.2 De psychotherapeut en het lieveheersbeestje	36
3.3 Twee formules voor schone schijn in drie handige stappen	38
3.3.1 Marginaliseren en banaliseren van het onderwerp	38
3.3.2 De meetgegevens beïnvloeden (top-down)	39
3.3.3 De meetconclusies manipuleren (bottom-up)	39
3.4 Validiteit, niet zo'n praktisch dingetje	42
4 De Wet van de Hamer en de Wraak van de Pennenlikker: hoe u geheel nieuwe vrienden kunt maken en mensen kunt beïnvloeden	47
4.1 De Wet van de Hamer (instrumentalisme)	47
4.1.1 Drop-out	50
4.1.2 Zorgzwaarte	52
4.1.3 Kwaliteit van zorg	54
4.2 De vele voordelen van een 'goede' administratie	59
4.2.1 Fout gemeten is fout geweten	59
4.2.2 De logica van de blinde vlek	60
4.2.3 We worden pragmatisch	61
4.2.4 Mopperend gaan wij aan ons huiswerk	65
4.3 Brief van een genie aan de Minister van Gezondheidskosten	66
4.4 De werkelijkheid voegt zich naar de administratie: de Wraak van de Pennenlikker (formalisme)	69

4.4.1	De behandelaar kiest de diagnose en de methode die het meest opleveren	70
4.4.2	Competentie: van 'deskundigheid' naar 'bevoegdheid'	72
4.4.3	Exit de systeembenadering, intrat de etikettering	73
4.4.4	Het blondje en het langdurige werk	76
4.5	Nog meer Wraak van de Pennenlikker	79
4.5.1	Verloedering door administratieve vooruitgang	81
4.5.2	DBC's als financiële derivaten	83
4.5.3	De schimmige verantwoording van de DBC-productstructuur	88
4.5.4	Een ondeugdelijke definitie als grondslag voor een curieuze beslissing	90
4.5.4.1	Er is bij psychotherapie geen praktische begrenzing voor het percentage 'met'	91
4.5.4.2	Een geval van ongehuwde vrijgezel: 'verrassende' statistische ontdekkingen die zich in een luxe leunstoel ook vanzelf laten bedenken	93
4.5.4.3	Een eenvoudige tip voor het verbeteren van de kostenhomogeniteit bij DBC's met psychotherapie	94
4.5.5	Tariefsturing leidt tot een schijnbare marktordening	95
4.6	De weg van de minste weerstand	97
5	Obstitutie in de gezondheidszorg	101
5.1	Het ontbreken van kritische reflectie in de wetenschap	101
5.1.1	Monomane trekjes van de toegepaste wetenschap	102
5.2	Kwakzalverij als kettters verschijnsel	104
5.3	Circulair redeneren en het ontlopen van verantwoordelijkheid	105
5.3.1	Circulair redeneren: een voorbeeld uit de gedragstherapie	110
5.4	Obstitutie: de misbruikte betaalt	111
5.4.1	Geld	114
5.4.2	Eigen genot	114
5.4.3	Wetenschappelijke ambitie	115
5.4.4	Eigen reputatie	115
6	Op zoek naar marktordening in de GGZ	117
6.1	De beoogde ordening tussen eerste en tweede lijn in de GGZ	117
6.2	Een schijnbare marktordening in de tweedelijns GGZ: diagnoses zijn niet wat ze lijken	118

6.3	Simulatie, model en werkelijkheid	123
6.4	Ambachtelijkheid	126
6.5	De stimulus error	129
6.6	Diagnostiek en simulatie van diagnostiek	130
6.7	Het verwijt van de ongegronde interpretaties	136
6.8	Het theoretische concept als handelingskader	138
6.9	Marktordening op basis van dynamische diagnoses?	140
7	Het meten van slecht gedefinieerde objecten	143
7.1	Het vermeende belang van benchmarken	143
7.1.1	Het benchmarken van de diagnose	148
7.1.2	Routine Outcome Measurement	149
7.2	Marktordening zonder operationele basis	151
8	Rake klappen van een hoge ambtenaar	153
9	De sleutel in de steeg: op zoek naar een commercieel product	157
9.1	Het onderscheid tussen intake en behandeling	157
9.2	De intake als offertetraject?	158
9.2.1	Shoppende patiënten en optimistische zorgaanbieders	159
9.2.2	But some classifications are more classified than others ...	159
9.2.3	Fraudegevoeligheid van een droomwereld	160
9.3	Kan psychotherapie wel per stuk worden geleverd?	161
9.4	Alweer een brief van het genie aan de Minister	163
9.4.1	Een informeel ambtelijk briefje	170
9.4.2	Een intern ambtelijk concept-notaatje	171
10	Assepoester: the director's cut	175
10.1	Feiten en constructies	176
10.2	Toestanden van personen en van dossiers	177
11	Consumptie of nood?	181
11.1	De evalueerbare doelstelling van de behandeling: een goedbedoelde storing	181
11.2	Psychische nood en consumentisme	185
11.2.1	Elitair positivisme: xinix ergo tisnix	187
11.2.2	Contaminatie van de hulpvraag door het probleem zelf	187
11.2.3	Wat is de bedoeling van een behandeldoel?	188

12 Wat is psychotherapie eigenlijk?	193
12.1 Nét geen psychotherapie	195
12.1.1 Informatieoverdracht	195
12.1.2 Leerprocessen	195
12.2 Een moeilijk meetbaar deel van de wereld	196
12.2.1 Openheid	198
12.2.2 Projectieve identificatie	200
12.2.3 Performatief taalgebruik	202
12.3 Zelfverwijzing	203
12.3.1 Binnen versus buiten de situatie	204
12.3.2 Veranderende relaties tussen inhoud en gebeurtenis	206
12.3.3 Psychotherapie als het herstel van zelfverwijzing	209
13 Bij wijze van conclusie: een ambacht van toegepaste logica	211
14 Literatuur	213
Bijlage: Brief van 4 augustus 2009 aan de vaste Kamercommissie voor VWS	219

Voorwoord

door Margo Trappenburg



De jaren vijftig van de twintigste eeuw staan bekend als het gouden tijdperk van de geneeskunst. In die jaren vijftig genoten artsen een groot en vanzelfsprekend gezag. De praatjes van tweedehandsautohandelaren, encyclopedieverkopers en verzekeraars moest je met een korreltje zout nemen, zo wist de gemiddelde consument. Zij waren er immers vooral op uit hun winst te maximaliseren door jou een mankerende auto, een te dure encyclopedie of een onnutte verzekering aan te smeren. Voor artsen gold dat niet; die waren – conform de door hen afgelegde eed van Hippocrates – toegewijd aan het belang van hun patiënt.

Wat voor artsen gold, gold – zij het in mindere mate – ook voor andere professionals: voor psychotherapeuten, notarissen, advocaten, onderwijzers, docenten en voor hoogleraren aan de universiteit. Zij mochten eigenmachtig bepalen wat goed was voor hun patiënten, cliënten, leerlingen, studenten. Zij hoefden hun clientèle geen tekst en uitleg te geven; zij waren heer en meester in hun eigen operatiekamer, hun ziekenhuis, hun kantoor en hun collegezaal.

Het gouden tijdperk kwam ten einde in de jaren zestig en zeventig, toen patiënten, cliënten en studenten in opstand kwamen tegen de autoriteiten; tegen de kerk, tegen politici, tegen de politie, maar ook tegen de professionals die hun leven beheersten: de dokter, de psychotherapeut, de docent en de hoogleraar. Studenten wilden niet langer afhankelijk zijn van de willekeur van hun professoren en eisten democratisering van de universiteit. Patiënten wilden uitleg van hun dokters en wilden kunnen meedenken over ziekte en behandeling. En in de psychiatrie kwam verzet tegen de isoleercel, de elektroshock en tegen het langdurig aanmodderen met patiënten in onduidelijke behandeltrajecten.

De begrijpelijke roep van patiënten, cliënten en studenten om meer inspraak en minder paternalisme werd allereerst omhelsd. Allereerst door professionals zelf. Door docenten die in de jaren zeventig massaal overstapten op kindvriendelijk lesgeven. (Peter van Straaten maakte ooit een cartoon van een typisch links-alternatieve jaren zeventig docent die

zijn klas toevoegt: 'Jongens, als jullie mij een lul vinden moeten jullie het gewoon zeggen hoor.') Door huisartsen die hun witte jas aan de kapstok hingen en voortaan elk consult begonnen met de standaard huisartsenvraag: 'Wat denk je zelf dat er aan de hand is?' Door universiteiten die de voormalige relesschoppers onmiddellijk opnamen in besturen van vakgroepen en faculteiten. En door de overheid, die de roep om inspraak en democratisering in de jaren tachtig koppelde aan een beleid van beheersing en bezuiniging en vervolgens – in de jaren negentig en nul – aan een beleid van marktwerking in de publieke sector.

Dat overheidsbeleid van de laatste decennia heeft in de publieke sector – voorzichtig uitgedrukt – een fors aantal nare effecten gehad. Professionals in ziekenhuizen en scholen werden onderworpen aan een bewind van managers en administrateurs, die in de jaren tachtig vooral aandrongen op kostenbeheersing en in de jaren negentig en nul op omzet en winst.

Arno Goudsmit laat in dit boek zien hoe dit proces verliep in de psychotherapie. Daarbij spaart hij zijn eigen beroepsgroep niet. Hij begrijpt waarom de overheid aandringt op administratie en verantwoording. 'De Tariefsteller doet dat niet voor zijn plezier. Hij vraagt dat van ons, omdat wij vroeger altijd maar geld wilden zien voor ons werk, telkens meer, en omdat we nooit erg duidelijk waren waarvoor dat geld nodig was. We keken alleen maar erg serieus en medemenselijk betrokken [...] en we vonden dat het geld er gewoon moest komen. En het geld kwam er ook. Maar het geld kwam ook naar diegenen – medisch specialisten, psychotherapeuten [...] die vooral bezig waren met hun eigen portemonnee. Plunderen in naam van het heil van de patiënt. Dus dat de betalende instanties zoals de overheid, wilden weten waarom en waaraan dat geld moest worden uitgegeven ... tja, dat is niet helemaal vreemd.'

Maar dat het beleid van de overheid begrijpelijk is, maakt de effecten niet minder kwalijk. Berekenende therapeuten en specialisten worden door de overheidssturing nog extra berekenend en goedwillende therapeuten worden soms berekenend doordat ze als calculerende professionals worden behandeld. Als een behandeling met medicijnen en elektroshock meer oplevert dan zonder, dan wordt er meer voorgeschreven en vaker geshockt dan als de financiering een andere richting uitwijst.

Het mooiste deel van het boek is het laatste, waarin de auteur uitlegt dat niet alleen de managers en administrateurs niet goed passen in de professionele beroepspraktijk, maar dat ook de rol van kostenbewuste zorgconsument (zoals de nieuwe patiënt door beleidsmakers en politici wordt gezien) geen recht doet aan de werkelijkheid van de geestelijke ge-

zondheidszorg. Als iemand binnenkomt bij een therapeut, dan is deze persoon vaak verward en wanhopig. Dan is hij niet in staat en niet in de stemming om een contract af te sluiten over een behandeltraject met een gewenste uitkomst op een nader vast te stellen termijn. En ook de therapeut weet op dat moment nog niet goed waar het heen moet. Het proces van diagnose en behandeling verloopt in psychotherapie veel vloeiender. Beleidsmakers, verzekeraars en politici zouden daar meer rekening mee moeten houden, maar vooral zouden professionals zelf – beroepsverenigingen hebben hier een belangrijke taak – dit duidelijker voor het voetlicht moeten brengen. Een beroepsgroep die haar leden zelf controleert, disciplineert en tot de orde roept in geval van graaigedrag heeft veel minder managers en beleidsmakers nodig.

Psychotherapie in tijden van administratie bevat wijze lessen voor beleidsmakers en politici, voor verzekeraars en zorgmanagers, maar vooral ook voor psychotherapeuten en andere professionals binnen en buiten de zorg.



Lijst van afkortingen



BSN

Burgerservicenummer. Vroeger heette dit het sociaal-fiscaal nummer (SoFi-nummer). Zie: <http://www.burgerservicenummer.nl>

CIBG

Oorspronkelijke betekenis: 'Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg'. Thans omschrijft het CIBG zichzelf als een 'informatiemakeelaar voor de zorgsector en voor burgers'. Het CIBG is een onderdeel van het Ministerie van VWS en treedt onder meer op als ontvanger van de jaarrapportages van de zorgsector. Zie: <http://www.cibg.nl>

CQI

De Consumer Quality Index is een meetinstrument om ervaringen van cliënten in de gezondheidszorg te onderzoeken. Zie: <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>

DBC

Diagnose-Behandel-Combinatie. Dit is het centrale idee achter de administratieve veranderingen in de zorgsector sinds 2005. Het idee is dat de hoogte van de vergoedingen in de gezondheidsmarkt moeten afhangen van de aard van de behandelde problematiek en van de aard van de uitgevoerde verrichtingen. De DBC-bedenkers hebben een administratieve helderheid voor ogen gehad, die het mogelijk zou moeten maken om inzicht te krijgen in de feitelijk gegeven behandelingen, en om deze te beïnvloeden in de richting van door de overheid gewenste beleidslijnen en behandelmethoden. Zie: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier>

DBC-Onderhoud

Dit is de stichting die de DBC-systematiek ontwikkelt en onderhoudt. Het is het echte DBC-bolwerk. Zie: <http://www.dbconderhoud.nl>

DigiMV

Digitaal Maatschappelijk Verslag. Dit is een jaarlijkse verplichting voor instellingen in de gezondheidszorg, waarin een groot aantal financiële en organisatorische gegevens over de instelling worden verzameld. Zie: <http://www.jaarverslagenzorg.nl/veelgestelde vragen/digimv>

DIS

DBC-Informatie-Systeem. DIS beheert de DBC-gegevens die zorgaanbieders verplicht zijn aan te leveren. DIS is een onafhankelijke afdeling binnen DBC-Onderhoud. Zie: <http://www.dbcinformatiesysteem.nl>

DSM

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Doorgaans wordt hier bedoeld op de DSM-IV uit 1994, herzien in 2000. De DSM is op te vatten als een grote classificatie van geestelijke problematiek, gedefinieerd in termen van concreet observeerbare gedragingen of kenmerken, die 'criteria' worden genoemd. De beschrijvingen van de aandoeningen heten hier 'diagnoses', maar daar is theoretisch veel op af te dingen. Zie: <http://dsm.psychiatryonline.org>

EDT

Experiëntieel-dynamische therapie. Dit is een verzamelnaam voor een groep psychotherapeutische werkvormen en technieken, waarvan ISTDP de bekendste is, die gebaseerd zijn op het werk van Davanloo en Malan, en die door een groot aantal van hun leerlingen in diverse richtingen zijn uitgewerkt en uitgebreid empirisch onderbouwd. Tegenwoordig worden de EDT's in toenemende mate erkend als effectief alternatief voor cognitieve gedragstherapie en psychofarmaca. Zie: <http://www.iedta.net>

GAF

Global Assessment of Functioning. Dit is een van de vijf 'assen' van de DSM-IV. De GAF wordt weergegeven door een cijfer tussen 0 en 100, en is bedoeld als een globaal rapportcijfer voor het niveau waarop iemand functioneert. Zie: http://www.psyweb.com/DSM_IV/jsp/Axis_V.jsp

GGZ

Geestelijke Gezondheidszorg. Het adjectief 'geestelijk' suggereert dat we hier te maken hebben met een aanvulling op de reguliere (medische) gezondheidszorg. Een dergelijk dualisme doet geen recht aan de complexi-

teit van de fenomenen gezondheid en ziekte. Zie: <http://www.ggznederland.nl>

HKZ

De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector beheert de kwaliteits- en veiligheidsnormen voor de zorgsector. Gecertificeerde zorginstellingen hebben zich aan deze normen te houden. Zie: <http://www.hkz.nl>

IGZ

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze houdt toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zie: <http://www.igz.nl>

NVVP

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten. Zie: <http://www.nvvp.nl>

NZA

De Nederlandse Zorgautoriteit is de toezichthouder voor alle marktwerking in de gezondheidszorg. De NZA stelt jaarlijks een groot aantal tarieven vast van verrichtingen in de zorg, alsook de budgets van zorginstellingen. Zie: <http://www.nza.nl>

Uzovi

De unieke zorgverzekeringsidentificatie is een viercijferige code waaraan iedere zorgverzekeraar kan worden herkend. Deze code is doorgaans te vinden op de zorgpas die verzekerden bij zich hebben. Zie: <http://uzovi.vektis.nl>

Vecozo

Deze afkorting staat voor 'veilige communicatie in de zorg'. Vecozo beheert een beveiligd internetportaal waarop declaraties kunnen worden aangeleverd en waarop verzekeringsgegevens van patiënten kunnen worden gecontroleerd. Zie: <http://www.vecozo.nl>

Vektis

Vektis beheert een groot aantal technische registers, tabellen en definities, die onder meer nodig zijn voor de elektronische communicatie naar en van zorgverzekeraars. De naam is oorspronkelijk afgeleid van VNZ en

KISG Totale Informatie Systemen. Zie: <http://www.vektis.nl>, maar geniet ook van: <http://ei.vektis.nl/WespStandaardenOverzicht.aspx>

VWS

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>

WGBO

De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst regelt de verplichtingen van zorgaanbieders om patiënten fatsoenlijk te informeren over de behandeling die zij ondergaan. Zie: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/Boek7/Titel7/Afdeling5>

WMG

De Wet marktordening gezondheidszorg beoogt de marktwerking binnen gezondheidszorg mogelijk te maken en te reguleren. Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/wet-marktordening-gezondheidszorg-wmg>

ZiZo

Zichtbare Zorg is een project van de Inspectie (zie: IGZ), gericht op het verzamelen van kwaliteitsgegevens over zorginstellingen, en wel op een gestandaardiseerde manier. Zie: <http://www.zichtbarezorg.nl>

ZN

Zorgverzekeraars Nederland is een overkoepelende belangenbehartiger van de zorgverzekeraars. Zie: <http://www.zn.nl>

ZorgTTP

Dit is een 'trusted third party' die onder meer wordt ingehuurd voor de software waarmee DBC-gegevens dienen te worden aangeleverd bij het DIS. Hierbij wordt een techniek van 'pseudonimisatie' gebruikt, waardoor informatie over individuele verzekerden kan worden uitgewisseld op een wijze die de privacy niet in gevaar heet te brengen. Zie: <http://www.zorgttp.nl>

ZVW

De Zorgverzekeringswet regelt de rechten en plichten van verzekerden en verzekeraars op het gebied van ziektekosten. Zie: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450>

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!



Concept voor een feestrede¹, uit te spreken door een toekomstige minister van VWS ter gelegenheid van de diploma-uitreiking aan de eerste lichte accountancystudenten in de afstudeerrichting 'psychotherapie'.

Welkom, zeg ik u! U kunt zich niet voorstellen hoe verheugend het is voor de overheid dat nu, eindelijk, een lichte psychotherapeuten afstudeert van wie de samenleving kan zeggen: dát zijn betrouwbare mensen, dát zijn mensen die het verschil tussen de ψ en de ϵ snappen, dát zijn mensen die weten van debet en credit, van aanrekenen en afgerekend worden! Laat ik u daarom noemen: aanrekeningsvatbaar! Dat bént u, en dat mag gezegd worden!

Uw nieuw ingerichte discipline vult een lacune die is achtergelaten door de oude garde van de psychotherapeuten, die wel over een erg rijk gevoelsleven beschikten, of iets dat daarop leek, maar die helaas niet in staat bleken om met de eisen van de moderne tijd mee te groeien, hun administratie zelfstandig te voeren of te laten voeren, hun post op tijd te openen en te lezen, of te laten openen en te laten lezen, hun

¹ De voetnoten bij deze feestrede kunnen bij elkaar gevoegd worden gelezen als een zwartboek over de nieuwe administratieve cultuur in de Geestelijke Gezondheidszorg.

DBC-administratie aan te sluiten op de reeds gangbare administratie², elementaire lacunes in de declaratiehandleidingen zelfstandig aan te vullen³, eigenaardigheden

² Waarschijnlijk doelt de minister hier op het merkwaardige gegeven dat de haastig tussen 2005 en 2008 nieuw ingevoerde DBC-softwarepakketten veelal niet beschikten over de mogelijkheid om de verrichte werkzaamheden tevens op de tot dan toe gangbare wijze te blijven administreren. Toch bleek dit een noodzakelijke eis, toen de NZA de 'oude' productiecijfers wilde gaan vergelijken met de 'nieuwe' DBC-productiecijfers. Want hoeveel kostte een DBC nou eigenlijk? Dat kon alleen worden vastgesteld door de DBC-tarieven met de oude tarieven te vergelijken. De nieuwe valuta moesten nog worden geijkt aan de oude en daar voorzag de nieuwe software, vol van kinderziekten en andere programmeerfouten, toen nog niet in. Het koppelen van de nieuwe DBC-administraties aan de oude codes (de zogenaamde 'klassieke budgetparameters', ook wel 'F-codes' genoemd) was niet altijd eenvoudig en menige administratieve afdeling van een GGZ-instelling maakte er overuren door. Want alles moest, jarenlang, dubbel worden geadmineistreerd: op de DBC-manier én op de manier van de F-codes.

En zelfs nog in 2012 werd het oude systeem van de F-codes gebruikt als basis voor de contractering met de zorginstellingen in de GGZ. De NZA wilde kennelijk geen enkel risico nemen met de DBC's, voordat de zogenaamde kostprijzen ervan goed waren vastgesteld. En dat lukte maar niet goed. De vrijgevestigde psychotherapeuten, een groep met een veel kleinere omzet en dus met kleinere budgettaire risico's, was al enkele jaren tevoren overgeschakeld naar financiering op basis van de DBC's. De instellingen echter bleven nacalculeren op basis van het oude systeem.

Zou er sprake zijn van dezelfde denkfout die de Russische revolutionairen hadden gemaakt, namelijk dat de nieuwe heilstaat 'gewoon' moest worden ingevoerd en dat dan alles beter zou zijn? Zou het kunnen dat men zich niet heeft afgevraagd, althans niet op tijd, dat een nieuw systeem niet zó lekker op de alledaagse werkelijkheid aansluit als de enthousiaste DBC-adviseurs hadden gedroomd? Het zal toch niet waar zijn, dacht de minister misschien wel, dat de overheid hier door de adviseurs net zo'n poets gebakken krijgt als bij grote bouwprojecten, zoals noord-zuid-metro's, Betuwelijnen en Oosterscheldekeringen?

³ Dit slaat vrij waarschijnlijk op het feit dat nergens in de technische DBC-handleidingen te vinden is dat elektronische declaraties zodanig dienen te worden ingestuurd, dat elke declaratie aan precies één verzekeraar is gericht; niets in de DBC-logica verbiedt om een declaratiefile samen te stellen waarin voor meerdere verzekeraars kosten worden gespecificeerd en deze dan zo bij Vecozo aan te leveren, net zoals dat gaat in de bestanden die maandelijks aan het DIS dienen te worden aangeleverd. In de nieuwe Externe Integratiestandaard van Vektis van november 2011 wordt dit opnieuw in het midden gelaten bij de toelichting van rubriek 0108 (http://ei.vektis.nl/Help/GZ311v2.0/GZ311v2.0_BERu1.pdf).

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!

te signaleren in de uiteenlopende manieren waarop partijen en instanties omgingen met ontbrekende gegevens⁴, fouten te signaleren in beslisbomen⁵, discrepanties

⁴ De minister heeft hier ongetwijfeld in gedachten het feit dat alle Nederlandse ingezetenen een burgerservicenummer hebben, dat als een soort volkstellingsnummer gebruikt wordt en dus altijd foutloos moet worden genoteerd. Geen wonder dat de door de overheid beschikbaar gestelde software dit BSN goed controleert. Maar aangezien in ons land af en toe ook asielzoekers worden toegelaten, en deze zelfs recht krijgen op gezondheidszorg, kon het zomaar gebeuren dat de verzekeraar die van deze mensen de zorgkosten behartigt bij declaraties een default BSN (999999999) accepteert, maar dat dit nummer door de DIS-software (althans de DIS-PVM-versie 2.3.46, gedateerd 3 juni 2010) tot eind 2010 werd geweigerd omdat het niet aan de zogenaamde elfproef voldeed. De minister bedoelt hier waarschijnlijk niet dat zoiets ook een soort grond tot uitzetting zou kunnen zijn: 'U wordt uit ons land gezet, want uw BSN voldoet niet aan de elfproef.' De minister is waarschijnlijk niet geïnformeerd geweest hoe vaak dit probleem voorkwam en hoeveel moeite zorgaanbieders dan gingen doen om voor zo'n asielzoeker een beter BSN te regelen, zodat de DBC-gegevens alsnog bij het DIS konden worden aangeleverd. Allemaal moeite voor niets van die goedbedoelende zorgaanbieders, want ze hadden, althans tot einde 2010, voor de DIS-software gewoon het BSN leeg kunnen laten, hetgeen in strijd is met de NZA-regelgeving dat vanaf 2009 er altijd een geldig BSN dient te zijn. De minister is er waarschijnlijk ook mee bekend dat als zo'n geldig BSN er dan toch niet was, het DIS een andere oplossing koos (gewoon zonder BSN) dan de verzekeraars (999999999), maar dat dit probleem per 2011 alweer zou zijn opgelost. Er werden, zogezegd, niet altijd dezelfde defaultwaarden gebruikt bij ontbrekende BSN's. Het BSN heette trouwens vroeger 'sofnummer'. De burger krijgt daardoor tegenwoordig extra service van de overheid. Het klinkt ook veel prettiger. Eerst was er de wens van de overheid om een volkstelling te houden. Ergens in de jaren zeventig besloot de Kamer om dat niet goed te keuren; er kwam geen volkstelling. Dat lag toen te gevoelig. Gelukkig was er op het CBS voor de vele betrokken werknemers een passend alternatief gevonden: de arbeidsplaatsentelling. Deze zou in plaats van de volkstelling komen en wel toegepast op het werkende deel der natie. Het sofnummer kwam en daarna werd het gebruik ervan steeds verder opgerekt: niet alleen mensen met een baan, ook mensen zonder baan, met uitkering; ook jongeren in het onderwijs, ook pasgeboren baby's: stap voor stap, telkens met instemming van de volksvertegenwoordiging, kreeg heel Nederland een sofnummer. En ergens rond 2006 kreeg dit sofnummer een nieuwe naam: burgerservicenummer. Handig, zo hebben we toch nog een volkstelling gekregen... en bovendien meer service.

⁵ De minister is kennelijk ook al op de hoogte van het feit dat er bij de productgroepen 'crisis', 'behandeling kort' en 'diagnostiek' in 2010 abusievelijk het totaal aantal gewerkte minuten werd geteld, in plaats van het aantal contactminuten met de client, de zogenaamde 'directe tijd'. Dit leidde soms, niet altijd, tot foute aanlevering van DBC-gegevens aan het DIS en tot foute tarieven in de declaraties aan verzekeraars. Meer over de DBC-belisboom in voetnoot 91.

te ontdekken tussen de technische specificaties van diverse instanties⁶, alsook de verzekeringsmaatschappijen te wijzen op fouten in hun uitvoering van de geldende regelgevingen⁷, of ze gewoon te wijzen op onjuistheden in de uitbetaalde bedragen⁸; om maar te zwijgen van de problemen die verzekeringsmaatschappijen zoal had-

⁶ De minister heeft hier waarschijnlijk in gedachten het aparte gegeven dat de DIS-toelichtingen een aantal variabelen als alfanumeriek specificeren (dat wil zeggen achteraan een woord van bijvoorbeeld drie letters moeten nog zeven spaties worden toegevoegd als de vereiste lengte tien posities is), maar anderzijds wel verwacht dat er, net als bij numerieke variabelen, voorloophullen worden geplaatst. Dit geldt bijvoorbeeld voor variabelen zoals het BSN, maar ook voor de Uzovi-code. Wonderlijke specificaties, die zo ontstaan zijn omdat niet alle codes door dezelfde instantie worden beheerd. Zo zien we dat volgens de Vektis-standaard de Uzovinummers kleiner dan duizend toch wel met één voorloophul moesten worden geschreven. Dus er mag dan niet staan 454 (met een extra spatie op de vierde plaats als code voor Avéro Achmea, maar wel 0454 (met een extra nul op de eerste plaats). Want anders snapt de computer het niet? Zoiets heet dan 'alfanumeriek met een numeriek masker'. Dit feit was dan weer bij Vecozo, het gemeenschappelijke elektronische declaratieplatform niet bekend, want daar werden de voorloophullens juist weer wél vrolijk weggelaten (dit is alleen zichtbaar voor wie een vecozocertificaat op zijn computer heeft). Maar Vecozo, Vektis en DIS worden niet centraal gecoördineerd en dat is dan misschien ook maar beter. Want we kunnen wel beheerders van codelijsten afspreken, maar wie beheert dan weer de beheerders (vrij naar Juvenalis)? De NZA misschien? Nou nee, want die laat de extra voorloophul ook weg in beschikkingen over de verrekening van diverse geldstromen.

⁷ De minister doet hier waarschijnlijk op het onjuist toepassen, door verzekeraars, van de Vektis Externe Integratiestandaarden zoals GZ311V1.1, waarvan de toelichting bij Vektisgegevenslement 0502 stelt dat een verzekeraar verplicht is om een declaratie met een juist burgerservicenummer (BSN) doch met een onjuist polisnummer, toch uit te betalen. Die regel was nog niet bij alle verzekeraars bekend, althans werd nog niet altijd toegepast, in lang vervlogen tijden (dat wil zeggen 2009). Of mogelijk wordt hier bedoeld op de handelwijze van verzekeraars om bij een (gewone) debetfactuur wél de genoemde Vektisnorm te volgen, dus een fout polisnummer toch te accepteren bij een correct BSN, maar dat bij de creditfactuur niet te doen. Zo kon het gebeuren dat een zorgaanbieder er niet zomaar in slaagde om eventueel te veel ontvangen geld te crediteren; de verzekeraar weigerde de creditnota die de zorgaanbieder hem stuurde en wel omdat er hetzelfde foutje in zat dat in de debetfactuur geen problemen had veroorzaakt. Foutje in de programmering bij de verzekeraar? Desgevraagd geven de diverse verzekeraars hierop geen duidelijke antwoorden. Of misschien bedoelt de minister dat verzekeraars een fout icoontje plaatsten bij een correcte betalingsmelding op het elektronische Vecozobetaalplatform, of omgekeerd, een goed icoontje bij een foute betalingsmelding.

⁸ Het is de minister natuurlijk bekend dat veel psychotherapeuten, met name de vrijgevestigden, een softwarepakketje hebben aangeschaft dat 'alles' van de DBC-administratie voor hen regelt, maar hen niet kan helpen als de ontvangen betalingen niet kloppen. Veel van die therapeuten weten dan niet bij wie de fout ligt, laten het erbij zitten en zijn blij als er af en toe wat geld komt binnenwaaien. De toelichtingen die men hierover van hen kan vernemen, klinken als 'ik ben psychotherapeut, geen administrateur'.

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!

den met het ‘upgraden’ van de gedeclareerde DBC’s⁹. Maar misschien zijn jullie ook nog in staat om fouten te ontdekken in de software van de NZA¹⁰, of in die van Zorgverzekeraars Nederland¹¹, of in de software van de website met gestandaardiseerde

⁹ De minister bedoelt hier waarschijnlijk dat het voor verzekeraars interessant is om te kijken of een zorgaanbieder veel DBC's declareert waarvan het aantal minuten net boven een staffelgrens ligt. Dit gebeurt bijvoorbeeld als bij de DBC-groep *depressie tussen 800 en 1800 minuten* er vooral veel declaraties van net iets meer dan 800 minuten worden ingediend. Er klopt dan iets niet; op basis van kansverdeling zou men verwachten dat er dan ook ongeveer evenveel declaraties van DBC's zouden zijn die net iets minder dan 800 minuten hebben geduurd (ook al zijn die per gewerkte minuut veel minder lucratief). Maar voor de DBC-groep tussen 1800 en 3000 minuten ligt dat anders in de ambulante sector. Immers 40 weken en 45 minuten per week levert 1800 minuten op en erg veel meer dan 43 weken per jaar zal er dan niet met een patiënt gewerkt worden; met een wekelijks gesprek komen we dan meestal niet boven de 2200 minuten en zo krijgt deze DBC-groep vanzelf een scheve verdeling. Dit hadden niet alle verzekeraars al in de gaten, eind 2009, waardoor zij zich de verkeerde vragen gingen stellen. De minister bedoelt waarschijnlijk dat een betere maat voor het opsporen van (frauduleus) upgraden zou zijn: het vergelijken van de gemiddelde deviaties, ten opzichte van een bepaalde staffelgrens, van DBC's die boven versus onder die staffelgrens liggen. Ook DBC-Onderhoud vermeldde deze maat in 2011 (zie bijvoorbeeld DBC-Onderhoud, 30-3-2011, p. 9).

¹⁰ Dit heeft vrij zeker betrekking op een fout in een excelblad, uitgegeven door de NZA, als verbeterde versie op een eerder excel-document, waarin de nacalculaties over 2008 moesten worden genoteerd. Hierin werd een vermenigvuldigfactor (index) toegepast, maar niet overal waar dat nodig was. Zo kon het gebeuren dat welgeïndexeerde cijfers van niet-geïndexeerde cijfers moesten worden afgetrokken, hetgeen tot onjuiste uitkomsten kon leiden. Het jaar erna had de NZA dit foutje geruisloos gerepareerd.

¹¹ Waarschijnlijk wordt hier bedoeld dat de verzekeraars, gebundeld in Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in augustus 2009 de gemiddelde wachttijden per DBC wilden weten (in een aparte uitgebreide schriftelijke enquête, de zogenaamde *DBC-GGZ-uitvraag*, zie ook paragraaf 4.1.2), maar hierbij ook abusievelijk de vervolgd-DBC's meewogen bij de bepaling van de gemiddelde waarden. Beetje vreemd natuurlijk: voor een vervolgd-DBC hoeft een patiënt niet te wachten. Misschien ook bedoelt de minister dat ruim een halfjaar later dezelfde ZN een herhaling van deze enquête over hetzelfde tijdvak nodig achtte, maar toen zich weer niet gerealiseerd had dat in de productgroepen *behandeling kort* (dat wil zeggen tot 400 minuten) een diagnose niet verplicht was, vaak nog niet eens bekend was. In de enquête werd niettemin geëist dat van alle in dat jaar afgesloten DBC's een diagnose werd ingevuld. Zij die de analyse-instrumenten bouwden, hadden onvoldoende kennis van de DBC-spelregels en toetsten hun enquête onvoldoende aan de praktijk. Vervolgens, een jaar later, moesten de DBC's van patiënten met zo'n *behandeling kort* ineens worden ingedeeld bij de *restgroep overige diagnoses*, maar daarbij werd weer geen rekening gehouden met de definities en de indelingen (0-100, 100-200, 200-400 minuten bij *behandeling kort*; 250-800, 800-1800 minuten bij *restgroep*). Bovendien werden de minuten van *'behandeling kort'* gerekend naar de bestede contactminuten (directe tijd), terwijl de minuten van de *restgroep* gedefinieerd waren als totale tijd (directe tijd + indirecte tijd). Zo werd een snelle oplossing gevonden door de vragenlijstbouwers, voor henzelf erg handig, maar voor de invullers volstrekt onhanteerbaar. De in te vullen gegevens werden een soort optelling van berggeiten en weideschape, vlermuizen en overige knaagdieren, korenwolven en gewone wolven. De minister zal dit ongetwijfeld herkennen als een geval van instrumentalisme (de Wet van de Hamer).

jaarverslagen die mijn eigen ministerie van u verlangt¹², of in de foutmeldingen die het CIBG naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg stuurde¹³, of misschien hebben jullie nog wel tips om te helpen voorkomen dat zorginstellingen hun jaarverslagen

¹² Dit slaat waarschijnlijk op de software die VWS huurde van een bedrijf dat online-enquêtes maakte voor gegevens over zorgkwaliteit alsook over de financiën en de 'maatschappelijke verantwoording'. In deze vragenlijsten stikte het van de fouten, jaar in jaar uit, zowel qua vragenlijstrouting (u heeft bijvoorbeeld opzettelijk niet aangevinkt dat u schizofrene patiënten heeft behandeld, maar u krijgt dan toch vragen over die categorie patiënten), als qua programmering (nul schizofrene patiënten is niet toegestaan, want dan moeten we straks delen door nul; foutmeldingen die niet correct zijn; ongeduldige webservers die de pagina laten verlopen, zonder de reeds ingevulde gegevens te bewaren, zodat u alles straks nog een keer kunt invoeren, et cetera. Ook de bijbehorende Zichtbare-Zorg-servicedesk wist van wanten: *als u geen Internet Explorer gebruikt, ja dan krijgt u problemen; nee dat staat inderdaad nergens; nee u bent de eerste die dit probleem meldt, ligt het niet aan uw eigen computer?* (Maar, eerlijk is eerlijk, dit probleem was na het vierde jaar al opgelost.)

Ook controleerde deze website of de aangeleverde jaardocumenten wel volledig waren ingevuld. Dit leverde nog wel eens een boze brief met dreigementen op van de Inspectie die, abusievelijk, was geïnformeerd over de vermeende nalatigheid van de betreffende zorgaanbieder. Enkele weken later kwam er dan weer een brief van de Inspectie, waarin stond dat 'inmiddels' de zorgaanbieder zijn verplichtingen alsnog was nagekomen en dat daarom de dreigementen werden teruggetrokken. Maar het enige wat er dan 'inmiddels' was gebeurd, was dat de beheerder van die jaarverslagenwebsite had ontdekt dat de gegevens wel, nagenoeg volledig, waren aangeleverd en dat er slechts een kleinigheid ontbrak; een dingetje dat overigens niet bij de reguliere volledigheidscntrole was ontdekt. Die controles vonden plaats binnen vier weken na aanlevering van de jaarverslaggegevens, waarna er een goedkeuring werd opgestuurd. Die goedkeuring was dus niet altijd helemaal correct. Ook ontsnapten er andere zaken aan de goedkeurende controle. Zo kon een belangrijk deel van de aangeleverde gegevens over 2009 (de zogenaamde DigiMV-gegevens) van een zeer grote zorgaanbieder niet meer op de (openbare) website Jaarverslagen.nl worden ingezien, omdat alle beschikbare pdf-files beschadigd bleken te zijn. Hoe zouden deze zijn gecontroleerd, vraagt de minister zich dan waarschijnlijk af, of zou de beschadiging een kopieerfout zijn, ontstaan na de controle?

¹³ Inderdaad, de minister heeft kennelijk vernomen dat het CIBG (een soort informatiedienst van het ministerie van VWS) die optreedt als centrale ontvanger van de jaarverslagen van de zorginstellingen deze gegevens na ontvangst, dat wil zeggen na 1 juni, controleerde op volledigheid, maar dan toch, weer enkele weken later ineens kon ontdekken dat er toch vragen nog niet waren ingevuld en dan bij de Inspectie een melding maakte dat de betreffende zorginstelling *helemaal* nog geen data had aangeleverd, zodat de Inspectie (inmiddels eind juli) een brief deed uitgaan waarin de zorginstelling met een dwangsom werd bedreigd; waarna enkele weken later het CIBG ontdekte dat het aantal ontbrekende gegevens reuze meeviel, waarna de Inspectie weer een brief stuurde naar de zorgaanbieder, met de boodschap dat de dwangsom alweer van tafel was, *omdat* er inmiddels door de zorginstelling aanvullende gegevens *alsnog* waren aangeleverd. Daarbij leek het niemand te storen dat het CIBG hiermee bij herhaling het gezag van de Inspectie aantastte, doordat deze immers van onjuiste gegevens werd voorzien; maar waarschijnlijk heeft de minister er dus wel nota van genomen! Gelukkig beloofde het CIBG al bij het volgende verslagjaar (2010) dat er ook een bewijs van inlevering zou worden gegeven. Alweer een gerealiseerde verbetering, met nog minder kans op blunders!

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!

te laat insturen of uploaden¹⁴, of misschien ontdekken jullie straks wel dat een of andere zorginstelling helemaal niet eens aan de officiële toelatingsvoorwaarden voldoet¹⁵. Wie zal het zeggen? Of misschien kloppen de technische definities wel niet van

¹⁴ Dit verwijst, zeer waarschijnlijk, naar het gegeven dat de e-mailserver van het ministerie van VWS de post rond 25 mei 2009 terugstuurde als deze gericht was aan jaardocumentmv@minvws.nl. Dat was niet echt handig, omdat er voor 1 juni 2009 op dat adres jaardocumenten van 2008 dienden te worden ingeleverd, die dan reeds enkele maanden later op www.jaarverslagenzorg.nl voor het publiek werden opengesteld. Ook kon de webservice van het ministerie rond 28 mei 2010 de vele uploads van de diverse zorgaanbieders niet meer aan, waardoor de murw gebelde helpdesk-medewerkers niet alleen overuren moesten draaien, maar zich ook bereid toonden om zelf eigenhandig het uploadwerk te doen, wanneer de zorgaanbieder per e-mail (die daarvoor natuurlijk helemaal niet was bedoeld) de jaarverslagfiles van 2009 aanleverde. Hulde voor zoveel welwillende en vriendelijke service! Maar toch: het doet een beetje denken aan de DigiD-ellende waarmee de Belastingdienst zichzelf in 2008 onsterfelijk maakte.

¹⁵ De minister heeft waarschijnlijk vernomen dat wetgeving en de jaarlijkse accountantscontroles en audits voor de certificering niet altijd konden voorkomen dat een officiële GGZ-instelling ergens in het zuiden des Lands jarenlang ongestoord kon bestaan en uitbreiden, zonder dat deze beschikte over de wettelijk verplichte Raad van Toezicht. Zou de minister bedoelen dat de ‘transparantie in de zorg’ daarom een mooie manier is, van en voor ambtenaren, om zelf niet meer die akelige jaarverslagen te hoeven lezen en om die saaie controles voortaan aan de marktwerking te mogen overlaten? Of zou de minister bedoelen dat de software van de jaarverslagen-website eenvoudigweg geen rekening had gehouden met de lenigheid van sommige zorgondernemers en deze daardoor juist beloont?

*wat mijn eigen ministerie verstaat onder 'wachtijd tussen aanmelding en intake'¹⁶.
Of misschien maakt de NZA wel een kapitale blunder, waardoor het hele verplichte*

¹⁶ De minister steekt hier dapper de hand in eigen boezem: inderdaad had de 'werkgroep wachtijden GGZ', waarin het ministerie alsook zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties waren vertegenwoordigd, een zogenaamde 'aanmeldings-wachtijd' gedefinieerd als het tijdsinterval tussen aanmelding en eerste intake-gesprek. Hoewel dit logisch klinkt, had de werkgroep gemeend dat het hier handig zou zijn als er een *denkbeeldige* wachtijd werd genomen: iemand belt *als het ware* op 1 januari voor een eerste afspraak en krijgt dan *als het ware* te horen wanneer dat dan zou kunnen. Desgevraagd lichtte het ministerie van VWS dit per e-mail toe: *'Het is eigenlijk geen probleem wanneer er geen daadwerkelijke aanmeldingen zijn geweest, bij bepaling van de wachtijden betreft het immers een denkbeeldige aanmelding. Je doet alsof die een afspraak maakt.'* (e-mail van 30 december 2009)

Let wel: het gaat in deze operationalisatie dus helemaal niet om feitelijk gerealiseerde wachtijden, maar om cijfers die de zorginstelling zelf mag fingeren, ja zelfs moét fingeren, als men de instructie tot zich door laat dringen! Na enige correspondentie toonde de betreffende contactpersoon van het ministerie zich bereid om dit voor een volgend jaar 'mee te nemen', maar zonder dat dat tot enige verandering leidde. (*'Uw belangrijkste bezwaar was uiteindelijk toch dat de aangeleverde cijfers volledig door de instellingen zelf konden worden gefingeerd? Zover ik weet, gaan we nog steeds uit van een basis van vertrouwen naar de instellingen. We nemen vooralsnog aan vanuit dat zij niet moedwillige onjuiste gegevens publiceren (sic!). Ik heb toentertijd ook geen signalen ontvangen van patiënten of verzekeraars dat dit vertrouwen ongegrond is. Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben. Succes met het schrijven van uw boekje.'*, e-mail van het ministerie van VWS, 5 januari 2011). Kortom, een fout geoperationaliseerd begrip waarbij het allang niet meer gaat om de betekenis van de verkregen cijfers, maar alleen nog om de schijn van marktwerking. Op de website van Kiesbeter.nl zien we de aldus verkregen intakewachtijden van de diverse zorginstellingen en zo wordt de schijn gewekt dat het om onderling vergelijkbare gegevens gaat. Ronduit sportief van de minister om dit hier in zijn voordracht ook nog even aan te stippen! (En dan te bedenken dat er al goede definities en operationalisaties van de wachtijden bestonden, de zogenaamde 'Treeknormen', zie <http://www.treeknorm.nl>).

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!

karakter van de DBC-wetgeving lijkt te worden losgelaten¹⁷. En wie weet, zijn jullie het straks wel, de nieuwe psychotherapeuten, die zulke fouten kunnen aanwijzen, en die met constructieve suggesties komen voor verbetering! Zou dat niet geweldig zijn?

Met de komst van de DBC's is de GGZ één groot feest geworden voor accountants, en wat ligt er dan meer voor de hand dan de psychotherapeuten uit te nodigen om mee te komen feesten? Want psychotherapie is toch eigenlijk altijd al een soort accountancy geweest, een vak waarin verantwoordelijkheden kunnen worden gedragen, of doorberekend, of gewoon zoekgemaakt. En daar bent u dan, welkom! Doet

¹⁷ Het is niet uitgesloten dat de minister, wederom zeer sportief, hier doelt op een blamage die te vinden is in het NZA-document (juli 2010) getiteld Regeling verplichte aanlevering minimale dataset GGZ Zvw (GG/NR-10D0011048), welke te vinden is op http://www.nza.nl/141224/GG_NR-10D0011048_verplichte_aanlevering_MDS.pdf

Hier immers stelt de NZA dat met ingang van 2011 geldt:

'Artikel 4. Minimale dataset GGZ

De minimale dataset GGZ omvat de in de navolgende tabel vermelde gegevens over alle in een kalendermaand gedeclareerde prestaties.'

En in de toelichting hiervan:

'In artikel 4 is opgenomen dat de aan te leveren MDS-gegevens betrekking hebben op de DBC's die in de betreffende maand gedeclareerd zijn. Voorheen bleek soms onduidelijk te zijn voor zorgaanbieders of de aanleverplicht betrekking had op gedeclareerde of afgesloten DBC's.'

De logische implicatie hiervan was natuurlijk dat niet-gedeclareerde DBC's dus ook niet hoefden (of zelfs mochten) worden aangeleverd aan het DBC Informatiesysteem (DIS). Wat een opluchting had dat kunnen brengen in de GGZ-sector, nadat jarenlang was geprocedeerd om de behandelgegevens van zelfbetalende patiënten niet verplicht te hoeven aanleveren aan het DIS. Wat een ruimte zo'n ambtelijk denkfoutje zoal ineens teweeg had kunnen brengen!

Of zou het geen denkfoutje geweest zijn en was het in helderziende anticipatie op een uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven, van 2 augustus 2010, waarin werd bepaald dat vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten niet langer gebonden mochten zijn aan de DBC-tarieven en evenmin verplicht waren om diagnosegegevens op hun declaraties te vermelden. Vast niet, want de NZA wist deze uitspraak op 5 april 2011 reeds met succes te pareren met een zogenaamd 'besluit op bezwaar' (te vinden op: http://www.nza.nl/141224/193327/NR_CU-508_Declaratiebepalingen_DBC_GGZ.pdf).

En dan heeft de minister het nog niet eens gehad over de technische bedoeling van de nieuwe NZA-richtlijn: welk nut zou het toch hebben als de DBC aan het DIS wordt aangeleverd pas nádat deze is gedeclareerd bij de verzekeraar? De DIS-gegevens bevatten dan in ieder geval geen informatie over ongedeclareerde DBC's, dus de maandelijkse DIS-overzichten lopen dan meer synchroon met de maandelijkse uitgaven van de zorgverzekeraars. We gaan er natuurlijk vanuit dat er geen koppeling van de DIS-gegevens plaatsvindt met die van de verzekeraars, want dat mag niet. Of het moest zijn dat er een instantie bevoegd zou zijn om zoiets te doen (misschien het CBS?, in deze immers bevoegd, zie ook voetnoot 62).

Maar nee, de ambtelijke troepen van de Tariefsteller hebben deze bevrijdende interpretatie van het gewijzigde artikel 4 gelukkig snel als een 'misverstand' kunnen wegzetten.

u vooral ook een duut in het zakje en kom gezellig meepuzzelen aan ons nieuwe veelbelovende en dynamische gezondheidsstelsel!

Wat jammer toch dat zoveel van uw reeds gevestigde beroepsgenoten deze feestelijke uitnodiging niet wilden aannemen. Was het omdat zij te fijn waren gebouwd voor de administratieve ordentelijkheid, zoals ze van zichzelf zeiden? Was het omdat ze walging ervoeren als ze moesten omschakelen van een wereld vol fantasie en betekenisvolle gesprekken, naar een wereld van cijfers en tabellen? Alsof ze hun creatieve geest, hun speelsheid, meteen zouden afboeken als een verliespost wanneer ze even een paar cijfertjes moesten noteren. Hebt u dat nou ook, geacht publiek, dat u uw creativiteit ineens helemaal kwijt kunt raken tijdens het boekhouden? U kunt die er natuurlijk ook juist bij ontwikkelen, het is maar net hoe je het bekijkt, toch zeker? Gewoon een kwestie van positief denken!

Er wordt gezegd dat die psychotherapeuten gesprekken hielden met patiënten; maar het is niet eens duidelijk of zij überhaupt wel antwoord gaven als iemand hun een fatsoenlijke vraag stelde. Het schijnt dat er in hun leerboeken zelfs werd aanbevolen om vooral niets terug te zeggen, urenlang te zwijgen, te glimlachen, te reutelen in de pijp, zalvend te kijken, te hummen, te suffen. Ik mocht zelfs een keer vernemen¹⁸ over een psychotherapeut die zijn patiënten bij binnenkomst een kop-telefoon opzette met een rustgevend muziekje; moest zoiets nu als therapie worden vergoed, muziek als geneesmiddel voor de ziel? Nu vraag ik u! Wat gebeurt daar, daarbinnen in die gesprekskamers?

Maar u zegt niets terug, glimlacht alleen maar. Welnu, ik begrijp wat u bedoelt. Vanzelfsprekend erkennen wij allemaal – ik zal de laatste zijn – het belang van privacy en discretie. Maar het mag natuurlijk ook niet zo zijn dat privacy en discretie misbruikt worden om een gebrekkige administratie te verdoezelen. Dat zou toch de omgekeerde wereld zijn!

¹⁸ Waarschijnlijk is dat bericht bij de minister terechtgekomen via een van de grote zorgverzekeraars, die daarover bij psychotherapeuten navraag had gedaan.

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!

*De administratie dient er juist voor om de mogelijkheden van een vakgebied open te leggen, nietwaar?*¹⁹ *Maar het omgekeerde leek eerder het geval: alsof het gedane werk ervoor diende om de administratie onmogelijk te maken; alsof het therapeutische werk moest fungeren als een dam tegen de controle!! Hoe bestond het? Ze dachten dat de zogenaamde beslotenheid van hun werk, de puurheid, de poëtische kwaliteit, de delicateid van het persoonlijke contact, dat die allemaal konden worden ingezet als een soort argument, een wapen tegen de administratieve helderheid die over hen heen kwam, zoals een strijdlid tegen de artillerie, zal ik maar zeggen. Wat een verbeelding eigenlijk, hè!*

Ik wil op deze plaats nog memoreren dat een van mijn voorgangers in 2005 er bijna in was geslaagd om het register van psychotherapeuten gewoon helemaal te sluiten. Het is, achteraf gezien, maar goed dat dat niet is gebeurd.

¹⁹ Dit moet betrekking hebben op de vele variaties en permutaties die de DBC-systeembouwers hadden voorzien voor ongeveer alle gangbare therapievormen, of ze nu bestonden of niet. Zo stonden vanaf het begin van de DBC-jaartelling diverse in het geheel niet bestaande doch buitengewoon uitdagende vormen van psychoanalyse op de technische lijst van alle mogelijke behandelactiviteiten (bedoeld om in te bouwen in de elektronische popup-menu's):

act_3.1.3.1.1: Psychoanalyse: Patient individueel

act_3.1.3.1.2: Psychoanalyse: Patient in groep

act_3.1.3.1.3: Psychoanalyse: Systeem (gezin/paar/ouders) met patient

act_3.1.3.1.6: Psychoanalyse: Systeem (gezin/paar/ouders) met patient individueel

act_3.1.3.1.4: Psychoanalyse: Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patient individueel

act_3.1.3.1.5: Psychoanalyse: Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patient in groep
Ongetwijfeld zijn er nog varianten die de systeembouwers over het hoofd hebben gezien. Variant *act_3.1.3.1.6*, slechts één woordje langer dan variant *act_3.1.3.1.3*, was wel een zeer kort leven beschoren: geldig vanaf 1-1-2010 en in de plaats komend van *act_3.1.3.1.3*, doch alweer buiten werking gesteld in maart 2010, toen alle vormen van psychoanalyse in de betalingsban werden gedaan door het College van Zorg-Verzekeraars (zie bijv.: <http://www.rendement.nl/mijn-rendement/nieuws/id1239-verzekeraars-schrappen-psychoanalyse.html>).

Het is ontzettend jammer dat het zo heeft moeten aflopen met de psychoanalyse. Het zou zo mooi geweest zijn om bovenstaande varianten *act_3.1.3.1.4* en *act_3.1.3.1.5* met elkaar te vergelijken, niet alleen op kostenhomogeniteit, maar vooral ook op conceptuele helderheid... Maar gelukkig bestonden deze zelfde varianten die voor de psychoanalyse waren bedacht, nog wel allemaal in de andere smaken "follow up behandelcontact", "psychodynamische psychotherapie", "clientgerichte psychotherapie", "gedragstherapie", "cognitieve gedragstherapie", "interpersoonlijke therapie", "systeemtherapie", "overig psychotherapie", "overige (communicatieve) behandeling", "creatieve therapie", "psychomotorische therapie", "vaktherapie overig", "fysiotherapie", "ergotherapie", "activerend begeleidingscontact", "ondersteunend begeleidingscontact", "financiële/fiscale begeleiding". Jazeker, al deze behandelmethoden bestaan in het DBC-systeem (natuurlijk niet in de werkelijkheid van de therapeutische praktijk!) nog steeds in alle genoemde setting-varianten (individueel, groep, systeem, met of zonder patiënt, et cetera.) Deze systematische rijkdom aan mogelijkheden biedt de werkloos geworden psychoanalytici natuurlijk veel nieuwe mogelijkheden. Hierover spreekt de minister beslist een volgende keer.

Want nu zijn we dankbaar dat u er bent, u nieuwe lichten accountants die als psychotherapeut afstudeert. U krijgt een belangrijke rol in de samenleving te vervullen.

Vroeger, bij de psychotherapie van de vorige soort, hadden wij als overheid slechts één manier om een kortere duur te stimuleren van de behandelingen, namelijk door de wachtlijsten zo lang te laten oplopen dat die psychotherapeuten écht niet ongerust zouden worden als een patiënt een keertje wat sneller klaar was met de behandeling. Er was dan immers altijd wel voldoende klandizie van alle wachtden op de lijst. Men hoefde zich geen zorgen te maken over de toekomst, voor het geval het einde van een behandeling een keer in zicht dreigde te komen. Het aantal psychotherapeuten werd ook kunstmatig laag gehouden, zodat er zo min mogelijk bloedzuigerij zou ontstaan²⁰, net zoals bij de medische specialisten. Maar toch schoot het allemaal niet op. Ondanks de lange wachtlijsten bleven de behandelingen lang duren, en werden ze nog langer. Waarom zouden die therapeuten meehelpen om de wachtlijsten korter te krijgen, als dat helemaal niet in hun eigen belang was? Want zij kregen toch wel betaald. En dat was ook zo. En dan werd er ook nog eens geknoeid en gesmokkeld met uren en tarieven. Heel gemakkelijk was dat toen.

Maar voor u ligt dat natuurlijk anders. U bent immers de moderne practicanthropus calculans, zoals dat tegenwoordig heet, u bent degenen die een ferm neen tegen uw patiënten zult gaan zeggen; niet omdat u niet zou willen helpen, begrip tonen, betrokken zijn, de mens centraal stellen, de patiënt als mens nemen, respect voelen voor de ander als Ander die tot u komt in nood. Nee, omdat u écht kunt begrijpen dat de door u geleverde gezondheidszorg budgettair begrensd moet worden, eindig is, en omdat u kunt begrijpen dat de overheid dit samen met u wil gaan waarmaken: samen, als partners in een transparante en dynamische gezondheidsmarkt, waar voor u de kansen op extra inkomsten liggen, en voor de overheid de kansen op besparing. En die extra inkomsten hoeft u dan niet meer met smokkel en geknoei te verdienen; nee, u kunt gewoon uw werk volgens de regels administreren, want die regels bieden u nu wél genoeg mogelijkheden om er lekker iets extra's mee te verdienen.

Dit partnerschap biedt de overheid u aan, als een blijk van optimisme en vertrouwen in u, en in een betaalbare toekomst. Als ik u hier vandaag zo zie zitten, dan heb ik de volste overtuiging dat dit met u zal gaan lukken. U zult wél de wachtlijsten willen wegwerken, omdat u daarvoor extra betaald gaat krijgen; u zult wél de patiënten willen teleurstellen, wanneer u er niet zelf wijzer van wordt; u zult wél uw administratieve gegevens zo willen aanleveren dat het succes van ons nieuwe

²⁰ Vermoedelijk bedoelt de minister dat een behandelaar niet nog meer van de ellende van een patiënt zou gaan profiteren, als het tekort aan behandelaars maar voldoende groot bleef. Dat was natuurlijk nog niet hetzelfde als een positieve stimulans om kort én goed te werken.

1 Welkom aan de hogere economisch en administratief opgeleide psychotherapeuten!

beleid ermee transparant wordt gemaakt. Dankzij u zal ons nieuwe systeem een doorslaand succes worden. Wij zullen geweldige partners zijn.

Het is feest vandaag. Ik toast op de toekomst van uw vernieuwde discipline.



2 Het lied der DBC's



Onderstaande dialoog zou in een nabije toekomst kunnen spelen, wanneer de DBC-productgroepen eenmaal tot het normale taalgebruik zullen zijn doorgedrongen, zoals dat honderd jaar geleden gebeurde met de freudiaanse termen *onbewust*, *verdringing*, *superego*, enzovoort.

Op een specificatie leest de patiënt zoiets als 'geen verblijf met depressie – vanaf 800 tot 1800 minuten met farmacotherapie'.

De patiënt begrijpt niet wat dat betekent, en belt met de helpdesk:

- Wat betekent dit?
- ✓ Nou, in ieder geval dat u géén psychiatrisch verblijf heeft gehad, klopt dat?
- Inderdaad, dat had ik niet, en dus?
- ✓ Dan heeft u ergens gelopen voor depressie, maar zonder opname.
- Wat bedoelt u?
- ✓ Had u dan geen depressie?
- Nee, volgens mij heette dat zo niet
- ✓ Dysthym gestoord, misschien?
- Ja, zoiets.
- ✓ Dan had u dus dát. Want het een of het ander, nietwaar, maar dat kan ik niet aan uw codes zien. Dat heb je met die stemmingsstoornissen. Maakt ook niet uit. Heeft uw behandelaar u niet verteld in welke productgroep u viel?
- Nee, ik geloof het niet.
- ✓ Tja, zo'n productgroepcode is er niet voor niets.
- Nee, dat begrijp ik.
- ✓ U staat bij ons in het systeem met code 73, en dan zult u zelf niet eens weten wat dat is. Dat moet u tegen uw behandelaar zeggen. Mooi is dat. Dat kunnen wij natuurlijk niet helpen!
- Ja, dan weet u meer dan ik. Mag ik dat dan misschien ook weten, of is dat verboden?

- ✓ Nee hoor, u heeft gewoon een DBC gehad met diagnoseprestatie-codedeel 11, en met productgroepcode 73, dus u bent voor depressieve stoornissen behandeld. En uw zorgtype was gewoon 101. De prestatiecode is een samenstelling van uw zorgtype, uw diagnoseprestatiecodedeel en uw productgroepcode, dus 101011073. En dan is er tussen de 800 en de 1800 minuten met u gewerkt.
- Is dat zo? Ik had maar tien gesprekken van 45 minuten.
- ✓ Ja hoor, dat kan heel goed. Dan is er gewoon veel over u vergaderd. Dat kost ook tijd, en als er dan bijvoorbeeld twaalf mensen over u moeten vergaderen, dan ben je al snel een half uur verder, dus reken maar uit...
- 810 minuten?
- ✓ Precies! En dan zit u net in de dure categorie; anders had u in productgroep 71 gezeten, dus tot 800 minuten. Maar dan heeft u ook nog eens medicijnen gekregen, anders zat u nu wel in productgroep 72. Die was ook goedkoper geweest. Dus het hangt er maar net van af hè....
- Ja, ik heb wel medicijnen voorgeschreven gekregen, maar ik heb ze niet ingenomen. Die dokter zei dat het alleen maar voor de zekerheid was.
- ✓ O, maar dat maakt helemaal niet uit voor de productgroep; het gaat gewoon om het idee. U hoeft die pillen helemaal niet in te nemen, als ze maar zijn voorgeschreven. De prestatiecode blijft dan hetzelfde, begrijpt u?
- a, ik begrijp het.
- ✓ U kunt het trouwens allemaal nakijken op internet²¹. Het is best heel interessant, al die codes en al die tabellen! Die zijn er niet voor niets. Uw DBC zat in productgroep 73, omdat u wel meer dan 800 minuten behandeld werd, maar ook weer minder dan 1800 minuten. En dan nog wel voor depressies, en ook nog met medicijnen. Ook daarvoor hebben we tabellen, zodat we precies kunnen zien wat de onderscheidende activiteit van uw behandeling was. Bij u waren dat de medicijnen. Want van zo'n onderscheidende activiteit hangt de prijs ook af, althans tot en met 2011. Vanaf 2013 komt dit waarschijnlijk wel weer terug, want DBC-Onderhoud laat niet graag met zich sullen. Maar dat heb ik natuurlijk niet gezegd, begrijpt u? En het

²¹ Bijvoorbeeld: <http://www.dbconderhoud.nl/geestelijke-gezondheidszorg/menu-id-51>; ook zeer boeiend zijn de *externe integratiestandaarden* van Vektis: <http://ei.vektis.nl/WespStandaardenOverzicht.aspx>

is natuurlijk wel de verkeerde wereld, dat ik u dat allemaal nu moet uitleggen; dat had uw therapeut moeten doen.

- Maar mijn therapie is klaar! Ik kom daar niet meer! Mijn leven is weer begonnen! Ik loop weer zingend over straat, begrijpt u?
- ✓ Ja, ieder vogeltje zingt zoals het gebekt is. Maar ook als u niet zingt, bent u bij ons van harte welkom. Wij bekijken dat positief.
- En ik heb nu juist geleerd dat een halfvol glas heus niet beter is dan een halfleeg glas; dat het er niet om gaat hoe je moet denken, maar wel dát je weer kunt voelen wat er te voelen is.
- ✓ Natuurlijk, zo kun je het ook bekijken. Fijn dat het nu allemaal weer zo goed met u gaat, maar voor ons maakt dat niet echt uit, hoor! U bent voor ons gewoon een zorgconsument.
- Dank u wel, dat is een hele geruststelling voor me.



3 De schone schijn en andere nuttige tips om moeite te besparen in de geestelijke gezondheidszorg

3.1 Practicanthropus calculans

Het economische model dat achter het huidige DBC-systeem schuilgaat, is gebaseerd op de aanname van een primitief soort calculerende praktijkmens: practicanthropus calculans²². Deze diersoort rekt zich suf, altijd op zoek naar snelle voordeeltjes en naar strategische investeringen, altijd bereid om zijn principes in te ruilen voor hogere omzet. Welnu, de genen van dit oertype werden door zorgverzekeraars al zeer vroeg waargenomen in het declaratiegedrag van sommige medische specialisten, die oude vrouwtjes vijf weken of langer lieten antichambren ‘ter observatie’ op achterafzaaltjes vol spinnenwebben in ziekenhuizen waar de dettol-dweilende schoonmakers vooral op het poliplein te vinden waren. Maar de afstammelingen van dit graaiende oertype werden steeds vaker waargenomen, eigenlijk overal waar de arts of therapeut zichzelf kon verrijken met dure behandelingen voor patiënten die er toch niet echt van opknapten. Zelfs psychotherapeuten, toch zeker de ethisch meest bevlogenen onder de hulpverleners, bleken zich te bezondigen aan het meer en meer oprekken van langdurige therapieën, het aanpraten van nieuwe, nog dieperliggende problemen bij steeds wanhopiger patiënten die nog droomden van verlichting en verlossing.

Dus, dacht de overheid, als de zorgwereld zo vol zit van dit soort bloedzuigers, laten we die dan maar als zodanig gaan benaderen, en laten we ze tegen elkaar uitspelen in een soort vrije markt, zodat ze elkaars tarieven laag zullen gaan houden, elkaar tot wolf zullen worden.

Maar wat bleek? Ineens waren de calculerende practicanthropi vol morele verontwaardiging over zoveel inmenging van bovenaf; alsof hun behandelingen niet altijd al naar de behoeften en naar de noden van de

²² Waarschijnlijk een vroege kruising tussen pithecanthropus erectus en homo economicus

patiënten waren geweest; alsof hun werk niet altijd al van betrokkenheid en van naastenliefde had overgelopen; alsof ze hun vrije avonden en weekenden niet hadden besteed aan bijscholingscursussen, ook toen er nog zonder accreditatiepunten werd gewerkt en toen de mensen nog vrijwillig naar cursussen gingen, enzovoort; alsof ze geen betrokken hulpverleners waren, maar eerder profiteurs van andermans ellende, doodgravers van levende wrakken, van gekneusde medemensen die zich aan hun lot probeerden te onttrekken door zich in de folterkelders van deze meedogenloze diersoort te begeven en zich aan hen toe te vertrouwen . . .

3.2 De psychotherapeut en het lieveheersbeestje

We kunnen iets leren van de postmoderne opvattingen van Bruno Latour over de ontwikkeling van wetenschap en over het proces van wetenschappelijk onderzoek: ‘Kijk naar het gedrag van de wetenschapper, en onthoud je van enig oordeel over de dingen waar de onderzoeker zich mee bezighoudt.’ Een dergelijk agnosticisme²³ maakt het mogelijk om wetenschapsbeoefening te beschrijven als een bezigheid op zich, in plaats van alleen te letten op de uitkomsten van die wetenschappelijke bezigheden.

We hoeven geen wetenschapssocioloog te worden zoals Latour, om te begrijpen dat het inderdaad mogelijk is om het gedrag van onderzoekers te bezien met dezelfde afstandelijkheid als waarmee iemand het gedrag van lieveheersbeestjes in een moestuin kan observeren. Dat is vooral interessant als we ons niet speciaal interesseren voor de bladluizen die door deze lieveheersbeestjes zoal worden opgegeten, of voor de onderwerpen waar die wetenschappers zich zoal druk over wensen te maken. Want dan zouden we ons maar verliezen in de eindeloze diepten van de wetenschap. Nee, laten we aan de oppervlakte blijven.

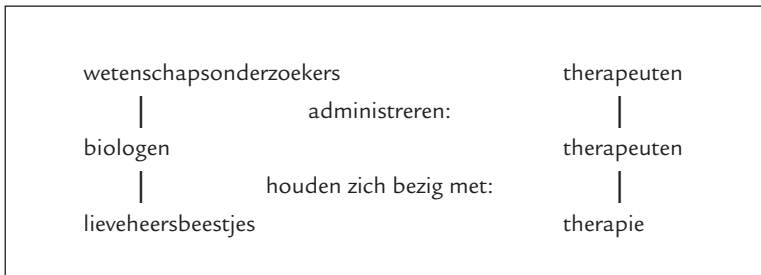
Dus we willen even niets weten over de inhoud van psychotherapie, en in het bijzonder over de soorten processen, interacties, verschuivingen en stagnaties die in een psychotherapie zoal kunnen voorkomen. We willen even niet weten waar die psychotherapeuten zich mee bezig houden, waar ze op vastlopen, waar ze inspiratie vinden, waar ze bang voor zijn. We willen ook even helemaal niet weten wat goede therapie van slechte onderscheidt.

²³ Vergelijk Latour's *The pasteurization of France*. Zie bijvoorbeeld: M. Madison (2001). Hieruit: ‘Agnosticism in matters of science is the only way to start without being trapped on one side of the many wars being fought by the guardians of science's borders. (PoF, p. 6.)’

Nee, net als de mensen die belangrijke functies in dit land uitoefenen, zijn we eventjes uitsluitend geïnteresseerd in wat psychotherapie zoal kost. En dan is het handig om je net zo agnostisch op te stellen als Latour. We kunnen dan het gedrag van psychotherapeuten gewoon registreren aan de hand van schema's die op zichzelf helemaal niets te maken hebben met de aard van de werkzaamheden; schema's die een soort vergelijkbaarheid binnen de branche mogelijk maken, zoals we het gedrag van biologen kunnen registreren aan de hand van schema's die op zichzelf helemaal niets te maken hebben met lieveheersbeestjes.

Ja, inderdaad, als we alleen maar willen weten wat iets kost, dan kunnen we tellen en sorteren zoals we het zelf willen. We moeten dan alleen niet ook nog geloven dat we iets hebben begrepen van hetgeen we tellen, of het nu gaat om lieveheersbeestjes of om psychotherapie.

Niemand verwacht van de biologen dat ze ook hun eigen functioneren zelf alvast op handige formulieren noteren. Maar degene die geacht wordt de verrichtingen van de therapeut te noteren, is allereerst de therapeut zelf.



Een goede therapeut houdt zich niet alleen bezig met zijn therapeutische werk, maar treedt ook in de rol van zijn eigen chroniqueur, administrateur, rapporteur en pr-manager. Zo verdwijnt er een belangrijk onderscheid tussen de werkelijke situatie in een therapie, en de administratie ervan. En zo kan een goedwillende overheid, of een kwaadwillende organisatie-deskundige, gaan geloven dat de geestelijke gezondheidszorg heus wel kan worden aangestuurd en verbeterd, als we maar beschikken over de gewenste administratieve gegevens. Welke gegevens dan zoal relevant zijn, en de manier waarop die gegevens zijn verzameld, alsook welke verkleuringen daarbij zijn opgetreden, zijn lastige vragen die voor het gemak daarbij worden overgeslagen.

3.3 Twee formules voor schone schijn in drie handige stappen

3.3.1 Marginaliseren en banaliseren van het onderwerp

Allereerst is er de behoefte van beleidsmakers om te weten hoe het in de werkelijkheid toegaat, daarginds, buiten de muren van de dienst, het ministerie, de organisatie, de afdeling. Daarvoor ontwerpt men meetinstrumenten. Dit zijn soms sociologische vragenlijsten, soms economische productiecijfers, soms van alles een beetje. Vaak worden metingen gedaan op een manier die handig uitkomt, bijvoorbeeld omdat we toch al een vragenlijstje hadden rondgestuurd waarin een vraag stond die een klein beetje lijkt op hetgeen we nu willen weten. Die vraag is dan niet speciaal ontworpen voor dit doel; nee, hij stond toch al in de enquête, en dus kunnen we hem ‘meenemen’ in ons onderzoek. Dit heet ‘instrumentalisme’. We laten ons leiden door de mogelijkheden of de beschikbaarheid van het instrument, niet door de eisen die het object van onderzoek aan ons stelt.

Zo worden er data verzameld met een niet geheel geschikt meetinstrument. Deze data worden dan gezien als betekenisdragers; zij staan voor de variabelen die de beleidsmakers wilden onderzoeken. De vraag is natuurlijk: klopt dat wel, betekenen die data wel datgene waarvoor ze worden aangezien, worden de beoogde variabelen hiermee wel goed gemeten? Het antwoord wil nog wel eens tegenvallen.

Een bijzonder geval van dit type instrumentalisme doet zich voor als er geprobeerd wordt om een extra ‘handige’ maat te vinden, zodanig dat een computer of een administratieve onderzoeksassistent de meting voortaan zelfstandig kan uitvoeren. Er wordt dan gezocht naar formele kenmerken, zonder nog op de inhoud te letten. Bijvoorbeeld: of er *überhaupt* van een behandeling een intakeverslag aan de huisarts is verstuurd, en niet: of er een *goed* intakeverslag is verstuurd. Dat laatste is immers veel lastiger te beoordelen, en vergt inhoudelijke deskundigheid; het eerste vergt alleen administratieve vaardigheid. We kunnen dit een ‘marginale operationalisatie’ noemen, in analogie met de ‘marginale toetsing’ uit de administratieve rechtspraak. De marginale operationalisatie is bijzonder prettig voor onderzoekers en beleidsmakers die graag snel cijfers op tafel willen hebben, want zij hoeven daarvoor alleen maar aan de beschikbare databestanden te rammelen. Maar de marginale operationalisatie maakt de studie veelal banaal en draagt bij aan de formalistische reactie aan de kant van de onderzochte partijen.

3.3.2 De meetgegevens beïnvloeden (top-down)

Wat er gebeurt bij minder zinvolle metingen, weet iedereen die wel eens een proefwerk geleerd heeft om de punten. Het was dan bijvoorbeeld slim om extra hard te studeren op de werkwoorden, als de leraar had aangekondigd dat hij vooral over de werkwoorden vragen zou gaan stellen. Het proefwerk meet dan niet meer echt de kennis over de bedoelde stof, maar het heeft dan nog wel die naam, en het verkregen cijfer is beslist hoger voor die leerlingen die zich iets hadden aangetrokken van de hint die de leraar had gegeven. Zo leren wij hoe we onze cijferlijst kunnen opvijzelen: door goed te letten op de te verwachten vragen, dus op de manier waarop de meting zal plaatsvinden. Zo gaan beroepsbeoefenaars tegenwoordig het liefst naar bijscholingscursussen waarvoor ze accreditatiepunten krijgen, graag zoveel mogelijk, ook als ze daar minder interessante onderwerpen voorgezet krijgen.

Mensen, op wie een meting met een slecht meetinstrument wordt uitgevoerd, gaan de slechte kanten ervan misbruiken voor een goed doel, bijvoorbeeld zichzelf. Als ons gedrag geregistreerd moet worden, dan gaan we ons gedrag zo inrichten dat de uiteindelijke meetgegevens onszelf zo goed mogelijk zullen dienen.

3.3.3 De meetconclusies manipuleren (bottom-up)

Slechte metingen leiden dan tot misleidend gedrag, en niet alleen bij proefwerken, maar ook bij belastingformulieren, nascholingscursussen, jaarverslagen, etc. We doen de dingen dan niet meer zoals ze eigenlijk horen te worden gedaan, maar zó dat ze ons de minste ellende bezorgen en het meeste voordeel. We leren de woordjes waar de vragen over zullen worden gesteld, we doen onze administratie op een manier waar we voordeel van verwachten, kopen de boodschappen waarmee we de meeste bonuspunten kunnen sparen. Sollicitanten poetsen hun cv nog wel eens op in de richting die door de beoogde werkgever gewaardeerd zou kunnen worden. We kunnen dit misleidende gedrag herkennen als formalisme: we houden ons dan keurig aan het boekje, of aan de tabel, of aan de spelregels, maar wel op de manier die onszelf heimelijk het beste uitkomt.

Formalisme is een manier van handelen die zich in overdreven mate baseert op geldende regelgeving, een soort bureaucratisch fundamentalisme. We kennen het vooral van de ambtelijke stiptheidsacties, maar ook van leuke tv-reclames waarin een paarse opblaaskrokodil niet mag worden meegegeven aan een meisje in een zwembad, omdat het juiste formu-

lier nog niet is ingediend op het juiste tijdstip van de dag²⁴. Formalisme is een tactiek om zich te verschansen achter de klakkeloze toepassing van een regel. Men legitimeert zich met de letterlijke tekst van de regel, en doet afstand van bedoeling ervan, en van de mogelijkheid om zelfstandig te denken en verantwoordelijkheid te nemen.

Gedrag is aldus formalistisch, ongeacht of iemand een regel specifiek juist wel probeert op te volgen, dan wel deze specifiek probeert te omzeilen; in beide gevallen is de regel bepalend als legitimatie van het handelen. Een geraffineerde belastingontduiker is daarom evenzeer een formalist als een douaneambtenaar tijdens zijn stiptheidsactie.

Slechte metingen hebben evenzo het effect van maatregelen of regels. Mensen of instanties die zich moeten laten meten met slechte of oneigenlijke meetinstrumenten, gedragen zich naar de eigenschappen van die meetinstrumenten, en bekrachtigen daarmee tevens het nut en het belang van die meetinstrumenten. Ze legitimeren hun handelwijzen aan de eisen die de meting hun oplegt, en ze komen niet in verweer tegen de incorrecte meetmethoden²⁵. Maar zulk formalistisch gedrag gebeurt natuurlijk niet zomaar; het is een alibi voor andere belangen. Het gaat uiteindelijk om de bonuspunten die ze vangen als ze zich keurig aan die regel houden; dus als ze zich zo gedragen dat de meting voor hen het beste uitpakt. Zo zijn de citatiecijfers voor wetenschappelijke publicaties een veelgebruikt meetinstrument voor de belangrijkheid ervan, en evenzo weten de geleerde beoefenaren der wetenschap hun citatiecijfers op te krikken door allianties aan te gaan met collega's overzee, en dan uitbundig naar elkaars lucide schrijfwerk te verwijzen.

Zou zoiets banaals in de GGZ ook gebeuren? Zouden zorgaanbieders en hulpverleners hun administraties zo voeren, dat ze zich laten bepalen door de slechte meetinstrumenten, marginale operationalisaties, waaraan ze zich hebben moeten onderwerpen, terwijl ze ondertussen daarmee hun inkomsten kunnen ophogen, hun beoordelingen en evaluatiegegevens kunnen aanpassen, hun ongewenste patiënten eruit kunnen kegelelen, hun stukloonprijzen kunnen maximaliseren? Zou het in de GGZ net zo worden als in de ziekenhuizen, waar sommige verzekeraars de deskundigheid van een specialist zijn gaan afmeten aan het aantal operaties dat hij per jaar uitvoert? Het effect van zo'n meetwijze is die van een maatregel:

²⁴ http://www.youtube.com/watch?v=x_PVCENN9ZA&NR=1

²⁵ Zoals het ziekenhuis dat beroep aantekende tegen een oneigenlijke wijze van beoordelen van kwaliteit: <http://www.nu.nl/economie/2391318/slotervaart-krijgt-deels-gelijk-cz-lijst.html>

het prestatiecontract wordt dan gewoon nageleefd en ziekenhuis zorgt er voortaan wel voor, heel formalistisch, dat het gewenste operatiequotum wordt gehaald. En hoe gaat zo iets dan? Door specialisten handiger in te roosteren, maar ook door meer patiënten een operatie aan te smeren. Zou het in de GGZ net zo worden als bij de politie enkele jaren geleden, toen de agenten met een prestatiecontract op zak rondliepen, en daarvoor soms wel eens ietsje vaker een bon wilden uitschrijven voor kleinere vergrijpen²⁶? Want als het contractueel nou eenmaal nodig is, dan doen we dat gewoon. Zo wilde de minister van VWS voor 2012 een bedrag van 53 miljoen²⁷ gaan bezuinigen op de kosten van de GGZ, alleen al door de behandelingen voor aanpassingsstoornissen voortaan niet meer te laten vergoeden. Dat was een slim idee van de minister, want tot en met 2011 werden de aanpassingsstoornis-DBC's juist beter betaald dan de depressie-DBC's. De diagnose 'aanpassingsstoornis' werd daarmee dus gestimuleerd, en een jaar later werden de behandeling van deze aandoeningen ineens niet meer vergoed. Maar dan zou het zomaar kunnen gebeuren dat patiënten op een dag met een andere diagnose thuiskomen, een waarvoor hun behandeling toevallig nog wel vergoed wordt. Ook wilden de zorgverzekeraars in 2012 heel graag dat de aanbieders van tweedelijns GGZ zich vooral veel minder dan in 2011 met eerstelijns problematiek zouden bezighouden, en ze hoopten dat te kunnen beoordelen en afdwingen, door te kijken naar het aantal geleverde kortdurende behandelingen. Deze gingen dan op de bon. Maar dan zou het op een dag zomaar kunnen gebeuren dat een patiënt die in de tweede lijn per ongeluk een keertje wel voldoende zou hebben gehad aan een kortdurende behandeling, toch nog even wat langer in behandeling moet blijven, omdat de behandeling anders als 'kortdurend' te boek zou staan, iets wat bij de verzekeraars op weinig begrip zou kunnen rekenen.

De gemakzucht van de beleidsmakers zorgt dat ze (voor henzelf) reuze handige, doch uiteindelijk (voor anderen) minder geschikte meetinstrumenten en meetmethoden zijn gaan gebruiken, en dat daardoor niet alleen de werkelijkheid vertekend in beeld wordt gebracht, maar dat ook de uitgeoefende dwang nieuwe knopen en bochten in de werkelijkheid legt, en dat de mensen, op wie de dwang wordt uitgeoefend, leren hoe ze de gemeten waarden kunnen manipuleren en flatteren volgens de opgelegde spelregels.

²⁶ zie bijvoorbeeld: <http://binnenland.nieuws.nl/236749>

²⁷ NRC-Handelsblad, 10 juni 2011.

Instrumentalisme bij de onderzoekers leidt tot formalisme bij de onderzochten. Onderzochte instanties, zoals zorgaanbieders, belonen het instrumentalisme wanneer ze zich formalistisch gaan gedragen. Twee principes ontmoeten elkaar in het gemak om zich te verschuilen achter de schone schijn. Deze principes zal ik in het volgende hoofdstuk verder uitwerken. Eerst trakteer ik nog op een saaie paragraaf.

3.4 Validiteit, niet zo'n praktisch dingetje

Validiteit heeft te maken met de betekenis van de gevonden cijfers, de gemeten scores. Betekent de toename van het zwerfvuil in de bossen rondom Maastricht inderdaad dat de mensen voor hun grofvuil liever niet de kosten betalen bij de nieuwe milieustations? Betekent de afname van het aantal verkochte sigaretten óók dat er, per roker, minder van worden opgestoken? De validiteit van de metingen (is dit observeerbare gedrag een functie van de bestudeerde problematiek, en zo ja, hoe) is meer en meer het ondergeschoven kindje in de huidige (sociaal-wetenschappelijke) wetenschapsbeoefening.

Scores verzamelen is niet zo heel moeilijk. Veel moeilijker is het, te beoordelen in welke mate de verkregen scores betekenen wat wij hopen dat ze betekenen. Veel gemakkelijker te beantwoorden is de vraag of gemeten waarden met elkaar samenhangen. Daarvoor hebben we software, zulke goede zelfs dat het soms gewoonweg knap is om geen enkel statistisch verband tussen gegevens te ontdekken.

Niets is dus heerlijker dan reeds aanwezige gegevens met elkaar te vergelijken, als we die gegevens toevallig toch al hadden liggen, of als er toch al een vraagje ergens in een reeds uitgebrachte enquête gesteld werd, een vraagje dat alleen aan de buitenkant lijkt op hetgeen we eigenlijk bedoelen. We hoeven straks namelijk alleen nog maar onze bureaula open te laten glijden, en kijk: daar liggen onze gegevens al. We hoeven ons dan niet eerst af te vragen óf deze gegevens wel kunnen dienen als de betekenisdragers die antwoord moeten geven op onze huidige onderzoeksvraag.

Vragen over de validiteit hebben veelal betrekking op de manier waaróp iets is gemeten: kan dat wel zo, op deze manier, of hadden we het anders moeten meten? Validiteitsvragen kunnen ook betrekking hebben op de conclusies: kunnen we met deze (statistisch zéér significante) gegevens hier überhaupt wel iets zeggen over datgene wat ons eigenlijk bezighield?

Maakt het nou eigenlijk iets uit dat in deze twee experimentele condities verschillende waarden worden gevonden?

Dit zijn vervelende vragen. Dat wil zeggen: ik vind ze leuk, maar toen ik lang geleden nog geen psychotherapeut was en op het CBS werkte als methodoloog, ontdekte ik dat anderen die vragen beslist veel minder leuk vonden: *niet zeuren, doorwerken, er moet straks iets uit het onderzoek blijken, graag*. Dat was zeer leerzaam. Het wordt niet op prijs gesteld als je gaat jammeren over de onbenulligheid van bepaalde items in een vragenlijst, die beogen iets minder onbenulligs te meten²⁸. Methode is methode! (Waar heb ik dit eerder gehoord?) Het wordt ook niet echt gewaardeerd als je een érg domme operationalisatiefout ontdekt, terwijl je in eerste instantie gewoon om uitleg en toelichting had gevraagd bij de voorzitter van de ambtelijke stuurgroep die daarover al een jaar of wat had zitten vergaderen met landelijke vertegenwoordigers van de diverse beroeps-groepen en andere partijen²⁹. Soms zijn operationalisaties gewoon fout, omdat de betrokken onderzoekers niet weten waar ze over praten. Maar soms zijn ze fout omdat het gewoon zo ontzettend handig uitkomt als we X kunnen laten doorgaan voor een maat voor Y. En dan is er ineens heel iets anders aan de hand. Geen onwetendheid, maar gemakzucht.

Het effect van dit alles is dat een meting vaak wetenschappelijk heet, gewoon omdat het een meting is, uitgevoerd door een instantie waar afgestudeerde figuren werkzaam zijn, waar soms zelfs een hooggeleerde zijn naam en reputatie aan heeft verbonden. Cijfers hebben status, het is beter om cijfers te hebben dan om ze niet te hebben, en of die cijfers iets voorstellen, of de metingen valide zijn geweest: tja, heeft u iets tegen cijfers? We hebben zo te maken met een bijzonder giftige variant van onderzoek doen, waarin het niet meer gaat om inhoud, maar om überhaupt *iets* te kunnen rapporteren³⁰, en waarin niet meer erop wordt gelet om ook de validiteit van de metingen te waarborgen.

²⁸ Het CBS wilde in die tijd de validiteit van de metingen nog wel eens ergens op een onopvallende plek zetten, zoals een voetnoot.

²⁹ Zie hierover ook voetnoot 16.

³⁰ Sommige mannen zijn net zo ongenueanceerd met vrouwen en er is een spreekwoord over wat een boer zoal deed die in dit opzicht weinig nuances wenste te maken. De taalkundig geïnteresseerde lezer vindt hierover bij Wikipedia iets onder 'apologisch spreekwoord', ongeveer in de trant van 'data zijn data'. Over het algemeen zijn zorgverzekeraars meer dan de overheid geïnteresseerd in validiteit, omdat ze weten dat invalide gegevens wel degelijk veel extra geld kunnen kosten. In voetnoot 70 geef ik een voorbeeld van een maat voor de kwaliteit van het geleverde werk, die door de zorgaanbieder zelf kon worden gemanipuleerd en waarvan een goede score bovendien extra geld opleverde.

Het feit alleen dat voor een variabele ergens een bepaalde operationalisatie is gebruikt, lijkt meer en meer een voldoende legitimatie te zijn om die operationalisatie dan ook maar voor iets anders te gebruiken – alsof ik zomaar de zenuwpillen van mijn tante mag slikken, als die van mijzelf op zijn. Zo kan de vastgestelde operationalisatie zelfs een nieuwe betekenis gaan geven aan het object van studie, datgene wat men beoogt te meten. Dergelijke degeneratieve ontwikkelingen zijn regelmatig gesignaleerd³¹. Een voorbeeld daarvan vinden we in het fenomeen dat kwaliteitsmetingen, die zorgaanbieders bij zichzelf hebben verricht ten behoeve van de interne feedback, steeds vaker ook aangeleverd dienen te worden aan externe instanties, zoals financiers of inspectie, om aan te tonen hoe goed de geleverde zorg wel is. Maar dáár waren die metingen helemaal niet voor bedoeld³². Voor intern gebruik weten we wel onder welke condities een evaluatie is uitgevoerd, en kennen we de context waarbinnen een score is gegeven. We kennen zelfs de patiënt en we weten vaak wat hij er als toelichting bij heeft genoteerd. Maar als die metingen nu ineens gebruikt moeten gaan worden voor de externe vergelijking met andere zorgaanbieders, dan kan het gebeuren dat ze gemakkelijk verkeerd worden geïnterpreteerd. Om dat te voorkomen, zal de zorgaanbieder dan in het vervolg ervoor zorgen dat de kwaliteitsmetingen niet onnodig negatief zullen overkomen bij de buitenwereld, en zo verliezen ze vanzelf hun oorspronkelijke functie van *interne* feedback.

Voor psychotherapie geldt bovendien de bijzondere situatie dat veelal pas achteraf, als de therapie bijna klaar is, met de wijsheid achteraf een maat kan worden gedefinieerd die echt geschikt is om de relevante variabele te meten waar de behandeling betrekking op heeft gehad. Een dergelijke variabele van tevoren vast te stellen, zou weliswaar methodisch veel handiger zijn, maar leidt vaak tot beroerde validiteit. De onderlinge vergelijkbaarheid van zorgaanbieders wordt daar natuurlijk ook niet beter van.

De nieuwste mode in het meten van behandelresultaten heet 'ROM'. Hierop kom ik in paragraaf 7.1 terug. Het gaat hier om vragenlijsten die de patiënt zelf, soms wekelijks, moet invullen over zijn toestand. Deze vragenlijsten hebben vooral concrete klachten als focus. Dit leidt tot sys-

³¹ Bijvoorbeeld in het IQ-onderzoek (intelligentie is wat de IQ-test meet). Zie ook Gould (1994).

³² De Stichting Benchmark GGZ blijkt dit probleem van oneigenlijk gebruik van meetgegevens ineens vreselijk goed te begrijpen, wanneer Van Os e.a. (2012) een kritisch artikel schrijven en wijst meteen van zich weg in de richting van de zorgverzekeraars (<http://www.sbggz.nl/Home/ROM-in-de-psychiatrie-vooruitgangsgeloof-of-echte-vooruitgang.aspx>).

tematische vertekeningen: veel problemen in psychotherapie betreffen helemaal niet concrete, duidelijke klachten; veel ontwikkelingen in een therapie zijn helemaal niet geschikt om middels een opiniemetinkje te registreren.

Moeten we ons dan maar tevreden stellen met minder zinvolle meetinstrumenten waarmee zorgaanbieders wél kunnen worden vergeleken en trends over de jaren kunnen worden gevolgd? Moeten we dan vooral meten op dimensies die zich lenen voor onderlinge vergelijking, zoals concrete gedragsmatig observeerbare klachten, tevredenheid van de cliënt, lengte van de wachttijd³³, kenmerken van de bejegening (in plaats van óf en hóe de behandeling het echte probleem heeft helpen aanpakken en oplossen)?

Soms wordt zelfs vastgehouden aan een slecht meetinstrument, bijvoorbeeld een slechte vragenlijst, als men weet hoe slecht deze is. Dat kan gebeuren als men vooral de verkregen cijfers wil kunnen blijven vergelijken met die van vorige jaren. Als men dan ineens een ander, beter, instrument zou gaan gebruiken, kan men geen trends over de jaren meer beschrijven. Dat is dan zo jammer, zegt men, dat men het maar liever bij de oude vertrouwde ellende houdt. Ook het toegeven, publiekelijk, dat een meetinstrument gefaald heeft, is niet bevorderlijk voor het prestige van de metende partij, en dat is dan een reden om maar met het oude instrument verder te hobbelen.

Ten slotte worden sommige meetinstrumenten gebruikt binnen machtsrelaties, waarbij de onderzochte partij afhankelijk is (of zich afhankelijk voelt) van een gunstige uitkomst van de metingen. Wanneer dit het geval is, werkt het meetinstrument tevens als middel tot beïnvloeding. In het onderwijs is dat gangbaar: zorg voor goede rapportcijfers, want anders blijf je zitten. Het proefwerk dient dan niet alleen als meting van de kennis van de leerling, maar ook als middel om de leerling tot het gewenste gedrag te dwingen, het behalen van goede punten. De belastingaangifte werkt eveneens zo: de belastingplichtige gaat op zoek naar zoveel mogelijk aftrekposten. Een beïnvloedend meetinstrument heeft zo zijn voor- en nadelen voor de betrokken partijen, maar om er toch zuivere meetresultaten mee te verkrijgen, dient het extra zorgvuldig te zijn gebouwd, naarmate de score gemakkelijker zou kunnen worden gemanipuleerd door de onderzochte partij.

³³ Hoewel dit kenmerk ook al op zeer diverse wijze gemeten kan worden en dus tussen zorgaanbieders niet zó vergelijkbaar is, als waarschijnlijk was beoogd (zie ook voetnoot 16).

Juist deze zorgvuldigheid is niet het geval in de grote keur van kwaliteitsmetingen die tegenwoordig op de GGZ worden losgelaten: de meetinstrumenten hebben hier veelal een zeer beperkte validiteit, vanwege moeizame operationalisaties, en de genoteerde scores zijn veelal goed masseerbaar in de richting van de belangen die de onderzochte partijen daarbij voor zichzelf zien. Wanneer de kwaliteit van de zorg afhankelijk wordt van deze mix, ontstaan gevaarlijke situaties.

Een leerling kan minder gemakkelijk een te hoog cijfer scoren, wanneer er puur op inzicht wordt getoetst; als er daarentegen op het proefwerk zuivere 'weetjes' worden gevraagd, dan kan de leerling die kort van tevoren nog even goed bij zichzelf instampen, om ze daarna weer snel te vergeten. Een geschiedenisproefwerk stelt aldus hogere eisen aan de vragen dan een wiskundeproefwerk, indien de docent echt een valide meting van de kennis wenst, en niet een tijdelijk leereffect snel wil vastleggen. Een vragenlijst waarmee een zorgaanbieder in de GGZ gemakkelijk zichzelf gunstiger kan presenteren, is evenzo minder geschikt als instrument bij het vaststellen van budgets³⁴.

Laten we met elkaar vooral niet te verbaasd zijn, wanneer straks blijkt dat de zorgsector zó graag goede punten wilde behalen dat zij voor het goede doel haar eigen rapportcijfers ging 'verbeteren'.

³⁴ Zo hadden de zorgverzekeraars besloten, landelijk, om voor de vaststelling van de budgets voor 2011 ook te gaan letten op het aantal zogenaamde 'unieke inschrijvingen', dat wil zeggen het aantal ingeschreven patiënten dat in 2010 niet meeliftte in een andere DBC, maar voor wie in dat jaar een eigen, nieuwe, DBC was geopend. Het aantal niet-unieke inschrijvingen van 2010 zou dan afgetrokken moeten worden van het over 2010 afgesproken aantal nieuwe inschrijvingen (unieke + niet-unieke) en dit zou dan als de norm gelden voor het af te spreken totale(!) aantal inschrijvingen voor 2011. Uiteraard hadden de zorgaanbieders er dan juist belang bij om het aantal niet-unieke inschrijvingen over 2010 zo hoog mogelijk op te geven. Dit aantal werd nergens meer gecontroleerd en een aantal extra erbij verzonnen, niet-unieke inschrijvingen in 2010 maakte het dan mogelijk om voor 2011 het toegestane budget over des te minder (!) nieuwe patiënten te verdelen. De prijs per nieuwe inschrijving in 2011 kon aldus probleemloos worden vergroot met een ophoogfactor = $1 + x$, waarbij $x = (\text{aantal extra erbij genoteerde niet-unieke inschrijvingen in 2010}) / (\text{totaal aantal inschrijvingen in 2010})$. Zo gaven de verzekeraars onbedoeld ruimte voor extra stijgingen van de behandelrijzen per nieuw ingeschreven patiënt, telkens wanneer een zorgaanbieder een te hoog aantal niet-unieke inschrijvingen over 2010 opgaf. Uiteraard was er geen reden om te veronderstellen dat er iets mis zou zijn met de eerlijkheid van zorgaanbieders in dit opzicht, maar de meetwijze van de verzekeraars, alsook de wijze waarop ze hun maatregel uitvoerden, gaf alle mogelijkheid tot oneigenlijke en permanente prijsstijgingen, welke eerst per budgetovereenkomst werden vastgelegd voordat ze, bij nacalculatie, nog eens zouden kunnen blijken onterecht te zijn geweest.

4 De Wet van de Hamer en de Wraak van de Pennenlikker: hoe u geheel nieuwe vrienden kunt maken en mensen kunt beïnvloeden

We kunnen twee storende principes herkennen: de Wet van de Hamer laat ons vooral datgene meten en onderzoeken wat ons gemakkelijk uitkomt, en de Wraak van de Pennenlikker maakt dat wij ons vooral laten leiden door wat onze administratie ons voorschrijft om te doen, uit graaizucht en uit angst om van de norm af te wijken. Deze twee principes legitimeren elkaar en versterken elkaar. Daarbij sneuvelt datgene wat echt nodig is om te meten, of om te doen, en wordt de GGZ tot een kweekvijver van nieuwe ellende. Daarbij verdwijnt ook ieder besef van wat psychotherapie eigenlijk wél is en hoe complex die in elkaar steekt. De twee principes, instrumentalisme en formalisme, zal ik in dit hoofdstuk verder uitwerken. De psychotherapeut leert zijn plaats kennen in het systeem, ontdekt hoe en wie hij kan manipuleren met de nieuwe voordeeltjes die hij langs de weg van de minste weerstand oppikt, en leert zijn nieuwe vrienden kennen. De lezer zou misschien hard willen kunnen lachen om de opsomming van mislukte operationalisaties en om de bevoogdende manier waarop de Tariefsteller zoal heeft getracht om behandelbeleid centraal te beïnvloeden met behulp van wijzigingen in tariefstructuren en DBC-definities. Maar eigenlijk is dit een mistroostig verhaal, over hoe gemakzucht en prestige bepalend zijn voor de loop der dingen. Als de lezer vooral een blij gevoel wil overhouden, dan is dit hoofdstuk misschien net iets minder geschikt.

4.1 De Wet van de Hamer (instrumentalisme)

Een goede psychotherapeut herkent men tegenwoordig aan zijn glanzend opgepoetste weekstaten, zijn frisse prestatie-indicatoren, zijn Zichtbare-

Zorg-cijfers, zijn significant verbeterde GAF-scores³⁵, enzovoort. Allemaal cijfers, nota bene, die hij zelf over zijn patiënten moest invullen. Als de lieveheersbeestjes zelf een te moeilijk onderwerp van studie zijn, dan houden we ons toch zeker bezig met het gedrag van de biologen! Als de psychotherapeutische activiteit zelf te moeilijk is om te beoordelen, dan beoordelen we toch zeker gewoon de administratie van die akelige therapeuten! We kennen dit van de Monty Python-wedstrijd waarin binnen vijftien seconden een samenvatting moest worden gegeven van Prousts *À la recherche du temps perdu*³⁶.

Doordat de zorgaanbieder zijn eigen administratie voert, althans daarvoor zelf verantwoordelijk is, hebben we te maken met twee niveaus, zoals ook de timmerman en de loodgieter hun eigen werk moeten administreren.

Echter, het beroepsaspect van de psychotherapeut dat in de huidige ontwikkeling centraal is komen te staan is meer en meer zijn administratieve functioneren zelf, ten koste van zijn vakinhoudelijke functioneren! Laten we eens beginnen met uw administratie te bekijken, en als we daarna echt nog iets meer weten willen, dan kunnen we altijd nog even naar uw werk zelf gaan kijken. De administratie is namelijk gemakkelijker in te zien dan het therapeutische werk, vindt u zelf ook niet?

Bij een timmerman is dat niet zo. Het werk van de timmerman wordt heus nergens ter wereld beoordeeld naar de kwaliteit van zijn boekhouding, maar naar die van zijn werkstukken. Zo mooi als een schilder een foutje in een kozijn kan herstellen met plamuur en met een reële fysieke inspanning, zo mooi kan een psychotherapeut zijn fouten verbloemen met een beetje administratieve plamuur en een administratieve inspanning. De mate waarin de genoteerde therapeutische verrichtingen een ge-

³⁵ Deze afkorting staat voor Global Assessment of Functioning, waarin een patiënt een cijfer tussen 0 en 100 krijgt voor zijn globale functioneren, bekeken naar diverse levensterreinen. De GAF is uitermate subjectief, hetgeen beslist geen nadeel is voor behandeldoeleinden (zie ook paragraaf 6.8), maar wel bij statistische vergelijking van GAF-scores tussen patiënten van verschillende behandelaars. Door naar het verschil tussen de GAF-score aan het begin en aan het eind van de behandeling te kijken, kan de behandelaar een indruk krijgen van de resultaten van de behandeling, maar evenzeer van de bruikbaarheid van de GAF in het geval van de betreffende patiënt. Die bruikbaarheid kan wel eens tegenvallen. In paragraaf 4.1.2 ga ik daar verder op in.

³⁶ The All-England Summarize Proust Competition: 'Well, ladies and gentlemen, I don't think any of our contestants tonight succeeded in encapsulating the intricacies of Proust's masterwork. So, I'm going to give the award to the girl with the biggest tits.' (<http://orangecow.org/pythonet/sketches/proust.htm>)

trouwe weergave zijn van de feitelijke handelingen is gewoonweg niet in beeld en wordt kennelijk ook niet erg interessant gevonden.

Maar is een goed administrerende therapeut een goede therapeut? Nee. Is een slecht administrerende therapeut een slechte therapeut? Nee. Het enige dat we zeker weten is dat een slecht administrerende boekhouder een slechte boekhouder is. Maar zodra het moeilijke werk moet worden gemeten en beoordeeld, ontstaan er merkwaardige vertekeningen: goed en mooi werk leverende therapeuten worden voortaan beoordeeld op criteria die eigenlijk niet zo relevant zijn, maar die wel goed meetbaar en verwerkbaar zijn. Dus: meet maar vooral datgene wat haalbaar is, niet wat relevant is. Dit kunnen we, vrij naar Kaplan (1964) 'de Wet van de Hamer' noemen³⁷: meet wat je kunt meten, en wel omdat je het kunt meten; doe wat haalbaar is, niet wat nodig is. En haalbaar is de administratieve controle, niet de vakinhoudelijke controle. Haalbaar is de administratieve meetlat (deel de DBC's in naar de DSM-classificatie), niet de operationeel adequate meetlat (deel de DBC's in naar de vereiste behandelaanpak van de problematiek). De Wet van de Hamer betekent: begin maar gewoon ergens op te kloppen – want dát kunt u goed! – en ontdek dat u er met kloppen eigenlijk altijd wel komt. Nietzsche had het zelfs over 'filosofen met een hamer', dus waarom zou u dan meteen ander gereedschap wensen? Het klopt gewoon.

De mate waarin de geadmistrateerde therapeutische verrichtingen een getrouwe weergave zijn van de feitelijke handelingen, is gewoonweg bij de diverse dataverwerkende instanties niet in beeld en wordt misschien door deze ook niet erg interessant gevonden. Evenmin is in beeld of de gestelde diagnose ook de meest geschikte diagnose is. Dit betekent niet dat de zorginstellingen frauderen, maar wel dat een onjuiste weergave van zaken onopgemerkt kan passeren, gewoonweg omdat het in dit systeem helemaal niet gaat om de juistheid van de gegevens, maar alleen om de gemakkelijke beschikbaarheid ervan.

Daarvan kunnen veel voorbeelden worden gevonden. Drop-out, zorgzwaarte en kwaliteit zijn toevallig gekozen, maar het zijn toevallig geen onschuldige onderwerpen.

³⁷ 'I call it the law of the instrument, and it may be formulated as follows: Give a small boy a hammer, and he will find that everything he encounters needs pounding.' (Kaplan, 1964, p. 28)

4.1.1 Drop-out

Zo heeft de Inspectie belangstelling voor de drop-outgegevens van therapieën. Dat is een verstandig idee. Omdat er bij afsluiting van een DBC telkens toch al iets moet worden ingevuld over de reden van afsluiting van die DBC, dacht men aanvankelijk dat die antwoorden meteen mooi zouden kunnen worden gebruikt als een meting van drop-outs. In de kwaliteitsgegevens ('prestatie-indicatoren') die de Inspectie jaarlijks opvraagt ter gelegenheid van de jaarverslagen, werd aanvankelijk dan ook 'handig' gebruikgemaakt van de beschikbare DBC-afsluitgegevens. Maar de Inspectie merkte zelf dat het niet klopte, en maakte een kleine aanpassing aan de toelichting, zodat, letterlijk genomen, niet langer de DBC-afsluitcodes vermeld stonden. We lezen dan als definitie van wat 'drop-out' betekent, dat de afsluiting plaatsvindt als een *eenzijdige beëindiging (tegen het advies van de behandelaar)*³⁸, en we lezen ook als toelichting dat hiervoor géén apart meetinstrument is ontwikkeld, maar dat deze gegevens gehaald moeten worden uit de administratie van de zorgaanbieder. En hoe zou dat dan moeten? Er is een DBC-afsluitcode genaamd *Reden voor afsluiting bij patiënt/ niet bij behandelaar*³⁹. Maar deze is eigenlijk toch net iets anders dan hetgeen met 'drop-out' in de definitie bedoeld is. Dat weet de Inspectie natuurlijk ook heel goed.

Er zijn wat problemen met deze 'handige' manier van meten van drop-out. In de eerste plaats mogen we ons afvragen of de definitie wel klopt. Zo is het mogelijk dat een patiënt meteen na een intakegesprek reeds uitvalt. De DBC wordt dan afgesloten met de afsluitcode 5 (*Afsluiting na alleen pré-intake /intake /diagnostiek/ crisisopvang*), terwijl het wel degelijk om drop-out gaat. Deze relatief veel voorkomende vorm van drop-out is echter niet zichtbaar op basis van de DBC-afsluitcode. Hier is er nog geen sprake van uitval 'tegen het advies van de behandelaar', want die behandelaar is nog helemaal niet toegewezen. Maar de patiënt had waarschijnlijk al meer dan genoeg van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld vanwege de 'zweverig' zanikende intaker (die de hele tijd maar over de jeugd zat door te vragen), of vanwege de onvriendelijke telefoniste (die echt niet even wilde

³⁸ Zie: http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/GGZ/2zizo_ggz_basisset_pi_2009_2010.pdf (uitgebracht in maart 2009) en http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/GGZ/Kernset_PI_GGZ_2011/zizo_ggz_kernset_2011_prestatie_indicatoren.pdf (uitgebracht in december 2010)

³⁹ Dit is afsluitcode 1 van de codelijst 'Redenen afsluiting behandeling'. Zie de zogenaamde uitleveringen van de codelijsten door DBC-Onderhoud, bijvoorbeeld 'CL REDENSLUITEN', welke te vinden is op: <http://www.dbconderhoud.nl/nugeldende-documenten-en-tabellen/menu-id-298>

doorverbinden met de intaker). Echte drop-out dus, veel voorkomend, maar van een type dat niet als zodanig wordt genoteerd in de DBC-afsluitcodes.

In de tweede plaats kunnen we ons afvragen, als we dan toch met deze definitie gaan werken, of de genoteerde afsluitcodes wel datgene betekenen wat de Inspectie erin hoopt te kunnen lezen. Betekent afsluitcode 1 wel 'drop-out' (a)? En kan drop-out ook voorkomen ingeval er een andere afsluitcode is genoteerd (b)?

a)

De *reden van afsluiting* kan wel degelijk 'bij de patiënt liggen', terwijl deze toch geen echte drop-out is. De behandelaar vond bijvoorbeeld dat de therapie nog niet helemaal klaar was, maar de patiënt vond het resultaat zo wel goed genoeg. De therapie eindigt dan misschien suboptimaal, maar daarmee is er nog geen sprake van drop-out. Er kan zelfs een substantieel behandelresultaat zijn, dat voor de patiënt goed genoeg is.

b)

Omgekeerd kan het ook: een echte drop-out, die niet als zodanig in de afsluitcode herkenbaar genoteerd wordt. De patiënt weet bijvoorbeeld de behandelaar voldoende ervan te overtuigen dat het zo echt wel goed is geweest; de therapeut vult de afsluitingscode 3 in ('in onderling overleg beëindigd zorgtraject / patiënt uitbehandeld'), maar na enkele maanden komt de patiënt terug met een aanvullende hulpvraag. De therapeut denkt: *zie je wel, je was toch eigenlijk nog niet klaar*. Maar de DBC is allang opgestuurd en gedeclareerd. Daar kunnen we (of willen we) niets meer aan veranderen. Dit is voor de therapeut ook de meest aantrekkelijke optie, omdat hij, of zijn werkgever, wordt beoordeeld en gewaardeerd (en op termijn ook wordt gefinancierd) mede op basis van drop-outcijfers, niet op basis van heraanmeldingscijfers.

Misschien had de Inspectie gewenst dat de DBC-afsluitcodes helemaal niet gebruikt worden om drop-out te meten, en dat de instelling daarvoor nog een aparte administratie is gaan bijhouden. Formeel gezien mag de Inspectie zoiets natuurlijk hopen, maar zo gaat het natuurlijk niet in de praktijk. De Inspectie weet dat de DBC-afsluitcodes eigenlijk niet geschikt zijn, maar betracht hierin zelf niet de transparantie die van

de zorgaanbieders wel wordt verlangd. Niemand klaagt, dus er is geen probleem⁴⁰.

4.1.2 Zorgzwaarte

De zorgverzekeraars en de NZA zijn geïnteresseerd in iets dat ‘zorgzwaarte’ heet, een concept dat iets beoogt te vatten van de moeilijkheid van een behandeling: hoe zwaarder de problematiek, des te moeilijker de behandeling. Op zich is dat een logische gedachte, tot het moment van operationaliseren aanbreekt. Dan worden beschikbare gegevens gebruikt en dan worden deze geacht ineens ook een geheel nieuwe betekenis in zich te herbergen. Zo kan de lengte van de behandeling natuurlijk een handige maat lijken, maar dat niet zijn (zie hieronder, paragraaf 4.4.4). Of de zorgzwaarte wordt heel prettig vertaald naar het aantal DSM-IV-classificaties op de assen I en II waarop het probleem van de patiënt is weergegeven. Meervoudige problematiek wordt gedefinieerd als het vóórkomen van een of meer nevend diagnoses op as I en/of as II naast de primaire diagnose op as I of as II. Volgens de DBC-spelregels GGZ 2.3.4 immers dient een nevend diagnose te worden genoteerd, indien die zorgverzarend wordt geacht.

Echter: als er meer dan één classificatie genoteerd staat, dan betekent zoiets niet automatisch dat de problematiek dús zwaarder is. Het is elementaire propositiologica: *als a dan b* is niet equivalent aan *als b dan a*. Evenzo: ‘Als een nevend diagnose een zwaarder probleem indiceert, dan moet deze worden genoteerd in de DBC’ is niet equivalent aan: ‘Als er een nevend diagnose genoteerd staat in de DBC, dan is er sprake van een zwaarder probleem’. Dat is toch weer jammer, want het zou zo handig zijn als we hiermee een maat voor de zorgzwaarte hadden, maar dat valt zo eigenlijk nogal tegen. Er zijn immers genoeg andere goede redenen om nevend diagnoses te noteren. Meer (neven) diagnoses geldt daardoor nu ten onrechte als aanduiding van een zwaarder probleem.

Hierbij wordt bovendien geheel over het hoofd gezien dat de diverse DSM-assen met elkaar kunnen samenhangen, oorzakelijk en praktisch. Alcoholproblemen (as I) kunnen gemakkelijk leiden tot relatieproblemen (as I), maar ook tot financiële problemen (as IV), huisvestingsproblemen (as IV), familiebreuk (as IV), maar ze kunnen ook het gevolg zijn van een

⁴⁰ Dit is een veelvoorkomend denkpatroon. Zie bijvoorbeeld ook voetnoot 16, waarin deze redeneervorm door de betreffende ambtenaar werd gebezigd toen ik hem een jaar later opnieuw lastigviel over de meting van intakewachttijden.

of meer van deze, of van een nog niet goed begrepen persoonlijkheidsprobleem (as II) in de sfeer van hechtingsproblematiek.

De gebruikte operationalisatie leidt bijvoorbeeld ook gemakkelijk tot onjuistheden als er zowel op as I als op as II iets ingevuld staat. Juist bij persoonlijkheidsproblematiek (as II) is er namelijk ook vaak sprake van gerelateerde klachten op as I, echter zonder (!) dat zoiets de zwaarte van de problematiek vergroot. Integendeel, eigenlijk. Want als een patiënt met een persoonlijkheidsprobleem (as II) zich aanmeldt en daarbij vooral hulp vraagt voor (hieraan gerelateerde) problematiek op as I, dan is deze laatste doorgaans juist zeer nuttig voor een sneller verloop van de behandeling: de patiënt is dan vaak gemakkelijker en beter te motiveren voor de behandeling van de achterliggende ellende, dan wanneer er niet zo'n duidelijk probleem op as I bestaat.

Zo is iemand met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (as II) niet altijd gemakkelijk ervan te overtuigen dat hij zelf überhaupt een probleem heeft. Vaak immers worden de huisgenoten beticht van rommel maken; ze leggen de lepeltjes in de keukenla niet goed neer, ze laten de lamellen scheef erbij hangen, enzovoort. Als zo iemand daarbij echter ook nog een depressieve stoornis heeft ontwikkeld (as I), dan biedt die meestal sneller en duidelijker aanknopingspunten om kritisch naar zichzelf te gaan kijken.

Dit komt erg vaak voor, en een onderzoeker zou met goede reden gemakkelijk zo'n score op beide assen I en II kunnen gebruiken als aanwijzing dat de benodigde zorg juist minder zwaar is, dan wanneer er alleen op as II een classificatie ingevuld staat. Zo krijgt het begrip 'zorgzwaarte', dat op zich een betekenisvol concept is, uiteindelijk een betekenisarme operationalisatie. Onwetendheid, ongeïnteresseerdheid of gewoon luiheid leiden ertoe dat onderzoekers zich niet erg druk maken om de zorgvuldigheid van hun operationalisaties. Als we het probleem met een hamer kunnen bekloppen, dan doen we dat gewoon.

De zwaarte van de problematiek wordt ook afgemeten aan de zogenaamde GAF-scores. In wat is komen te heten de 'DBC-uitvraag' verlangen de zorgverzekeraars antwoorden van de zorginstellingen op een groot aantal vragen over de geproduceerde DBC's, en wel omdat de verzekeraars zelf niet kunnen beschikken over de DIS-gegevens. Ook hier geldt de Wet van de Hamer. De GAF-scores zijn namelijk helemaal niet geschikt om de zorgzwaarte te meten; maar ja, ze zijn aanwezig. In een toelichtend schrijven gaf de koepelorganisatie van de zorgverzekeraars (ZN) in 2009 en wederom in 2010 de volgende uitleg:

Om een indicatie te krijgen van zorgzwaarte van de populatie is er voor gekozen de start GAF bij openen DBC uit te vragen. Deze maakt deel uit van de minimale dataset uit DIS en is voor alle DBC's beschikbaar. Naast de start GAF-score bij openen van een DBC wordt ook de eind-GAF bij het sluiten van de DBC gevraagd. Voor beide geldt dat ze van toepassing zijn op alle afgesloten DBC's. U wordt verzocht de som van de start en eind GAF-scores in te vullen. Ondanks het feit dat we ons realiseren dat deskundigen twijfelen aan de betrouwbaarheid van het instrument, hebben we het toch opgenomen omdat het een verplicht veld is in de DBC-registratie en dus beschikbaar is.⁴¹

Men ziet bovendien uit naar de gegevens die via Routine Outcome Measurement beschikbaar gaan komen, staat er nog bij. Daar heeft men kennelijk veel vertrouwen in (zie paragraaf 7.1).

Misschien is het een ideeetje om de zorgzwaarte niet te meten naar aard van de DSM-classificatie, het aantal van die classificaties of het aantal DSM-assen waarop iets is genoteerd, maar naar de zwaarte van het therapeutische werk zelf. Daarvoor is een geheel ander type informatie nodig dan die welke de DSM-classificatie van het probleem ons kan bieden. In paragraaf 6.8 ga ik in op de zogenaamde 'dynamische diagnose' en de operationele waarde van interpretaties.

4.1.3 Kwaliteit van zorg

Sessieverslagen, brieven naar de huisarts, intervisiegroepjes, studiedagjes, enzovoort zijn leuk en aardig, maar hun inhoud is niet zomaar meetbaar op kwaliteit. Daarom telt inhoud in het algemeen niet mee bij de beoordeling van de geleverde kwaliteit van zorg, maar alleen óf er een tussentijdse evaluatie is, een brief aan de huisarts, een intervisiebijeenkomst, enzovoort. We kijken alleen of er iets te zien is op de tv, niet of het een interessant programma is; we kijken alleen of er noten geschreven staan, niet of er een melodie is. Ik heb dat een 'marginale operationalisatie' genoemd.

Een voorbeeld van slechte kwaliteit in de zorg: een landelijk optredende commerciële zorgaanbieder wil informatie over een bepaalde patiënt en stuurt dan een formulier waarop alleen maar staat dat de patiënt heeft verklaard *geen bezwaar te hebben tegen het verstrekken van medische gegevens aan [naam van die zorginstelling]*.

⁴¹ uit: Zorgverzekeraars Nederland, Factsheet DBC-GGZ-uitvraag, 29-1-2010, p. 1. Merk op dat de term 'betrouwbaarheid' gebruikt wordt, terwijl te hopen is dat de genoemde onderzoekers 'validiteit' hebben bedoeld.

U vraagt wat dit met kwaliteit te maken heeft? Welnu, dat er op het formulier helemaal niet met name genoemd staat wie hier zijn geheimhouding mag doorbreken, dus *van wie* de gevraagde informatie over de patiënt mag komen. De patiënt krijgt een formulier te ondertekenen voor een soort universele toestemming. Hoezo privacy? Wat mag de begunstigde zorginstelling, de vragende partij, vervolgens met dit formulier, als het eenmaal ondertekend is? Gewoon iedereen langsgaan, zonder dat de patiënt nog weet wie wel en wie niet. Het toestemmingsformulier is een vrijbrief geworden, en deze wordt gescand en per e-mail toegezonden aan ieder van wie enige informatie zou kunnen komen. Denkt men bij de term 'kwaliteit van zorg' ook aan dit soort dingen? Natuurlijk niet; veel te lastig.

Echt goed therapeutisch werk valt niet op door het sneller verdwijnen van concreet observeerbare klachten, of door een duidelijk hogere patiënt-satisfactie. Het wordt gekenmerkt door grotere diepgang en grotere duurzaamheid van de behaalde resultaten, grotere precisie van de interventies, waardoor veel omwegen en veel onnodige pijn worden voorkomen; allemaal dingen die juist een tikkeltje lastig zijn om te worden gemeten. Kwaliteit is iets dat moeilijk meetbaar is. Dus vervangen we het door afvinkbare kenmerken die wél meetbaar zijn. Het is alsof het niemand meer echt interesseert of hier wel of geen kwaliteit gemeten wordt. We noemen het gewoon kwaliteitsmeting, en basta⁴². De psychotherapie heeft zich zo lang onttrokken aan elke vorm van administratieve controle, dat de sector nu een regime opgelegd heeft gekregen, dat geen rekening houdt met relevante nuances, maar dat tenminste wel getallen, files, overzichten en rapporten oplevert.

Niet alleen de data die de beroepsbeoefenaar aanlevert zijn tamelijk willekeurig, ook de categorieën en de concepten die hij daarbij moet gebruiken geven op zijn minst aanleiding tot enig cynisme: ook deze gaan niet altijd over dat wat ze beogen te meten of te registreren. Ik ga elders⁴³ in op de diagnostische concepten die door de DBC-cultuur aan de sector worden opgedrongen voor zaken waar die concepten niet voor zijn bedoeld.

Zo krijgen we nu over psychotherapie een grote verzameling vermeende kwaliteitsgegevens, echter zonder dat duidelijk wordt wat deze betekenen in termen van kwaliteit⁴⁴. Anders gezegd: het goed meetbare adminis-

⁴² 'Meting en meetbaarheid gaan bepalen wat kwaliteit is' (Verhaeghe, 2011, p. 15)

⁴³ Paragraaf 6.2

⁴⁴ Zie ook voetnoot 146

tratieve gedrag van hulpverleners (hun kwantificeerbare administratie) is meestal geen relevant criterium voor de kwaliteit van het geleverde werk.

Hiermee is natuurlijk niet gezegd dat administratie niet relevant zou zijn voor het therapeutische werk. Een goede therapeut houdt bijvoorbeeld een begrijpelijk journaal bij van de therapiezittingen, zodat hijzelf, maar ook de patiënt of een collega kunnen lezen wat er eigenlijk aan de hand is in de therapie, wat er de vorige keer ook al weer gebeurde, hoe de behandeling zich ontwikkelt en waar het allemaal naar toe zou moeten gaan. De kwaliteit van zo'n journaal valt echter niet te kwantificeren, en dus bieden de statistieken hierover geen enkel inzicht. Voor de therapeut is zo'n journaal essentieel om snel te kunnen omschakelen (zowel vóór als na de therapiezitting); voor de patiënt is het van belang (ook wettelijk vastgelegd) om desgewenst toegang te hebben tot de gedachten van de behandelaar; voor de collega is het van belang om zo nodig te kunnen inspringen of meedenken. Het journaal is, denk ik, essentieel voor de kwaliteit van het werk, het is administratie die voor het werk zelf hout snijdt. Wordt er ergens beoordeeld of een therapeut dit doet? Of een cliënt of een externe behandelaar lang of kort moet wachten op gevraagde dossiergegevens, of een collega snel is ingewerkt, of het journaal bij een volgende sessie feitelijk als een geheugensteun dient, of er samen met de patiënt wel eens in wordt gekeken om te laten zien hoe de therapeut het voor zichzelf had genoteerd? Natuurlijk wordt dit alles nergens beoordeeld; het interesseert de Tariefsteller niet voldoende, want het is niet te kwantificeren.

Maar hoe is kwaliteit van het werk zelf te meten? We zouden natuurlijk ook video-opnamen van sessies kunnen gaan bestuderen, de therapeut erover interviewen, ontwikkelingen in het (verbale en non-verbale) afweergedrag van de patiënt analyseren, sessieverslagen lezen, veranderingen in het taalgebruik van de patiënt opsporen, enzovoort; maar dan hebben we het wel over onderzoek dat iets meer geld en moeite kost dan een opiniërend vragenlijstje. De ellende is dat we niet altijd bij aanvang kunnen overzien hoe we de kwaliteit van het werk echt moeten gaan meten, terwijl datgene wat we natuurlijk altijd wel kunnen doen, vaak niet goed genoeg is, maar *het is tenminste iets*. Moeten we dan maar 'tenminste iets' doen? Het heeft wel iets van die vergeelde mop over een stilstaand horloge, dat volgens de computer de juiste tijd 'ten minste' tweemaal per etmaal zou weergeven. Beter iets dan niets.

Er zijn veel behandelaars die zich niet echt interesseren voor de belangen van hun patiënten⁴⁵. Dit fenomeen is natuurlijk bekend in kringen van kwaliteitscertificering. Om zoiets dan toch een beetje te kunnen tegen gaan, wordt in de nieuwe HKZ-normen 2009 voor de GGZ een groot belang toegekend aan de tevredenheid van de patiënten, die hier als klanten worden beschouwd:

[Norm 4.1.2:] *De eisen, behoeften en verwachtingen van klanten zijn door de organisatie bepaald en komen tot uiting in het beleid, met als doel de tevredenheid van de klanten te vergroten.*

Maar ja, als zelfs de eisen aan het kwaliteitsmanagementsysteem van een zorginstelling voorschrijven dat de klanttevredenheid tot doel moet worden genomen, dan wordt de tevredenheid tot een belangrijk criterium gemaakt voor de kwaliteit, terwijl die dat eigenlijk niet zou mogen zijn. We gaan dan tevredenheid meten, en we gaan de zorg zo inrichten en aanbieden dat die tevredenheid ons criterium wordt. En wat krijgen we dan? Dat we de patiënten naar de ogen willen kijken, of moeten kijken, omdat dáárvan ons geld gaat afhangen. Dan worden we minder goed beoordeeld bij de satisfactiemetingen, en dan hebben we het ‘dus’ toch niet goed genoeg gedaan. Dit geldt voor psychotherapeuten die een patiënt zouden willen wijzen op iets dat minder welkom is en minder prettig overkomt; het risico dat de patiënt hiervan ontevreden raakt, kan dan niet meer vrij worden genomen. Het wordt de therapeut moeilijker gemaakt om de patiënten niet naar de mond te praten; het wordt eenvoudiger om dat vooral wél te doen. Zoiets geldt ook voor huisartsen die bijvoorbeeld geen zin hebben om een overbodig antibioticakuurtje voor te schrijven dat door de patiënt wordt verlangd. Zo’n patiënt gaat gewoon naar een andere huisarts, waar hij het gewenste recept wel krijgt.

Wat er mis is met ‘klanttevredenheid’ als criterium voor kwaliteit, is dat de ‘klant’ allereerst ‘patiënt’ is, en dat betekent: hij weet of kan het zelf niet meer goed genoeg; de dokter of therapeut wordt geraadpleegd omdat deze zich daarvoor juist als beterveter beschikbaar stelt⁴⁶, in volle integriteit. Tevredenheid is meer iets voor consumenten van een product of dienst, die wél zelf kunnen beoordelen of de taxichauffeur een beetje naar eau de cologne stinkt. Bij patiënten is dankbaarheid (of, als u dat liever heeft: erkentelijkheid) een beter criterium. Maar dat is niet zo lekker

⁴⁵ Zie hoofdstuk 5 over obstitutie.

⁴⁶ Zie hoofdstuk 11 over consumptie en nood.

even in een scorebaar vragenlijstje ‘mee te nemen’, en dat is ook precies hoe de Wet van de Hamer hier tot fouten leidt.

Ook wil de Inspectie jaarlijks geïnformeerd worden of wij als zorgaanbieders wel een zorgovereenkomst met de patiënt afsluiten. Dat is belangrijk, roept iedereen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat patiënten met wie een overeenkomst is gesloten een beter resultaat hebben. Shared decision making, patient consent, patient compliance, enzovoort. Nee, beste Inspectie, er is iets anders gebleken: patiënten die bij de huisarts of bij de specialist in het ziekenhuis komen en met wie fatsoenlijk wordt overlegd over de mogelijkheden van therapie, tonen een groter commitment aan deze therapie, slikken trouwer hun pillen, haken minder snel af, begrijpen beter waarom ze de oefeningen moeten doen, of waarom ze rust moeten houden, enzovoort. Zulke patiënten heeft de verzekeraar natuurlijk ook graag, want die kosten minder; de dokter moet dus leren om te overleggen met de patiënt; dat is voor de dokter ook prettiger.

Geldt dat ook voor de psychotherapeut? Nee, hier is heel iets anders aan de hand: de ‘shared decision making’ is een steeds terugkomend element in het proces zelf. De patiënt moet reflecteren op zichzelf, zijn gevoelens, de probleemsituaties, de situatie in de therapiekamer. Consensus is wel van belang, maar anders. Het gaat er hier vooral om dat de patiënt ermee instemt om zijn crisis door te werken. Als de patiënt dat als gezamenlijke taak begrijpt en accepteert, dan hoeft er niet meer consensus te zijn dan dat. Het hoeft dus niet bij voorbaat duidelijk te zijn hoe de crisis in het therapeutische proces er zal uitzien en hoe die zal voelen. De patiënt hoeft de therapeut zelfs niet eens prettig te vinden, hij hoeft niet tevreden te zijn over de behandeling, de klachten hoeven niet geleidelijk aan afnemen; ze mogen zelfs tijdelijk verergeren, ook al is dat niet iets wat we iemand gunnen. Laat u verrassen, kom ook in therapie! We doen de patiënt niet méér recht als we meer detail geven over de behandelvorm, want deze kristalliseert zich pas tijdens de rit uit, althans bij therapieën die zich niet strikt op een protocol baseren. We kunnen natuurlijk wel over onze methodiek uitleg geven, maar daar zit iemand meestal niet op te wachten. Natuurlijk is het nuttig dat we met de patiënt, conform de WGBO, een overeenkomst sluiten, waarop deze zich kan baseren en waarop we als behandelaars aangesproken kunnen worden. Het mag niet voorkomen dat een patiënt niet begrijpt waar de behandeling voor dient, of hoe lang die ongeveer zou kunnen duren; maar dat is iets anders dan de ‘shared decision making’ waarvan de resultaten zo gunstig zouden zijn, dat er een kwaliteitsmaat (prestatie-indicator) van wordt gemaakt. In pa-

ragraaf 7.1 kom ik nog terug op de zorgovereenkomst en de bijbehorende prestatie-indicatoren. Waar het nu om gaat: als de zorgovereenkomst aldus wordt gebruikt als een belangrijke maat voor de kwaliteit van het psychotherapeutische werk, hebben we daar in het werk vooral last van. We willen toch geen onvoldoendes halen? Zullen we dan toch alvast maar protocollair gaan werken?

4.2 De vele voordelen van een 'goede' administratie

4.2.1 Fout gemeten is fout geweten

Er is iets aan de hand met foute metingen. Wie aan foute metingen onderworpen wordt, kan daar rekening mee gaan houden. Elk nadeel heeft zo z'n voordeel, zoals een bekend Nederlands filosoof het al eens geformuleerd heeft. Ik kom nog even terug op de foute operationalisaties van zorgzwaarte. Als de zorgaanbieders eenmaal ontdekken dat ze beloofd worden voor zwaardere problematiek, gaan ze de diagnoses daarop aanpassen. Het effect van zo'n foute operationalisatie is dat er oneigenlijk veel nevend diagnoses en extra DSM-assen gaan worden gescoord door de zorgaanbieders, omdat meer 'zorgzwaarte' uiteindelijk meer geld zal opleveren. Als mijn GAF-scores ook van invloed zijn op mijn budget, dan weet ik wat mij te doen staat.

Ik kom ook nog even terug op de foute operationalisatie van de therapie-uitval (drop-out). Als de zorgaanbieder eenmaal goed heeft begrepen dat hij ook wordt beoordeeld op zijn drop-outcijfers, dan zal hij deze niet nodeloos willen noteren wanneer de patiënt niet echt stampend boos is opgestapt. Een gevolg van deze terughoudendheid zal zijn dat beleidsmakers juichend concluderen dat onder het nieuwe DBC-regime het aantal drop-outs significant is afgenomen.

Ook voor de kwaliteit van het werk geldt zoiets. Waarom zouden we nog kwaliteit willen leveren, als we onze bonuspunten kunnen verdienen met dingen die voor kwaliteit kunnen doorgaan, ook al zijn ze het niet echt? In de Sovjet-Unie speelde de verslaglegging ook zo'n centrale rol, bijvoorbeeld bij de beoordeling van de vijfjarenplannen. Uiteindelijk geloofde niemand meer iets van alle gejuich over de graanoogsten, en ook moest er op grote schaal graan worden geïmporteerd.

Als we zijn overgeleverd aan een systeem dat ons op de verkeerde plaatsen de maat neemt, dan is het niet heel erg vreemd dat we daar rekening mee gaan houden. Het formalisme waarmee het werk tegenwoordig in

de GGZ wordt beoefend, is mede een reactie op het instrumentalisme waarmee het werk wordt gemeten, beoordeeld en uiteindelijk betaald. Er wordt daarbij een overmatig belang gehecht aan de cijfers die uit bepaalde metingen blijken, en het hele systeem gaat zich vervolgens richten op deze overwaardering: de metende partijen gebruiken de cijfers als houvast, en verlaten zich er op, ten koste van de meer ambachtelijke, vakinhoudelijke en contextspecifieke beoordelingen; de gemeten partijen trachten zich onder het geldende regime te handhaven door de cijfers te optimaliseren. Datgene wat niet klopt aan zo'n systeem, verdwijnt vanzelf uit het beeld.

4.2.2 De logica van de blinde vlek

De geadministreerde werkelijkheid is doorslaggevend geworden voor de financiën; we moeten dingen noteren zonder welke het geld niet, of niet volledig, wordt toegekend. Enerzijds doen we belangrijk werk waarvoor niet altijd een adequate beloning wordt gegeven, en anderzijds kunnen we gemakkelijk ook onbenullige dingen gaan doen die onevenredig veel geld opleveren, vooral als ze goed worden geadministreerd⁴⁷. De verleiding wordt dan gemakkelijk gevoed.

Wanneer er op irrelevante punten gaat worden beoordeeld en vooral ook betaald, dan ontstaat er vanzelf een systeem dat van zichzelf *niet* kan zien hoe irrelevant het is. Want de irrelevante cijfers leveren interessante correlaties, interessante clusters, interessante trends. En dit zijn toch zeker de cijfers die de werkelijkheid in beeld brengen, en dit zijn toch zeker de cijfers die allerlei correlaties met die werkelijkheid weergeven? Wat wilt u nog meer? Nou, ik wilde eigenlijk dat we beoordeeld werden op dingen die hout snijden, het werk zelf, niet de schijn daarvan, de papieren afspiegeling. Want die cijfers kunnen nooit van zichzelf aantonen dat de werkelijkheid van de behandelpraktijk er niet mee correspondeert. Daarvoor is nodig dat we naar de gebeurtenissen in de psychotherapie zelf kijken, ongeveer zoals we een viool niet willen aanschaffen op basis van een productomschrijving, dus zonder er eerst op te hebben gespeeld. Dit is

⁴⁷ Te denken valt bijvoorbeeld aan het goed registreren van de verloren tijd bij niet-opdagende patiënten (de zogenaamde *noshow*). De tijd die aldus genoteerd wordt, kon tot en met 2011 volledig bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. De patiënt zelf kreeg er geen boete of waarschuwing van. Het was ook niet toegestaan dat de zorgaanbieder zelf rechtstreeks aan de patiënt een soort boete berekende. In 2011 hadden de verzekeraars aanvankelijk de zorgaanbieders opgedragen om dat juist wél te gaan doen, maar de NZA verbood dit in een e-mail van 17 januari 2011 en de verzekeraars moesten hun (fatsoenlijke) idee herroepen. Maar in 2012 mochten de zorgaanbieders het ineens weer wel, om redenen die voor normale mensen te ingewikkeld zijn.

waarom ambachtelijkheid altijd gebruikmaakt van een zintuiglijk contact met het werkstuk.

Een belangrijk kenmerk van de blindheid bestaat erin dat deze zichzelf niet opmerkt⁴⁸. De gebroeders Dreyfus zeggen het heel mooi:

*Should calculative rationality triumph, no one will notice that something is missing, but now, while we still know what expert judgment is, let us use that expert judgment to preserve it.*⁴⁹

Dit is een noodzakelijk, logisch, kenmerk van blinde vlekken. Elk geformaliseerd systeem van regels en richtlijnen, of het nu gaat om wiskundige stelsels of om administratieve, heeft beperkingen die binnen dat systeem, dat wil zeggen: gebruikmakend van de regels van het systeem zelf, niet kunnen worden gesignaleerd. Om ze toch te kunnen opmerken, is een metapositie nodig, dus buiten het systeem. Maar ook die heeft weer een blinde vlek, enzovoort. Dit is allemaal niet gevaarlijk, zolang we maar telkens bereid blijven om boven het systeem uit te kijken, op zoek naar onze eigen valkuilen. Levende systemen zijn hiertoe, in principe, eindeloos in staat; mechanisch opgebouwde systemen daarentegen, d.w.z. systemen met formaliseerbare regels, zijn dat per definitie nooit. Daarom is er ook geen manier om robots zo te programmeren dat ze, uit zichzelf, een grapje zouden kunnen verzinnen.

Deze blinde vlekken, die onvermijdelijk zijn binnen elk geformaliseerd systeem, kunnen onschuldig zijn, zolang er genoeg gezond verstand overblijft bij de gebruikers van het systeem. Zodra men echter meent dat het systeem zelf het gezonde verstand heeft overtroffen, vooral als het gaat om de beoordelingen van kwaliteit en van andere uiterst moeilijk te meten grootheden, verliest het systeem zijn onschuld. Of liever, elk beleid dat zich in te veel vertrouwen op zulke systemen baseert, verliest zijn onschuld.

4.2.3 We worden pragmatisch

Het oorspronkelijke idee van administratie is dat genoteerd wordt wat er in de wereld zoal gebeurt, en niet dat die zelf de gebeurtenissen van de wereld beïnvloedt, laat staan uitlokt. Er wordt bij het idee van administratie een soort glazen wand gefantaseerd, waarachter de administrateur zit als hij naar de wereld kijkt en de dingen van de wereld opschrijft. Daarom wordt de administrateur ook gezien als een pennenlikker.

⁴⁸ Vergelijk Goudsmit (1989).

⁴⁹ Dreyfus & Dreyfus (1986, p. 260).

Dat soort jongetjes is altijd bezig met hun huiswerk, in plaats van op straat te voetballen. De administrateur maakt zelf geen deel uit van de wereld⁵⁰. Hij is onschuldig, net als zijn administratie. Althans, dat vindt de administrateur zelf; de werkelijkheid denkt er anders over. De Pennenlikker is irritant, juist omdat hij niet meedoet, niet kan of niet wil voetballen. Nee, hij klikt liever over de voetballers, met alle gevolgen van dien. Zo gaan de jongens vanzelf rekening met hem houden.

De tweedeling tussen de wereld en de administratie is een denkbeeldige kloof, een bedenkfel uit de Renaissance, toen de mensheid opnieuw de mogelijkheid van waarnemen en van wetenschappelijk onderzoek tot zich liet doordringen. Deze tweedeling is een manier om het denkende subject (Descartes) los te zien van de wereld, waarover het kennis vergaart. Pas met de komst van de fenomenologische filosofie (Heidegger, Merleau-Ponty) werd deze tweedeling weer minder vanzelfsprekend.

De administratieve traditie is beslist niet op de fenomenologie geïnspireerd, maar waant zich juist in een paradijselijk, tijdloos universum, van waaruit het naar de wereld kan gluren en de dingen van die wereld kan noteren, doorrekenen, afronden, uitfilteren, herformuleren, enzovoort. Meer algemeen gesteld: de tweedeling tussen wereld en administratie is een kentheoretisch construct van de moderne tijd, dat geen rekening houdt met de relatie tussen subject en object, en dat geen rekening houdt met de mogelijkheid dat administratie wel degelijk in de wereld zelf plaatsvindt, er een belangrijke hoeveelheid tijd en moeite vergt, er een storende en beïnvloedende rol kan spelen, zoals iedereen weet die ooit in zijn leven uitstel heeft aangevraagd voor het belastingformulier. Beleidsmakers weten dat ook, en ze gebruiken de administratieve regels dan ook graag om de werkelijkheid te beïnvloeden. Administratie levert dan niet meer primair een beeld van de objectieve werkelijkheid, maar van een *maakbare* en dus tevens van een *gemaakte* werkelijkheid.

Wat in onze tijd nieuw is, is de overwaardering van de gestandaardiseerde metingen waarvan de administraties zich bedienen. Terwijl corrupte regimes zich door de eeuwen heen veelal kenmerkten door subjectieve oordelen en nepotisme aan de kant van de bestuurders, lijdt ons overgeformaliseerde systeem van zorgadministratie aan een andere

⁵⁰ Het schijnt dat veel banken gebruikmaken van technische modellen van de economische werkelijkheid en het schijnt dat een van de oorzaken van de beurscrisis van 2008 is, dat die modellen geen rekening hielden met de positie van die banken zelf (NRC-Handelsblad, 10 oktober 2009, zie: www.nrc.nl/wetenschap/article2383431.ece/Econoom_neem_bank_in_model_op)

kwaal: de metingen gaan niet over datgene waar ze over moeten gaan, vanwege een overmaat aan luiheid en gemakzucht bij de metende (en betalende) partijen, zoals overheid en verzekeraars. De veelal slechte of onzinnige metingen leiden niet alleen tot vertekende beeldvorming, maar ook tot opportunistisch gedrag aan de kant van de gemeten (en betaalde) partijen, zoals zorginstellingen en vrijgevestigden. De corruptie slaat nu over naar de andere kant van het meetinstrument, de gemeten partij.

De Pennenlikker wil wel meedoen met het voetballen, maar, omdat de jongens hem er niet bij laten, rapporteert hij liever bij de hoofdmeester over het voetballen en doet hij alsof hij sowieso liever huiswerk maakt; alsof hij er niet bij hoort, er niet bij wil horen, er geheel boven staat en erop neerziet. Maar hij houdt deze illusie niet vol; rancuneus zoekt hij naar mogelijkheden om toch met de jongens mee te doen, of ze anders te dwingen om met hem mee te doen. De jongens passen hun gedrag aan, nu ze weten dat er over hen geklikt gaat worden. Ze worden voorzichtiger. Ze kijken uit. Sturing van zorg door middel van administratieve controle: *kom gezellig deze kant op, dan heb je minder last van mij*, roept de Pennenlikker. De jongens komen niet gezellig, ze komen ongezellig; ze wachten de Pennenlikker op, ze hebben zin om hem op zijn kloten te geven, letterlijk of figuurlijk. Zo had de Pennenlikker het niet gewild. Hij zal ze terugpakken, en zij zullen hem de volgende keer opnieuw opwachten, maar ze kijken wel uit waar, en hoe laat.

Wij kijken ook wel uit, in de zorg. Als wij een collega kennen die beter voor een bepaalde patiënt iets zou kunnen doen dan wijzelf, en als die collega elders werkt, dan zoeken we een oplossing zonder de extra administratieve ellende⁵¹. Wij hebben al genoeg last van de Pennenlikker. Dan maken wij het ons toch zeker niet nog moeilijker? Maar zo krijgen we niet de beste zorg voor de mensen, en zo krijgen we ook geen loepzuivere administratie. We proberen vooral onze werklust te beperken.

Doordat de administratie zo omvangrijk wordt, gaat deze ook nog eens als een barrière werken en ontstaat er de noodzaak om grotere orga-

⁵¹ Dat wil zeggen: de externe collega moet in zijn eigen zorginstelling zelf een andere DBC openen voor mijn patiënt; deze andere DBC mag niet dezelfde hoofddiagnose hebben als ik mijn DBC niet eerst heb afgesloten. Dus de patiënt twee maanden bij iemand anders een deelbehandeling laten lopen, gaat niet zomaar. Of ik moet de andere zorginstelling bereid vinden om in mijn DBC als een soort onderaannemer te participeren en ik moet ze dan op een of andere manier vergoeden. Kortom, erg handig. *Even if a patient or referring doctor identifies a more effective provider, utilizing that provider may involve greater administrative hassles in gaining approval, much higher out-of-pocket costs for going out of network, and the risk of no insurance coverage if a complication occurs* (Porter & Teisberg, 2006, p. 61).

nisaties te maken. Een psychotherapeut kan toch moeilijk in staat geacht worden om zijn eigen DBC-software te ontwerpen en te implementeren⁵²? Dan maar schuilen bij speciale kantoortjes, of bij prefab-pakketten die een heleboel maatwerk niet aankunnen, of dan maar een grotere administratieve unit maken, waar we meteen de rest van de instelling of praktijk in kunnen laten meeliften. Want anders is het niet meer te doen. Zo ontstaan grotere administratieve eenheden en zo wordt vanzelf het contact tussen patiënt en zorgaanbieder moeizamer en langzamer. De administratie is tot een drempel voor kleinschaligheid geworden, en daarmee vaak ook tot een drempel voor kwaliteit. Zoals een Riagg-directeur het eens in 2009 noemde: *de Administratie is onze snelst groeiende afdeling geworden*. Het schijnt zelfs dat ca 20 % van de vrijgevestigde psychotherapeuten met hun praktijk zijn gestopt, toen de DBC's onontkoombaar werden, ergens vanaf 2008.

Kijk, de Pennenlikker wordt eindelijk serieus genomen. Hij mag dan wel uitgesloten worden van het voetballen, maar hij kan ons eindelijk blijven storen, en wel omdat we liever juist geen gezeur met hem hebben, liever minder administratie doen. Dat vindt hij leuk: want als we ons dus toch iets van hem aantrekken, dan kan hij ook voorwaarden gaan stellen, en die voorwaarden weer aanpassen, en dan nog eens. En elke keer mogen we ons afvragen: zullen we dan maar een beetje extra administratie doen, zodat we uiteindelijk de minste last ervan hebben? Zullen we dan maar gewoon 'van harte' meedoen, en gewoon meer geld gaan verdienen? Zo jaagt de Pennenlikker op ons; kom gezellig naar binnen om extra bonuspunten te halen. Zullen we naar binnen gaan? Gezellig samen data genereren waarop we zullen worden afgerekend, maar waarmee we ook meer geld kunnen maken? Zo worden we in een spagaat gebracht: voetballen of huiswerk maken? Werken zoals onszelf dat goedgebeurt, of werken zoals het in de regelgeving bedoeld wordt⁵³?

⁵² Hoewel zo iets de ervaring van administratieve saaiheid aanzienlijk zou doen verminderen. Vooral ook de kleinere zorginstellingen zouden baat hebben bij eigen software op maat, omdat dit hen natuurlijk veel slagvaardiger zou maken bij het telkens opnieuw aanleveren van nieuwe soorten statistische gegevens, zowel aan de verzekeraars, als aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (het zogenaamde Zizo-programma), als aan het ministerie van VWS (het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en de digitale Maatschappelijke Verantwoording). Elk jaar worden weer nieuwe andere dingetjes gevraagd, dus elk jaar lopen kleine zorginstellingen te bedelen bij hun softwarebedrijven, of de benodigde nieuwe modules nog lang op zich laten wachten.

⁵³ *Overwerken is een kans*, zei een oude cup-a-soup-reclame op de radio.

4.2.4 Mopperend gaan wij aan ons huiswerk

Het effect is uiteindelijk dat we extra administratie te doen krijgen, meer overbodig huiswerk, de tafels van 37 tot en met 47 moeten leren opdreunen, en dat we vaker bij de hoofdmeester worden geroepen en dan iets te horen krijgen over wat we voortaan erbij moeten doen. Want de hoofdmeester is het zat, wij zijn altijd vervelend en wij vragen steeds meer van zijn aandacht, terwijl hij zijn tijd heus beter kan gebruiken. Wij kijken naar de grond; zo was het niet bedoeld, hoofdmeester, maar de Pennenlikker deed weer vervelend. *Nee, jullie deden zelf vervelend; als dat zo doorgaat, laat ik jullie allemaal door de schoolpsycholoog onderzoeken, en dan krijgen jullie allemaal een stevige diagnose, met een rugzakje! En dan wil ik nog wel eens zien wie er dan nog iets te lachen heeft.* Wij kijken weer naar de grond. Resistance is futile.

We zullen voor ons geld voortaan nog ietsje meer moeten gaan dansen naar de pijpen van de Tariefsteller. De DBC-administratie maakt het de Tariefsteller mogelijk om aanzienlijke invloed uit te oefenen op de manier waarop onze patiënten worden behandeld. Die invloed betekent dat we voor ons geld een kunstje moeten gaan doen dat de Tariefsteller van ons wil. Een soort pootje geven voordat we het koekje krijgen. Maar natuurlijk wél een kunstje waarover uit onderzoek iets is gebleken, bijvoorbeeld dat het zo'n gunstig effect heeft op patiënten in het algemeen. Dan gaat de Tariefsteller voortaan iets met dat kunstje doen dat hij 'stimuleren' noemt! En daarvoor is onze administratie natuurlijk vereist; anders valt er niets te stimuleren. Dankzij onze transparante administratie kan ons werk nu worden aangestuurd en 'gestimuleerd' in de juiste richting.

We zijn nu gelijkgeschakeld, we doen nu, met tegenzin, wat de Pennenlikker altijd al vrijwillig deed: wij maken de sommen uit het boekje, schrijven ze netjes over, vullen de antwoorden in op een apart blaadje en leveren dat in.

De Tariefsteller verlangt dat van ons, maar hij doet dat niet voor zijn plezier. Hij vraagt dat van ons, omdat wij vroeger altijd maar geld wilden zien voor ons werk, telkens meer, en omdat we nooit erg duidelijk waren waarvoor dat geld nodig was. We keken alleen maar erg serieus en medemenselijk betrokken; we toonden ons bevlogen en geïnspireerde hulpverleners, en vooral erg integere hulpverleners. En daarom vonden we dat het geld er gewoon moest komen. En het geld kwam er ook. Maar het geld kwam ook naar diegenen – medische specialisten, psychotherapeuten, en al het andere volk dat uit de grote ruif kon meesnoepen – die vooral bezig waren met hun eigen portemonnee. Plunderen in naam van het heil

van de patiënt. Dus dat de betalende instanties, zoals de overheid, wilden weten waarom en waaraan dat geld moest worden uitgegeven. . . tja, dat is niet helemaal vreemd. En het is ook niet vreemd dat die financierende partijen een tikje pissig en rancuneus werden van al dat plundergedrag dat ze niet konden beteugelen.

4.3 Brief van een genie aan de Minister van Gezondheidskosten

Uiteraard wist een beetje zorgverzekeraar altijd wel ongeveer voor hoeveel hij werd belazerd, want daar heeft hij formules voor, net als de glasverzekeraar en de reisannuleringsverzekeraar. Eigenlijk vinden verzekeraars het gewoon erg lekker als er meer geld omgaat, met of zonder fraude. Voor hen is het geen probleem dat de gezondheidszorg duurder en duurder wordt. Het is vooral de overheid die dat niet wil, en terecht natuurlijk.

Het belazeren werd steeds erger, en op een dag kwam er een genie dat bedacht dat we maar beter konden uitgaan van de *practicanthropus calculans* en dat we alle nadelen tot voordelen konden ombuigen. Dus, sprak het genie: als zij ons pakken, dan pakken we hen toch zeker nog harder terug? Zo gezegd, zo gedaan. En het genie schreef de volgende brief:

Excellentie,

Ik weet dat uw departement al decennia lang wordt geplaagd door telkens toenemende kosten voor de gezondheidszorg. Ik heb daarvoor een klein plannetje bedacht en ik hoop dat u er iets aan heeft.

Als we nou eens de gretigheid waarmee de dokters in de geldpot graaien een halt gingen toeroepen door deze rakkers meer te laten verdienen als ze een patiënt niet te lang aan de lijn houden? Dat zou me toch wat zijn, nietwaar Excellentie? Er valt dan aan nieuwe patiënten gewoon meer te verdienen dan aan oude! Simpel. En dan heb ik het niet alleen over die akelige medische specialisten, maar ook over de andere sectoren zoals GGZ, gehandicaptenzorg en nog zo wat. Want ook die weten tegenwoordig hoe ze de zogenaamde zorgvraag kunnen aanjagen.

U vindt dat immoreel, Excellentie? Nee, het is niet immoreel, want we zijn toch helemaal niet bezig met het verwaarlozen van patiënten. We geven elke individuele behandelaar alle ruimte om op basis van zijn eigen, hoogst persoonlijke, geweten iemand langer te behandelen als hij dat nodig vindt. En dan doet hij dat toch zeker ook als dat wat minder schuift? Want het zijn toch zeker van die morele types die

altijd zeggen dat ze 't allemaal voor de patiënten doen en niet om het geld? Nou dan! Het systeem dat ik voorstel is niet immoreel, maar amoreel. U roept gewoon iets over the greatest good for the greatest number of people.

Laat de graaizucht van de declarant bepalend zijn voor het aantal patiënten dat hij kan behandelen. We maken de tariefopbouw zó, dat er een optimale behandelduur ontstaat, dat wil zeggen een die het meeste rendement oplevert. Dat noemen we het absolute maximum. Daarnaast creëren we in de tariefstelling voor langer durende behandelingen nog enkele lokale maxima⁵⁴ die iets minder opleveren. Zo stimuleert u dat de behandeling bij een van de maxima wordt afgesloten, en zo, Excellentie, krijgt u voor het eerst sinds de jaren veertig een stabiel kostenplaatje!

U kunt tevens de sector veel geld laten verdienen met vergaderen. U gebruikt voor zoiets dan 'kwaliteitsverbetering', of een ander woord met 'kwaliteit'. Zulke vergaderminuten laat u dan gewoon doorberekenen op de behandelkosten per patiënt, uiteraard voor het behandel tarief mál het aantal teamleden ter tafel. U zult zien dat de kwaliteit van de zorg en ook de efficiëncy er drastisch door zullen toenemen.

Als u dat wenst, dan kunt u natuurlijk ook nog bonussen zetten op bepaalde behandelmethoden, bijvoorbeeld elektroshock, als bewezen is dat die betere resultaten geven. Zoiets moet natuurlijk wetenschappelijk bewezen zijn, maar als dat dan zo is, dan heb je ook iets. Dan kan zoiets bijvoorbeeld verplicht gesteld worden voor alle patiënten. Bijvoorbeeld als echt bewezen is dat elektroshock helpt bij depressieve patiënten die meer dan 6000 minuten per behandeljaar worden gezien, dan kunt u dat stimuleren met een bonus van bijvoorbeeld € 2000. Veel oudere psychiatrische ziekenhuizen hebben dan ineens ook niet meer het gevoel dat hun apparaat er al die tijd voor niets heeft gestaan.

Als het waar is dat pilletjes vaak helpen bij depressiviteit, dan zou u ook een bonus kunnen zetten op het voorschrijven van pilletjes. U weet dan zeker dat er meer pillen voorgeschreven gaan worden, en dat de behandelingen dus goedkoper worden, vooral als u daarnaast ook een eigen bijdrage voor antidepressiva zou willen invoeren. Ook dat helpt voor de overheidsuitgaven, nietwaar? Vooral als de dokter ze ook echt voorschrijft, en niet dat hij in de DBC alleen maar notéert dat hij ze echt voorschrijft. En vooral ook als de mensen de pilletjes ook echt gaan innemen, en vooral ook als ze niet in de gaten krijgen dat de dokter ze eigenlijk ook een beetje voor zijn eigen portemonnee voorschreef. Dus wel uitkijken met de publieke toelichting, hè, en natuurlijk niet ingaan op dat bonusgedoe.

Nee, ik zou gewoon, als ik u was, de nadruk blijven leggen op de beoogde marktordening, waardoor zorgaanbieders elkaar naar de keel moesten gaan vlie-

⁵⁴ Zie de zaagtandgrafiek (Bijlage).

gen met steeds scherpere tarieven voor steeds knappere behandelingen. Geeft niet dat dat niet gebeurt, wisten we van tevoren, maakt niet uit.

Ik hoop echt dat u er iets aan heeft. Ik was zo blij dat ik dit voor u heb kunnen verzinnen. Het was eigenlijk heel snel bedacht. Ik zat naar buiten te kijken en floep, daar was het! Ik weet zeker dat het idee niet veel beter was geworden als ik er langer over zou hebben nagedacht. Ook dit bewijst hoe vruchtbaar het is om ergens niet te lang over te doen, vindt u ook niet?

*Met de meeste hoogachting,
uw genie*

PS: Zou dit niet ook iets zijn voor de rechtspraak in ons land: primair, dat de rechter een bonus krijgt als hij straffen oplegt die de staat minder geld kosten? Of, subsidiair, als de rechter vooral neutraal zou moeten blijven, dat dan ten minste de officier een bonus krijgt als hij goedkopere straffen eist? Het is maar een idee, maar de rechtspraak moet toch ook een beetje betaalbaar blijven, net als de zorg?

PS2: Wel zou ik dit systeem van kostenbeheersing niet te hard openlijk rondbazunen. Op zijn minst zou ik zorgen, gewoon voor de schijn, dat er een soort compensatiemechanisme is voor zorgaanbieders die juist niet systematisch hun winst proberen te pakken. Het moet een soort ondoorzichtig doekje voor het bloeden worden, omdat u het als een 'correctiepercentage' achteraf kunt aanbrengen op de tarieven, en u stimuleert er bovendien mee dat de zorgaanbieder de volgende keer opnieuw submaximaal gaat declareren. Ook hiermee beperkt u dus de kosten, omdat zo'n correctiefactor natuurlijk niet compenseert voor de werkelijke kosten van langdurig voortgezette behandelingen!

PS3: Nog een ongevraagd advies: schaf niet de DSM IV af, en ombels nu ook alvast de DSM V. Want doordat de DSM het mogelijk maakte dat mensen een diagnose kregen op grond van objectief waarneembare gedragingen, konden er ineens veel meer diagnoses worden gesteld, en met veel minder moeite. Paste men in het stramien van de aandoening, dan had men toch zeker ook de aandoening? Dan was men een patiënt. En een officieel vastgestelde aandoening geeft nog altijd recht op veel nieuwe zorg, die soms speciaal daarvoor ontwikkeld is, inclusief behandelprotocol en zorgtraject. Als u, Excellentie, dit allemaal zou gaan afschaffen, dan zou u ook niet meer lekker kunnen besparen op opleidingskosten en dus personeelskosten, want dan moesten de clinici weer zelfstandig leren nadenken, en dan krijgt bovendien niet iedereen meer dezelfde behandeling op grond van eenzelfde etiket, of dezelfde privileges. Dat zou toch niet de bedoeling kunnen zijn, nietwaar?

PS4: *Vindt u ook niet dat in Angie van de Stones te vaak with no loving in our souls and no money in our coats terugkomt? Heeft u een idee hoe Mozart dit zou hebben opgelost, muzikaal gezien?*

4.4 De werkelijkheid voegt zich naar de administratie: de Wraak van de Pennenlikker (formalisme)

Het effect van administratieve druk middels regelgeving maakt dat de praktijkvoering ook echt wordt herschapen in de richting van die druk. Dit is wat we kunnen noemen *de Wraak van de Pennenlikker: de werkelijkheid voegt zich naar de administratie van de werkelijkheid*. Niet in iedere therapeut schuilt een administratieve leugenaar en de dagelijkse praktijk zal ook echt anders worden als deze anders moet worden genoteerd, en als deze conform de genoteerde dingen wordt vergoed. Het is gewoon te veel moeite om alleen maar te doen alsof iets is gedaan; dan maar liever alles kloppend krijgen en dan ook maar doen wat er genoteerd wordt; het moet nou eenmaal, nietwaar? Dit wordt des te aantrekkelijker omdat er ook geld aan vastzit. *Practicanthropus calculans* wordt zozeer financieel geprikkeld dat hij ook echt gaat doen wat de Tariefsteller wenst, te beginnen bij zijn administratie.

Dit systeem veroorzaakt gezondheidsrisico's, omdat het morele flexibiliteit belooft: het maakt de hulpverlener ietsje minder uit wát hij doet, als het maar iets oplevert. Ook de werknemers van grote organisaties zullen redeneren volgens de lijnen van de baas: mijn baas zal het niet leuk vinden als ik deze patiënt nu niet bij ons inschrijf, maar juist doorstuurt naar een andere instelling waar hij beter zal kunnen worden behandeld⁵⁵.

Juist als we de praktijkvoering gaan aanpassen aan de logica van de administratie, gaan er gekke dingen gebeuren. Ik noem er slechts een paar:

- Het vaststellen van diagnose en van behandeling wordt ondergeschikt aan winst- en omzetmaximalisatie.

⁵⁵ *Als je bij ons op de eerste hulp goed behandeld bent, krijgt het ziekenhuis een goede naam en meer klanten. (...) Bij marktwerking zorgt iedereen dat hij zoveel mogelijk patiënten heeft* (aldus een arts-werknemer van een ziekenhuis dat de mensen liever niet doorstuurt naar elders, NRC-Handelsblad, 16-1-2010, p. 3). Porter & Teisberg (2006) noemen dit *cost shift*, een mechanisme dat zij verwerpelijk achten, omdat het voortkomt uit een verkeerd soort competitie tussen zorgaanbieders. Zij zien dit als een van de hoofddoorzaken van de kostenexplosie in de Amerikaanse zorgsector. We zijn dus gewaarschuwd: als de regelgeving *cost shift* aantrekkelijk maakt voor zorgaanbieders, wees dan niet verbaasd als ze dit ook gaan doen.

- Vakinhoudelijke deskundigheid verwordt tot ‘formele bevoegdheid’, met dank aan de dubbele betekenis van de term ‘competentie’.
- Problemen in een interpersoonlijke context worden geboekt als individuele pathologie.
- De duur van een behandeling wordt de maat voor de moeilijkheid van het werk.

Ik ga nu kort op deze punten in. Dit zal wederom nauwelijks grappig zijn.

4.4.1 De behandelaar kiest de diagnose en de methode die het meest opleveren

De Tariefsteller vindt dat ik als behandelaar een bepaalde behandel-methode moet gebruiken bij patiënten die een bepaalde aandoening hebben op de eerste DSM-as. De Tariefsteller kan mij nu gemakkelijk gaan ‘stimuleren’ om de gewenste methode ook feitelijk te gaan gebruiken, door er een hoger tarief voor te gaan betalen en voor de minder gewenste methoden een lager tarief beschikbaar te stellen. Zal ik dan toch maar de beter betaalde methode gaan toepassen, of zal ik het alleen maar zo administreren alsóf ik dat doe, dus het geld eigenlijk verdienen met iets anders dan hetgeen ik opschrijf?

Er zijn nu al aanwijsbare gevallen geweest waarin de Tariefsteller ver-richtingen van behandelaars selectief gaat belonen of ontmoedigen. In paragraaf 4.5.3 kom ik daarop terug. De eindeloze debatten uit het verleden tussen hulpverleners van ‘concurrerende’ psychotherapierichtingen worden zo in een klap overbodig: uit onderzoek ‘blijkt’ gewoon, zegt de Tariefsteller voortaan, dat de ene methode gewoon beter is dan de andere, althans voor bepaalde klachten. En dus zet de Tariefsteller daarop een selectieve sturing, zodat met iets meer beloning relatief veel meer mensen gelukkig gemaakt kunnen worden, en dus netto iedereen ervan blijer wordt. Maar dit is de omgekeerde wereld: ontnem de behandelaars een deel van hun keuzevrijheid, en beloon ze voor evidence based behandel-vormen, maar dan wel zónder te letten op eigenaardigheden van de patiënt

en diens probleem⁵⁶, en al helemaal zónder stil te staan bij de selectieve bias die de gangbare meetmethode heeft bij de ene behandelmethode, ten nadele van de andere behandelmethode. Terwijl het in onze sector toch vaak om maatwerk gaat. Zelfs als uit onderzoek iets is gebleken over de gemiddelde effectiviteit van een bepaalde werkwijze, dan zijn we aan onze beroepseer verplicht om ook heel even te kijken of dat vandaag, bij deze bepaalde patiënt, ook van toepassing is. Ik heb hoogopgeleide en zeer ervaren therapeuten tevreden horen vertellen dat ze werkzaam waren op een speciale afdeling van een zorginstelling waar patiënten terechtkwamen die niet geschikt waren gebleken voor de standaardprotocollen. Hoe verleidelijk is het om mensen te beoordelen op hun geschiktheid voor protocollen, in plaats van het omgekeerde! Hoe intelligent moet iemand zijn, om zoveel verleiding te kunnen weerstaan? Of is het meer een kwestie van moed?

De diverse effecten die administratieve structuren hebben op het vakinhoudelijke handelen kunnen worden samengevat als: *het maatwerk wordt vervangen door het schema*. Als eerste richtlijn voor het handelen geldt niet meer de specifieke situatie *van* de patiënt, maar een aantal mogelijkheden om geld te verdienen *aan* de patiënt. De volgorde van de handelingen en de manier waarop het probleem van de patiënt wordt gedefinieerd is een functie geworden van deze winstperspectieven. Nu u bij mij in therapie bent, moet ik toch ook iets aan u kunnen verdienen; uiteraard houd ik rekening met uw eigen situatie, maar we kunnen natuurlijk niet te veel afwijken van wat er maximaal met u mogelijk is, in financieel opzicht; dat begrijpt u hopelijk goed? Ja, begrijpt u dat?

Behandelaars die hiermee gewetensproblemen hebben, worden vanzelf weggeselecteerd; zij stoppen met hun praktijk, of gaan hun werkzaamheden anders noemen, zodat die geen gezondheidszorg meer he-

⁵⁶ 'Ondertussen zien we dat VWS, met in zijn kielzog de Zelfstandige Bestuursorganen, zich steeds meer laat leiden door een rigide handbavingsbeleid van al onder het kabinet Paars ii afgeschreven maar nooit ingetrokken regelgeving. Ook zorgkantoren willen zich steeds indringender met de zorg bemoeien, ook op terreinen waarvan de bestuurders van instellingen menen dat ze dat met een gerust hart aan de zorgafdelingen en behandelaars zelf kunnen overlaten. De zorg wordt onder de noemers van transparantie en sturen op afstand steeds meer gevangen in grote landelijke centrale databases. Het DBC Informatie Systeem (de DIS) en straks ook de verantwoording in het kader van het jaardocument zijn daar voorbeelden van. Minutieus moet de zorg aan de bron worden geregistreerd en wel op een door ict afgedwongen uniforme wijze. Alles moet tenslotte opgeteld en vergeleken kunnen worden. Wat niet geteld en geregistreerd kan worden, lijkt hierbij van minder waarde. Dit zal weer leiden tot toenemende drukte en frustraties bij behandelaren, die immers weten dat hun wereld toch iets complexer en veelzijdiger is dan systeembouwers ooit kunnen bevroeden.' (van de Pol, 2005, internet-versie p. 8)

ten⁵⁷. Daarentegen faciliteert het DBC-systeem die behandelaars die het niet bezwaarlijk vinden om hun behandeling feitelijk aan te passen aan commerciële druk, en/of hun administratie voor het goede doel cosmetisch aan te passen.

4.4.2 Competentie: van ‘deskundigheid’ naar ‘bevoegdheid’

Het woord ‘competentie’ heeft twee betekenissen: 1) bevoegdheid en 2) deskundigheid. Als we gewoon de term ‘competentie’ blijven gebruiken, kunnen we onszelf wijsmaken dat die twee betekenissen aan elkaar gelijk zijn⁵⁸. Wanneer we onszelf bevoegd mogen noemen, dan kunnen we zelfs gaan claimen ook echt deskundig te zijn, puur en alleen op basis van die bevoegdheid.

Zoiets hoeft niet alleen over behandelmethoden te gaan. Als ik een instelling heb die zich speciaal op depressies richt, en er meldt zich iemand aan met een trauma, dus met iets anders, dan zou het kunnen gebeuren dat de verzekeraar van mij verlangt, op basis van ons contract, dat ik mij ‘bij mijn leest’ houd en dus de patiënt doorverwijs naar een instelling die zich speciaal op traumabehandeling richt. Er wordt immers een marktordering beoogd. Niet iedereen moet alles maar doen; de een kan dít goed en de ander dát, toch zeker?

Het klinkt zo redelijk: je kunt toch niet alles als behandelaar. Dat klopt, en daarom zou ik graag sommige depressieve patiënten doorsturen naar iemand anders. Want als hun problemen voor mij te moeilijk zijn, dan wil ik dat graag binnen een paar sessies duidelijk hebben. Zo’n grensbepaling is heel belangrijk, maar zulke grenzen lopen niet langs de lijnen van de DSM-classificaties. Dat is nou toch jammer.

Hoe kan dat toch? Trauma is toch zeker trauma, en depressie is toch zeker depressie? Nee, dat is het juist niet! Dat heeft te maken met de interne structuur van het probleem, de interne dynamiek, de externe invloeden. Maar dat zie je niet aan de administratieve codes zelf; daarvoor moet je naar de mensen kijken. Dus de bewijsvoering van de hoofdmees-

⁵⁷ Te denken valt aan de club van dappere psychotherapeuten en psychiaters (de Koepel, zie: www.kdvp.nl/) die weigerden om DBC's te gaan schrijven en die zichzelf dan maar liever omdopen en desnoods gaan schuilen onder een andere beroepsnaam. We kunnen dit gedrag opvatten als een vorm van onderduiken in het alternatieve circuit, waarbij een integere behandelaar zich dus liever laat aanzien voor kwakzalver dan dat hij zijn integriteit laat aantasten door het officiële systeem.

⁵⁸ Heeft de fysiotherapeut gelezen dat de verwijzende orthoepede de behandelingen van de patiënt met een lage frequentie voorschrijft? Jawel, zegt de fysiotherapeut, maar wij zijn competent om de behandel frequentie zélf vast te stellen.

ter loopt via de administratie: als twee patiënten aandoeningen hebben met (ongeveer) dezelfde codes, dan moet hun behandeling ook (ongeveer) hetzelfde zijn. Handig toch, zo'n administratie?⁵⁹ We gaan dus niet meer zomaar datgene doen voor een patiënt wat we zouden kunnen, maar we gaan doen wat onze tabel zegt dat we moeten doen. Handig toch, zo'n tabel! Of we doen iets omdat dat in ons jaarcontract met de verzekeraar staat. Handig toch, zo'n contract! Hoef je zelf ook minder diep na te denken.

4.4.3 Exit de systeembenadering, intrat de etikettering

De DBC-administratie verlangt dat een van de gezinsleden als de 'echte patiënt' wordt genoteerd en dat de andere gezinsleden als aanhangsel worden bijgeschreven ('hoofddossier' en 'nevendossier'). Wat denkt u dat dit betekent voor de aldus administratief geïdentificeerde patiënt? Denkt u dat die bezwaar zal maken tegen zijn positie als probleemdrager? Wist u dat veel pathologische gezinsdynamiek gaat over de vraag wie van ons de gestoorde gek is? Handig, zo'n DBC die dat zo duidelijk voor ons vastlegt! Elke therapie die dat wil aanpakken, begint al met een achterstand.

U moet dat *zo* zien: een DBC moet worden geopend *op* iemand. Dat wil zeggen: er moet iemand *in* de DBC zitten, die DBC is er niet voor niks, die moet *over* iemand gaan.

Als er een gezin bij de therapeut komt, dan moet één persoon de probleemdrager worden. Vroeger heette dat netjes de identified patient, daarna in goed Nederlands de geïdentificeerde cliënt, maar dat schoot allemaal niet op. Per slot van rekening wilden die therapeutische theorieën juist allemaal af van die identificatie; die wilden juist dat het probleem een effect was van de constellatie, van het gezin, een interactie-effect van het 'systeem', enzovoort. Per slot van rekening werd er aanvankelijk toch meestal eentje door de anderen beschouwd als goed gek, en die moest dan juist in de therapie te leren en te horen krijgen dat dat juist niet waar was, want dat die gekte iets 'van het systeem' was. Daar hadden de meeste gezinsleden sowieso meestal al geen oren naar. Die therapeuten hadden gemakkelijk praten; die zaten niet de hele dag met onze Pietje opgescheept zoals wij.

⁵⁹ Ik stel mij voor dat als twee personen samen één gsm hebben, iemand op het idee kan komen dat dit *dus* daadwerkelijk een en dezelfde persoon is. Handig toch, zo'n telefoonnummer? Zou zoiets ook gelden voor het burgerservicenummer? Als we de werkelijkheid afbeelden op minder relevante dimensies, dan krijgen we niet de meest relevante informatie. Blondes are more fun, toch zeker?

Dan maar geen pogingen meer om de gezinsgek uit zijn underdogpositie te therapeuteren. Dan maar de *identified patient* in ere herstellen en de DBC gewoon op zijn naam zetten. De anderen zijn dan ‘meekomende’ familieleden die meeliften in een DBC die niet echt ‘van’ hen is.

Administratief is dat allemaal ook veel handiger: je weet dan om wie het gaat en om wie niet. Je kunt alle theorie overslaan over gekmakende processen in gezinnen. Je kunt verwijzen naar een arts voor een pilletje. De rest noem je postmodern geklets over de constructie van de psychische ziekte. Als het inschrijfformulier eenmaal is ingevuld, dan is iedereen het erover eens dat iemand het probleem gewoon ‘heeft’. Die persoon moet gerepareerd worden, ‘geholpen’⁶⁰. Daarvoor moeten gedragsmaten worden gebruikt: gedraagt de probleemdruager zich al een beetje normaler na zoveel gesprekken? Dat kunnen we dan in het dossier erbij schrijven. Als we geen probleemdruager hebben afgesproken, weten we ook niet op wie we de effectmeting moeten uitvoeren en in wiens dossier we de gemeenten voortgang moeten noteren. Dat schiet niet op. Daarmee scoren we niet bij de benchmark.

Een DBC-instructiedocument spreekt overigens zelf ook over ‘normaalen’ ter onderscheiding van dat deel der mensheid dat een score op een DSM-as heeft opgelopen:

- 1 *Mensen met psychiatrische stoornissen (As I en As II van DSM IV)*
- 2a *Worried well; geen As I en/of As II problematiek, wel 2e lijns GGZ (V code)*
- 2b *Worried well; geen As I en/of As II problematiek, geen 2e lijns GGZ*
- 3 *Geen GGZ problematiek; wel maatschappelijk ondersteuning*
- 4 *Normalen*⁶¹

Het is duidelijk dat ‘normaal’ hier betekent dat er geen diagnose over iemand is uitgesproken, alsook dat iemand niet bij een eerstelijns psycholoog loopt of maatschappelijke ondersteuning krijgt. Hulp krijgen is, au fond, dus gewoon ‘niet normaal’. Precies! Dat is wat de mensen altijd deed besluiten toch maar niet naar het Riagg te gaan als de dokter het in zijn bol had gehaald om te zeggen: ‘Gaat u toch eens met iemand praten’. Nou nee dokter, mij niet gezien, ik kijk wel uit!

En gelijk dat die mensen nu krijgen! Kijk maar uit, mensen, zo dadelijk heb je een DBC aan je broek, en dan hebben we je! Je gaat dan ‘het systeem

⁶⁰ Naar het algemene taalgebruik ‘Piet wordt maandag geholpen’.

⁶¹ ‘Datamodel en procesbeschrijving DBC-typering in de GGZ’, uitgegeven door de ‘Projectgroep DBC GGZ’, 26 juni 2003; zie: http://www.ggzbeleid.nl/pdfdbc_rapportage_werkgroep_datamodel-0703.pdf

in', je bent dan herkenbaar aan je BSN (nou vooruit, alleen in 'gepseudonimiseerde' vorm). Dat nummer is alleen van jou, en alleen bevoegde instanties, zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek, mogen kijken welke persoon er bij een gepseudonimiseerd BSN hoort⁶². Dat is een hele geruststelling, nietwaar, dat alleen bevoegde instanties dat mogen. Instanties die niet bevoegd zijn, die mogen het gewoonweg niet! Gelukkig maar!

Terug naar de probleemidentificatie. Als we een probleem niet in een persoon lokaliseren, waar dan? Hebben we als therapeut dan het recht om te bepalen waar het probleem moet zitten? Moeten we niet, omgekeerd, juist binnen in de mensen kijken of er een probleem zit? Mogen we dat dan zomaar ontkennen, en zeggen dat het probleem ergens anders zit, bijvoorbeeld 'tussen de ouders', 'tussen de partners', 'tussen de ouders en de kinderen'? Dat 'tussen' schiet gewoon niet erg op⁶³.

⁶² Een collega maakte mij attent op een brief van begin juni 2010, waarin het DIS het volgende toelichtte: *Het CBS heeft op basis van de wet CBS het recht om de DIS gegevens van de zorgaanbieders te ontvangen. Die gegevens zijn bij DIS gepseudonimiseerd opgeslagen (met een dubbele pseudonimiseringslag: eenmaal bij de zorgaanbieders door middel van de PVM (PrivacyVerzendModule) en eenmaal bij de ZorgTTP, die de gegevens van de zorgaanbieders aan DIS doorzendt. De gegevens die uiteindelijk door DIS worden aangeleverd aan het CBS worden door de ZorgTTP opnieuw versleuteld tot het zogenoemde CBS-pseudoniem. Met dat pseudoniem kan het CBS de uit DIS ontvangen gegevens koppelen aan andere door het CBS uit hoofde van de CBS-wet ontvangen (gepseudonimiseerde) bestanden. Dat betekent dat er geen tot persoonsniveau te herleiden gegevens worden aangeleverd en opgeslagen bij het CBS en dus ook geen gegevens van tot patiënten van zorgaanbieders te herleiden personen. Naast het CBS zijn er geen andere partijen, die op eenzelfde wijze voorzien worden van DIS-data. Om te waarborgen dat de ZorgTTP dit proces zorgvuldig uitvoert, staat de ZorgTTP onder toezicht van het College Bescherming Persoonsgegevens.*

Of er inderdaad geen andere partijen zijn die de 'onbewerkte' gegevens krijgen, is zeer de vraag, gezien ook de curieuze formuleringen in onderstaande e-mail d.d. 26-4-2010 van DBC-Onderhoud:

'De gebruikte dataset is afkomstig uit het DBC Informatie Systeem (DIS). De landelijke databank DIS wordt beheerd door DIS-beheer, een onafhankelijke organisatie die is ondergebracht bij DBC-Onderhoud. DIS-beheer ontvangt en beheert de MDS-gegevens in een beveiligde omgeving. Deze gegevens worden onbewerkt verstrekt aan partijen die de data nodig hebben voor de uitvoering van hun wettelijke taken. Die partijen zijn het ministerie van VWS, de NZA, DBC-Onderhoud, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).'

Hiermee is nog niet expliciet bevestigd dat de genoemde instanties ook daadwerkelijk toegang tot de gegevens op persoonsniveau hebben, gezien hun 'wettelijke taken'. De gebruikte term 'onbewerkt' suggereert dit echter wel. Mengelberg (2010) geeft een uitgebreide bespreking van de privacyproblematiek en van de diverse lacunes in de diverse wetten en regels.

⁶³ Het 'tussen' lijkt vooral iets te zijn voor bloedmoelijke doch uiterst leerzame proefschriften uit lang vervlogen tijden (bijvoorbeeld: Lutz, 1984), terwijl het juist vaak de sleutel bevat voor de ontknoping van problemen die 'binnenin' heten te zitten. Sterker nog, het 'binnenin' kan worden begrepen als een afgeleide van het 'tussen' (vergelijk Anzieu, 1984).

Een voorbeeld: een man wordt vanwege seksuologische problemen door zijn huisarts verwezen naar de psychotherapeut. Hij stuurt het aanmeldingsformulier per e-mail naar de therapeut, maar maakt daarbij een technisch foutje. De therapeut verzoekt vriendelijk of het formulier nogmaals kan worden opgestuurd. Dat gebeurt, maar nu staan op het aanmeldformulier ook ineens de gegevens van de echtgenote erbij vermeld. De man belt daarna naar het secretariaat met de vraag of zijn echtgenote ook mee moet (!) komen. De therapeut laat de secretaresse terugbellen met de boodschap dat het echtpaar dat zelf mag bepalen. De man zegt dat hij het nog niet weet of zijn vrouw zal meekomen. Dan, op de tijd van de afspraak, verschijnen ze samen. De therapeut vraagt waarmee hij hen zou kunnen helpen, en de man vraagt aan de vrouw om het begin te maken. Ze stelt dat er communicatieproblemen tussen hen beiden zijn. De man is het daar mee eens, en vertelt over zijn eigen achtergrond, zijn vorige therapie die was afgebroken na de plotselinge dood van de behandelaar, de onafgemaakte thema's. De therapeut vraagt of het probleem nu bij hem ligt, of tussen de beide partners, en verwijst naar het feit dat de aanmeldgegevens van de vrouw eerst niet en later wel waren meegestuurd. De vrouw reageert vol herkenning: ja, deze verwarring hebben wij steeds; ligt het nou aan de een, of aan de ander, of aan ons beiden?

Maar veel vaker vinden we een gezinssysteem dat de patiëntenrol reeds stevig heeft vastgelegd: 'Ik ben de vader van de patiënt, en ik wil van u, zijn behandelaar, weten: hoe gaat het nu met mijn zoon en wat heeft hij nou precies? Want tegen mij wil hij dat niet zeggen en is hij alleen maar stuurs en opstandig, vooral nadat hij op zichzelf is gaan wonen.'

Nee, we mogen niet naar willekeur een probleem op de ene plaats ontkennen en het gewoon elders situeren. Maar we kunnen wel ervan overtuigd zijn dat iemand erg gek doet omdat hij of zij slecht behandeld wordt door mensen die zelf erg normaal overkomen. Wat doet dan de DBC-administratie? Die bevestigt dat het probleem *in* iemand zit, en niet *tussen* mensen. Het maakt het therapeutische werk dus moeilijker. Het enige waar nog iets 'tussen' lijkt te mogen zitten, zijn de oren.

4.4.4 Het blondje en het langdurige werk

Het aansturen van favoriete behandelvormen middels tarieven voor bepaalde probleemgroepen of bepaalde behandelvormen is een zeer grof instrument. Dat betekent dat de ene depressieve of angstige patiënt de andere niet is, en dus dat het idee van maatwerk voor de patiënt hierdoor wordt aangetast. Voortaan, conform de Wraak van de Pennenlikker, doet

de therapeut die behandeling die het beste betaalt, niet die welke hij voor de patiënt het meest geschikt acht.

De economische theorie hierachter is duidelijk: als een bepaalde behandeling van een bepaalde probleemgroep te weinig geld voor de behandelaar gaat opleveren, dan moeten deze behandelingen, of delen daarvan, naar lager geschoold personeel worden gedelegeerd⁶⁴. Zo duwen we psychotherapie in de hoek van de langdurige persoonlijkheidsproblematiek, dan wel van andere langdurige problemen. Zo'n marktordening wordt afgedwongen doordat de 'lichtere' problematiek niet meer voldoende wordt vergoed als deze met psychotherapie zou worden behandeld. Zo krijgen we 'vanzelf' de duurste mensen voor de moeilijkste taken, althans, dat is de bedoeling.

Maar het gaat helemaal niet 'vanzelf'. Want als ik geleerd heb om bijvoorbeeld met EDT-technieken⁶⁵ veel sneller tot de kern door te dringen⁶⁶, dan is een depressieve stoornis bij mij meestal veel sneller verholpen, en dan krijg ik daarvoor minder vergoed, gewoon omdat de behandeling lekker kort heeft geduurd⁶⁷. Zou ik vroeger voor sommige therapieën meer dan 1800 minuten nodig hebben gehad, dan kan ik dat tegenwoordig

⁶⁴ Een voorbeeldje hiervan vinden we geïllustreerd in het Maastrichtse personeelskrantje van het Universitair Medisch Centrum (Summum Gazet, 93, 11-2-2011), waarin een medisch specialist zich uitermate positief uitlaat over de wenselijkheid van speciale geestelijke begeleiding van terminale patiënten:

'Onlangs moest ik een patiënt tijdens een zaalvisite inlichten over een derde operatie op rij. Die boodschap kwam zo hard aan dat deze meneer begon te huilen. Ik kon op dat moment niet voldoende langdurig op zijn emoties ingaan. *Het zou mooi zijn als een professional het op zo'n moment van mij kan overnemen. Elke patiënt heeft recht op een goed gesprek.*' (cursivering toegevoegd).

Zie beetje lelijk samengevat: 'de dokter is toch echt te duur voor dat soort gesprekken.'

De dokter is natuurlijk zelf de professional die dit goede gesprek op dat moment zou hebben moeten doen, in plaats van het af te kappen; elke 'professional' die daarvoor dan speciaal extra in dienst wordt genomen, legitimeert dat de dokter een volgende keer hiervoor nog minder tijd zal wensen te nemen. Zo kweken we niet alleen nog meer medische bureaucratie, maar zo bouwen we ook de legitimatie om mensen nog meer te kunnen gaan zien als bronnen van inkomsten en nog minder als personen. Een dokter die aldus nog meer tijd krijgt om alleen het 'echte werk' te doen, zal daarmee zijn efficiency weliswaar kunnen vergroten, maar de efficiency-winst zal steeds duurder worden en deze zal daarbij in toenemende mate dubbel werk en tijdverlies voor anderen genereren, nog afgezien van directe schade die de patiënt ondervindt van dit soort doorgerationaliseerde omgangsvormen.

⁶⁵ Zie bijvoorbeeld www.iedta.net

⁶⁶ Zo nemen mijn behandelingen tegenwoordig (gemiddeld) ruim minder dan 40% van de tijd die ze me vroeger kostten, toen ik nog op een zuiverder cliëntcentered manier werkte. Zie ook voetnoot 97.

⁶⁷ Let wel: als ik zelf mijn tarieven mocht bepalen, dan kon ik dat verdisconteren; maar nu worden de dbc-tarieven door de NZA gewoon voorgeschreven; niks verdisconteren.

vaak al in minder dan 800 minuten⁶⁸. Dus op welke vakinhoudelijke deskundigheid is een dergelijke marktordening dan nog gebaseerd? Op geen enkele en wel omdat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen ‘moeilijk’ en ‘langdurig’.

Zo gaat het DBC-systeem ervan uit, en eist zelfs van de behandelaars, dat er niet te goed en vooral niet te snel wordt gewerkt, gewoon omdat de patiënt anders in een te goedkoop tarief dreigt te vallen en omdat voor zo’n tarief een goedkopere en lager opgeleide collega ook ‘competent’ is, zogezegd, dus hetzelfde werk geacht wordt te kunnen doen! Dat kan die collega weliswaar niet, maar dat kan ik natuurlijk nooit meer bewijzen als de patiënt bij mij snel klaar is. Want de Tariefsteller zegt dan: oh, gut, dan was het *dus* (!) niet zo’n moeilijke therapie. Kort = eenvoudig, lang = moeilijk.

Dus de goede bedoeling van de Tariefsteller dat de duurste mensen het moeilijkste werk moeten gaan doen, gaat niet lukken als de Tariefsteller tegelijkertijd de moeilijkheidsgraad van het werk afmeet aan de behandelduur. Snapt u dat, hoofdmeester? Er moet een onafhankelijke maat voor de moeilijkheid van het werk zijn, dus niet een die gebruikmaakt van de duur van de behandeling. Anders hebben we maar één meetwaarde die zowel de tijdsduur als de moeilijkheid zou representeren. Ook het decimeren van kortdurende behandelingen in de tweedelijns GGZ, zoals de verzekeraars dat afdwongen bij de budgetbesprekingen voor 2012, gaat uit van de logica dat een kortdurende behandeling geen echte tweedelijnsbehandeling kan zijn (want anders duurde het wel langer).

We zien datzelfde fenomeen bij de uurprijzen van organisatieadviseurs, alsof we aan hun tarieven de kwaliteit zouden moeten aflezen; we weten natuurlijk allemaal dat de uurprijzen van die knakkers expres zo hoog zijn, omdat anders opdrachtgevers bang worden dat het flutadviseurs zijn (‘zo goedkoop, dat kan niets zijn’). De gebakken lucht moet altijd in dure dekschalen worden geserveerd. En als we daar eenmaal aan zijn gewend, bijvoorbeeld omdat te veel van dat soort jongens heeft meegewerkt aan het opzetten van het DBC-systeem, dan denken we dat ook de gezondheidszorg eendimensionaal kan worden gemeten. Dus eigenlijk: ‘het

⁶⁸ Dat ik efficiënter ben geworden is het resultaat van extra inspanningen om nieuwe, snellere behandelmethoden (EDT) te leren. Dat was erg leuk hoor: af en toe een weekend naar Milaan, veel nieuwe inspiratie, leuke nieuwe kennissen erbij, internationale contacten, et cetera. Dus dat geld was goed besteed. Maar het was ook bedoeld als zakelijke investering, omdat ik rond het jaar 2000 begon te geloven dat het vak psychotherapie, zoals ik het geleerd had, niet heel erg lang meer maatschappelijk geloofwaardig zou blijven.

blondje zal wel dom zijn' als paradigma voor 'de kortdurende behandeling zal wel eenvoudig zijn'. Terwijl de foutieve identificatie van 'bevoegd' met 'deskundig' nog berustte op een taalkundige toevalligheid, gaat het hier om grootheden die noch taalkundig, noch empirisch aan elkaar kunnen worden gelijkgesteld.

4.5 Nog meer Wraak van de Pennenlikker

Als het werk dan toch door de administratie wordt beïnvloed, dan kunnen we die invloed natuurlijk ook gaan benutten. Laten we een administratief systeem maken dat de feitelijke werkzaamheden selectief beloont, en laten we zo de kwaliteit van de zorg in ons land eens proberen te verbeteren! We laten de jongens zoveel extra huiswerk maken, dat ze met hun nieuwe zitvlees anders gaan voetballen, met hun nieuwe sommen in het hoofd anders naar de bal leren kijken, met hun DBC-productstructuur in gedachten anders met de patiënten omgaan. We werpen bovendien administratieve drempels op, zodat meer zorg in de goedkope richting kan worden gestuurd.

Een krachtige, marktgeoriënteerde administratie, hopen we, helpt een zorginstelling om concurrerend te worden met andere zorginstellingen. Maar dan moeten we wel goede resultaten behalen. Dan zorgen we daar toch zeker voor! We zorgen dat mensen met een te moeilijk probleem er bij ons niet meer in komen. Wat een geweldige verbetering in onze successcores hebben we ineens! Ja, ziet u, onze screeningsgesprekken zijn zo goed. We zijn de beste zorginstelling van het land, we zijn topscorer, kijk maar; we geven zelfs les aan anderen over onze deskundigheden, maar we kijken wel goed uit wie we hier als patiënt wel of niet binnenlaten⁶⁹.

En we zorgen natuurlijk ook dat we de problematiek die wij in de intake aantreffen iets zwaarder noteren dan we ze in werkelijkheid taxeren. Zo behandelen we duidelijk een moeilijker populatie dan vorig jaar, terwijl onze gemiddelde behandelzeiten gelijk zijn gebleven. Wat een geweldige toename in doelmatigheid, vindt u ook niet? Jammer dat onze concurrenten inmiddels ook zwaardere problematiek behandelen dan vorig jaar, volstrekt frauduleus natuurlijk en inflatiebevorderend. Zoiets doen wij natuurlijk nooit, maar zij wel!

⁶⁹ Zie ook voetnoot 55 over verschuiving van de kosten (cost shift).

Doordat de concurrentie ons dwingt om zo goed mogelijk voor de dag te komen, gaan we voortdurend van onszelf eisen dat we zo goed mogelijk presteren, zegt de theorie. Ja, en de praktijk zegt: ons werk wordt louter en alleen beoordeeld op basis van de administratie; laten we dan vooral zorgen dat onze administratie op orde is en dat daar dan ook de meest geweldige prestaties uit blijken.

Met andere woorden: het systeem van concurrentie is gebaseerd op onze eigen administratie, en niet op de echte resultaten die we boeken. De slager gaat meer winst maken, niet omdat zijn vlees zo lekker vers was, maar omdat hij zo'n gunstige administratie had, zo goed in zijn jaarverslag gemeld, en zo fraai met sexy cijferpartijen geïllustreerd dat het vlees van het afgelopen jaar zo heerlijk vers was geweest. Wil je meer winst? Zorg dan voor een gelikte administratie.

In zo'n systeem worden we steeds zwaarder gestraft voor onze eigen eerlijkheid, telkens wanneer we prestatiecijfers publiceren die voor ons iets minder gunstig zijn. Noodgedwongen gaan we ons dus bezighouden met het opleuken van onze cijfers. Want alleen die tellen⁷⁰, en hoe leuker ze zijn, des te leuker onze bedrijfs toekomst.

Let wel, we hebben het over een systeem dat de mensen aanzet tot en belooft naar oneerlijk gedrag. Dat betekent niet dat die mensen *zelf dus* niet deugen. Maar als we weten en kunnen beredeneren dat en waarom het systeem het foute gedrag van die mensen aanmoedigt, dan mogen we best wel iets aan dat systeem veranderen. Daar zullen dan bovendien weer veel organisatiebureaus blij van worden, al vraag ik mij af of ze niet even blij zouden zijn als ze mochten meehelpen om het beloningsstelsel in de gezondheidszorg juist nog perverser te maken. Sommige bedrijven worden gewoon blij van elke *uitdaging*.

In de rest van deze paragraaf 4.5 ga ik uitgebreid in op het principe van de tariefsturing, de financiële druk die de overheid kan zetten op behandelaars om bepaald behandelbeleid vaker in te zetten, en daarmee meer geld te kunnen declareren dan met minder gewenst behandelbeleid. Eind 2011 besloot DBC-Onderhoud om een deel van deze tariefsturing niet meer toe te passen, omdat het de *stabiliteit* van de DBC-productstructuur

⁷⁰ Zo werd het budgetbeleid van 2009 van de verzekeraars in mijn regio mede bepaald door het aantal gunstige evaluatiecijfers ('prestatie-indicatoren') dat ik zelf in mijn eigen jaarverslag over 2008 had mogen noteren. Een brief van mij waarin ik mijn bezorgdheid over zoveel zelfbeoordeling uitsprak, werd door de verzekeraars welwillend ter kennisgeving aangenomen. Men zag het bezwaar wel, maar men hoopte ook dat de marktpartijen zelf met betere suggesties voor de externe concurrentie zouden komen.

niet ten goede zou komen. We kunnen slechts gissen naar de diepe gronden voor deze koerswijziging. De meest aannemelijke verklaring is dat er bij DBC-Onderhoud te veel ruzie binnenshuis was ontstaan, omdat er te hoog spel was gespeeld. Er werd gepretendeerd dat wijzigingen van de DBC-productgroepen op empirische ('statistische') gronden hadden plaatsgevonden, zonder dat men daarover details kon geven en zonder dat er data beschikbaar waren. DBC-Onderhoud besloot om een stapje terug te doen⁷¹. Het principe van tariefsturing is echter nog springlevend en kan elk moment opnieuw worden ingezet in de GGZ, zoals het ook elders in de zorg ingezet wordt.

4.5.1 Verloedering door administratieve vooruitgang

Het mag ook opgemerkt worden dat de kwaliteitsmetingen die een zorgaanbieder bij zichzelf doet, behoren te dienen voor de interne bijsturing, en niet als extern rapportcijfer. Dat de instelling deze gegevens voor zichzelf verzamelt, betekent niet dat die gegevens *dus* mogen worden gebruikt om de marktwerking mee aan te jagen. Dan zorg ik toch voor een kwaliteitsjaarverslag waaruit blijkt dat bij ons de was witter is dan bij de burens; dat bij ons de patiënten vooral nog enthousiaster op de koffie komen, dat hun evaluaties nog positiever zijn, en veel meer van dat soort nieuwe blijheid⁷².

Voor zover dit de voornaamste kopzorg gaat worden van een geesteszieke onderdirecteur is er misschien nog weinig aan de hand met de werkvloer. Laat het management met de waarderingscijfers frauderen, wij op de werkvloer blijven gewoon ons werk uitvoeren naar eigen beroepscode en beroepseer. Maar zo zit het niet. Want het management gaat verlangen dat we de geprotocolleerde evidence based modules uitvoeren, precies die waarop het meest kan worden verdiend; of dat we onze depressieve patiënten eerst de nieuwe cursussen 'beating the bum' en binnenkort misschien ook 'beating the boss'⁷³ opdringen, tenzij we meteen een vol-

⁷¹ *Inherent aan de huidige statistische methodiek is dat de onderscheidende activiteit leidt tot een variant die jaarlijks kan wisselen. Dit is ongewenst en leidt tot een niet stabiele productstructuur. DBC-Onderhoud stelt daarom een vernieuwde, stabiele methodiek voor die rekening houdt met de wens van het veld om meerdere onderscheidende activiteiten naar dezelfde variant te laten afleiden.* (DBC-Onderhoud, 30-3-2011, p. 12).

⁷² De Inspectie voor de Gezondheidszorg stimuleert een dergelijke concurrentie zelfs, in het programma Zichtbare-Zorg (ZiZo).

⁷³ Vrij naar de nieuwe cursus 'beating the blues', die eind 2009 door Mentaal Beter op de depressiemarkt werd geïntroduceerd: (<http://www.beatingtheblues.nl>). 'Beating' typeert de heersende gezondheidsmoraal beter dan het traditionele 'screaming the blues', maar het is de vraag of deze mentalisten wel weten wat blues is.

doende zware DSM-code kunnen noteren; of dat we elke minuut van de dag kunnen verantwoorden in een DBC, zodat de instelling tenminste de maximaal dure DBC's kan declareren; of dat we iedereen die zich bij ons aanmeldt eerst in een oriëntatiecursus stoppen, ook als het mensen zijn die al lang weten wat ze bij ons zoeken⁷⁴; of dat we de familieleden van onze patiënten een dagje laten meelopen, waarna we het praatje dat we met ze hadden, als een echte intake laten gelden, inclusief een nieuw geopende DBC⁷⁵.

Met andere woorden: we kunnen ons curatieve werk niet meer doen zonder erop te letten hoe we ons werk noteren, en juist deze notatie-afhankelijkheid maakt dat we dikke-onzin-activiteiten moeten gaan genereren, omdat die zo lekker kunnen worden geadmistriseerd (en dus uitbetaald), dan wel dat de baas er zo blij van wordt. Ik word in dit systeem vooral afhankelijk van mijn scores, niet van mijn vakinhoudelijke functioneren. En dat is vooral ernstig als die scores niet zo heel veel zeggen over mijn werk, maar wel nodig zijn voor de externe competitie op de markt, of als die scores vooral binnen mijn eigen werkomgeving, op microniveau, iets betekenen, en daarbuiten niet.

Dit systeem selecteert die mensen weg die zo niet wensen te worden gecompromitteerd, het trekt opportunisten aan, omdat het systeem er al bij voorbaat van uitgaat dat in iedere behandelaar een practicanthropus calculans leeft, een holbewoner die bevrijd dient te worden van zijn morele vernislaagjes.

Wie controleert de slager die zijn eigen vlees mag keuren? Het antwoord luidt: de consument, want die voelt het wel als hij iets verkeerd heeft gegeten. Maar wie controleert de psychotherapeut die zijn eigen werk commercieel mag administreren, zijn eigen kwaliteitsindicatoren mag invullen en voor het jaarverslag gereedmaken⁷⁶? Het antwoord luidt:

⁷⁴ Zoals een grote GGZ-aanbieder in het midden des lands schijnt te doen.

⁷⁵ Zoals een instelling in het zuiden des lands dat in 2010 een keer flikte, om het aantal ingeschreven patiënten van dat jaar eens lekker op te krikken, alsook het aantal in dat jaar geopende DBC's. Zoiets scheelt immers aanzienlijk in de gemiddelde prijs per ingeschreven patiënt: *nee hoor, wij zijn helemaal niet zo duur, als je alleen al let op het aantal nieuwe inschrijvingen dat wij het afgelopen jaar hadden!* Ook al zo'n verplicht getal dat in het jaarverslag moet worden vermeld, en waar dus flink aan kan worden gesjord, om financiële redenen.

⁷⁶ Het schijnt dat zelfs in de financiële sector dergelijke kunstwerkjes worden gemaakt met zeer objectief lijkende middelen, de zogenaamde stresstests voor banken. Volgens NRC-Handelsblad (18-6-2010) zouden de resultaten van deze stresstests bij de diverse Europese banken echter moeilijk vergelijkbaar zijn, omdat elk land zijn eigen uitvoeringsritueel heeft, waardoor zwakke plekken in het bankwezen telkens op 's lands eigen wijze kunnen worden gecamoufleerd.

niet zijn patiënt, want die blijft gewoon komen, in de mening dat het allemaal aan zijn eigen probleem ligt; want de patiënt zelf krijgt elke keer goede koffie op de therapie, voelt zich misschien zelfs wel begrepen en gesteund. De patiënt wordt 's nachts ook niet wakker met voedselvergiftiging, maar blijft hooguit een paar jaar langer in therapie, overtuigd dat de lange behandelduur nou eenmaal onvermijdelijk is. Nee, de echte kwaliteitscontrole vindt plaats bij de volgende psychotherapeut die het therapiewerk over mag doen⁷⁷.

Ziehier een interessante kwaliteitsmaat: is de psychologische zorgconsumptie van een patiënt substantieel gedaald in de jaren nadat een psychotherapie is afgesloten? Zelfs de medische zorgconsumptie kan afnemen⁷⁸.

4.5.2 DBC's als financiële derivaten

Per 1 januari 2010 heeft de NZA een aantal DBC's anders gedefinieerd. Het jargon spreekt van andere 'productgroepen' of 'productstructuur'. Het komt erop neer dat een aantal DBC's dat voorheen *met psychotherapie* als onderscheidende activiteit had, ineens als onderscheidende activiteit *met farmacotherapie* kreeg, dat wil zeggen vanaf 2010. Zo bestonden er vanaf 2010 DBC's voor bijvoorbeeld depressie of voor angst, DBC's die betrekking hadden op gewerkte tijden van 250 tot 800 minuten, of van 800 tot 1800 minuten, waarbij een meerprijs werd betaald als er tevens medicatie was voorgeschreven binnen de DBC; tevoren werd er juist een meerprijs betaald indien er psychotherapie in de DBC was gegeven. Dat was een interessante verschuiving. We letten bij Miss World voortaan op haar kennis van het Italiaans, omdat uit onderzoek is gebleken dat Italiaanse dames gemiddeld eleganter zijn.

De NZA heeft zich voor deze wijziging laten adviseren door de Stichting DBC-Onderhoud, dat statistische analyses van de DBC-gegevens doet. In iets wat een DBC-verantwoordingsdocument⁷⁹ heet, licht DBC-

⁷⁷ *Mijn vorige therapeut zei dat het de schuld was van mijn ouders, maar ik kon daar niets mee, of: mijn vorige therapeut zei dat ik die man nog een keer moest opzoeken en hem recht in zijn gezicht zeggen wat hij me allemaal heeft aangedaan, of: mijn vorige therapeut zei dat ik maar flink veel seks moest hebben, of: mijn vorige therapeut zei dat ik mijn depressie gewoon moest ombelzen.*

⁷⁸ zie voetnoot 94

⁷⁹ 'Verantwoordingsdocument DBC GGZ 2010 v20091001; Ingangsdatum release: 20100101.' Dit document is te vinden op: http://dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=732&Itemid=462

Onderhoud de genoemde wijziging in de productstructuur toe als statistisch beter⁸⁰.

Maar wat wordt daarmee bedoeld? Navraag leert dat het gaat om de zogenaamde kostenhomogeniteit van de diverse DBC-groepen. Met 'kostenhomogeniteit' wordt bedoeld dat een DBC is samengesteld uit verschillende activiteiten met elk een eigen kostprijs, en dat het aandeel dat elk van deze activiteiten heeft binnen een DBC, groter of kleiner kan zijn; bij kleinere spreiding en stabiel patroon heet een DBC dan een grotere kostenhomogeniteit te hebben. Laat nou net bij enkele DBC's die voor psychotherapeuten zeer gangbare problematiek bevatten, de kostenhomogeniteit te laag bevonden worden. Dat betekende, volgens de logica van de DBC-productstructuur, dat DBC's met een te geringe kostenhomogeniteit anders moesten worden samengesteld. Met andere woorden: of er wél of geen psychotherapie in deze DBC's zat, zou voortaan geen overweging meer zijn bij de tariefbepaling van deze DBC's.

⁸⁰ Uit ditzelfde document, par. 3.3.3: *'De resultaten van de DIS-data en het statistische model tonen aan dat een andere dan de huidige onderscheidende activiteit het significante verschil bepaalt. Deze andere onderscheidende activiteit zorgt voor een (statistisch) betere productgroep.'* De in dit verantwoordingsdocument DBC GGZ 2010 gepresenteerde wijzigingen van de DBC-productstructuur die per 2010 zijn ingegaan, blijken te zijn gebaseerd op gegevens uit DBC's uit de maanden januari 2007 t/m januari 2009. Van elke maand is er minder dan 50% van de beschikbare DBC's gebruikt, dat wil zeggen meer dan de helft van de aanwezige DBC's was afgekeurd om technische redenen. Daar waar DBC-Onderhoud de term 'statistisch beter' gebruikt, is er duidelijk niet gelet op deze opbouw van de gebruikte steekproef. Een onderzoek naar systematische vertekening van de gebruikte DBC's ten opzichte van de overige, afgekeurde, DBC's, treft men evenmin aan. De validiteit van de bevindingen, voor zover die überhaupt in dit verantwoordingsdocument worden gepresenteerd, is alleen al om die reden onduidelijk. Zoals medewerkers van DBC-Onderhoud zelf het welluidend, uitsluitend voor buitenlands congresgebruik, formuleren: *'The fourth and last barrier concerns the quality of the production information supplied to DIS. Although supply has been obligated since 2005, a part of the production information is incorrect.'*

en: *'The health authority will most likely decide to obligate supply of cost-information. This will improve statistical quality of cost information in terms of representation, reliability and accuracy, and thus contribute to a better costing model.'* (Meijer & Rutgers, 2010).

Misschien heeft een kritische congresbezoeker na deze verhelderende regels wel bij zichzelf gedacht: *How big is the incorrect part of the production data?* Een andere congresganger heeft misschien wel heel beleefd zijn vinger opgestoken en langs zijn neus weg gevraagd: *Does your national Health Authority believe that more data are better data, and that the cost model will become not only more reliable, but also more valid by making the supply of cost data mandatory? Will it become even more valid by redefining your virtual health care packages (DBC's, as you call them) that are supposed to represent the model's underlying values? Do you get my point?*

Daarentegen werden DBC's 'met' en 'zonder' farmacotherapie wél als nieuwe aparte productgroepen onderscheiden, want die zouden zo juist meer 'kostenhomogeen' zijn.

Waarvoor zou deze kostenhomogeniteit zo belangrijk zijn? U moet zich dat zo voorstellen: het DBC-systeem moet een succes worden, de gezondheidszorgkosten moeten beheersbaar worden. Dan willen we geen verrassingen, zoals dat straks de *reële* kosten van een bepaalde DBC bij de ene zorgaanbieder nogal verschillen van die bij een andere. Anders kunnen we ze namelijk nog steeds niet met elkaar vergelijken, begrijpt u? En dat moet wel volgens de WMG. Nee, u begrijpt niet dat de overheid de televisiewinkels wel wil laten concurreren, maar dan uitsluitend met dezelfde televisieapparaten. Anders kan de overheid namelijk niet zien wie duurder is en wie goedkoper. Het zou een mooie boel worden als niet elke winkel dezelfde tv's in het assortiment had zitten. Stel je voor dat je twee ongelijke apparaten voor ongelijke prijzen zou aantreffen in twee verschillende winkels! Dan weet je toch nog steeds niet welke winkel goedkoper is? Nee, de DBC's moeten, voor de inkoopende verzekeraars, als hapklare brokken in de markt staan, voordat het systeem stabiel mag heten. Te dure intakers of te hoog opgeleide behandelaars moeten dan plaats maken voor standaard-normale, of bij voorkeur nog wat minder. Vandaar de kostenhomogeniteit: deze wordt veel belangrijker gevonden dan de vraag of de nieuw gedefinieerde gezondheidspakketjes wel corresponderen met de praktijk van de gezondheidszorg. Dus als er nog te weinig stabiliteit in de prijzen zit, te geringe kostenhomogeniteit, welnu, dan doen we daar toch wat aan! We zorgen gewoon ervoor dat de instabiele pakketten anders worden samengesteld; het maakt gewoon niet uit, als het spul straks maar alsjeblieft voorspelbaar wordt, zodat er in kan worden gehandeld. Want dat is wat de Tariefsteller wil: de oude financieringsmethode vervangen door de nieuwe DBC-methode, maar dan wel graag met onderdelen waarvan we de kostprijs weten! En dan zullen, uiteindelijk, de kosten van de zorg beheersbaar worden.

Dit is een denkfout, maar ook een ethische blunder, die fatale gevolgen kan hebben voor de doelstelling van een gezondheidsmarkt. Want hier worden de dingen omgedraaid. Een hoge kostenhomogeniteit bevordert doorgaans de snelheid waarmee kostprijzen door accountants kunnen worden vastgesteld⁸¹. De kostenhomogeniteit wordt nu echter niet gebruikt als een middel om de beschikbare gezondheidsdiensten en -pro-

⁸¹ Zuurbier, Van Rijn & Wagenaar, 2007, p. 41.

ducten te sorteren⁸², maar als een middel om verhandelbare entiteiten te definiëren, en ze te voorzien van een naam en een prijs, *ongeacht* wat ze voorstellen. De verrichtingen en activiteiten in de gezondheidszorg zelf worden daarbij ondergeschikt gemaakt aan het vergroten van de kosten-homogeniteit van de DBC's; zodat de rekenmeesters van de Afdeling Calculatie⁸³ beter en gemakkelijker de onderliggende waarde van hun nieuwe financiële producten kunnen aanprijzen. Maar het echte werk in de praktijk lijkt niet op de DBC-productgroepen waaronder het ressorteert, maar *moet* er wel aan worden aangepast, omdat de betaling van het werk erdoor wordt bepaald.

Zo worden de DBC's niet alleen een systeem voor de bekostiging van het werk, maar ook voor het beheersen van de kosten van het werk. Er ontstaat een nieuw bouwwerk van regels en richtlijnen die bepalen hoe een behandeling er uit behoort te zien, qua opbouw, qua duur en qua inspanning; hoe een diagnose er uit behoort te zien, qua onderzoeksmethode en rapportage, qua theoretische uitgangspunten, qua implicaties voor het behandelbeleid; hoe de kwaliteit en de uitkomsten van het werk moeten worden gemeten en gewaardeerd, enzovoort. Allemaal aange-stuurd door inzichten die niet op vakinhoudelijke kennis zijn gebaseerd, maar op administratieve ordening, met medewerking van de beroepsorganisaties die daartoe zwaar onder druk zijn gezet⁸⁴. De DBC's worden daarmee tot financiële derivaten die een gebrekkige relatie hebben met de onderliggende waarde. De derivatenmarkt die hiermee mogelijk wordt, is niet bedoeld om marktprijzen te stabiliseren, of om concurrentie beter mogelijk te maken, maar om de spullen zelf zodanig te standaardiseren dat ze überhaupt enigszins op marktwaar gaan lijken. Dat de werkelijke verrichtingen in de echte GGZ niet erg overeenkomen met de diverse kakeklers gekwantificeerde metingen, doet voor de marktmeester niet ter zake. Kwaliteit heet voortaan kwantificeerbaar. Hegel zou zich dood-lachen. Als u zwarte koeien wilt zien, ga dan 's nachts kijken; als u kwali-teit van zorg wilt meten, huur dan onze speciaal ontwikkelde oogkleppen bij de speciaal daarvoor opgerichte onderzoeksbureautjes!

⁸² Zuurbier & Van Gerven, 2007, p. 138.

⁸³ Bekend uit het lied van Drs P. over een fijne dag.

⁸⁴ Het zogenaamde 'Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014' zegt het in juni 2012 veel mooier: 'De beroepsorganisaties van professionals en patiëntenorganisaties in de GGZ zetten, in afstemming met GGZ Nederland en andere stakeholders een ambitieus kwaliteitsprogramma op voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren.'

Ik stel mij daarbij een plattegrond van de Londense underground voor, waarin de stations Franse namen hebben gekregen, en waarin andere zijn opgeheven of samengevoegd, of zo ver opgeschoven dat ze enigszins passen bij de feitelijke straten van Parijs. We noemen het vervolgens de métro van Parijs en we hangen prijskaartjes (in Britse ponden) aan de diverse rit-ten die nu kunnen worden gemaakt. Dit is de métro niet. Deze gekleurde lijntjes met hun Franse namen gaan helemaal niet over Parijs.

En dit is dan het begin. We kunnen nu Parijs zelf gaan herinrichten, niet alleen met nieuwe namen voor de straten en de metrostations, maar ook door de stad zelf te verbouwen, zodat deze wat beter past bij de plattegrond. U wilt naar Porte de la Chapelle? Misschien een kaartje kopen vanaf *Parc Vert* tot aan *Croix du Roi Saint-Pancre*, met de blauwe *Ligne de Piccadille*, en vanaf daar verder te voet. Naar *Île de la Cité*? Misschien een kaartje kopen tot aan *Embanquement*, en vanaf daar zwemmen. Het therapeutische werk wordt *gestimuleerd* in de richtingen die de administratie verlangt, lees: in de richting van het geld. Want we moeten en we zullen verkoopbare metrotickets krijgen. Een huisarts die voor onze patiënt de antidepressiva voorschrijft, past niet op de plattegrond, en komt dus niet voor in de stad. Ook de kapel aan het Onzeliëvrouwenplein vinden we niet meer terug, laat staan een dynamische diagnose, een die inzicht beoogt te bieden in de onderliggende dynamiek van een probleem, en laat staan alle andere moeilijk meetbare aspecten die een behandeling juist wel of juist niet ten goede komen. Nee, op onze metrokaart vinden we productgroepen, waar onze behandelingen als vanzelfsprekend onder ressorteren, waarvoor ook speciaal nieuwe behandelprotocollen worden aangemaakt of verbouwd, met echte hoogleraren die bereid zijn om hun naam en de waardigheid van hun leeropdracht te riskeren voor de artefacten waarvan commerciële uitstraling voorop staat, en niet praktische bruikbaarheid.

Stabiliteit en kostenhomogeniteit moeten bij verzekeraars en andere financiers de indruk wekken dat er een reële onderliggende waarde bestaat die aan de financiële bedenksels ten grondslag ligt, maar ondertussen wordt de werkelijkheid van de praktijk opgeofferd aan de bedenksels. We hebben het hier niet over de kwalijke effecten van marktwerking op zich, maar wel over de geforceerde constructie van betekenisloze derivaten. Laat de Tariefsteller nou net het onderscheid tussen derivaat en waarde niet kunnen, of niet willen, maken.

4.5.3 De schimmige verantwoording van de DBC-productstructuur

De DBC-administratie, die elke rechtgeaarde zorgaanbieder in ons land tegenwoordig te doen heeft – bij wijze van nieuwe hobby dus eigenlijk – verlangt dat maandelijks inzake de afgesloten DBC's een groot aantal gegevens over de verrichtingen per behandelde patiënt aan een grote database worden toegezonden, zelfs als de patiënt zelf zijn eigen behandeling betaalt. Weliswaar worden die gegevens 'gepseudonimiseerd' aangeleverd, dat wil zeggen de persoonsgegevens van de patiënt zijn niet direct herkenbaar, maar in theorie is een boosaardige wetswijziging voldoende om die alsnog te achterhalen.

Waarom is die database zo belangrijk, nog afgezien van het prestige-aspect? Omdat uit die behandelgegevens iets geconcludeerd moet worden over de prijs van de ene versus de andere therapie of aanpak. Niet ter zake is kennelijk het blote gegeven dat de aangeleverde data geen scores van de effectiviteit van de behandelingen bevatten, of van de duurzaamheid van behaalde resultaten. Helemaal niet nodig, minister, we kunnen toch zeker ook beleid maken zonder effectscores?

Als we eenmaal DBC's administreren, dan zijn we ook onderworpen aan de tarieven die voor de diverse DBC's worden vastgesteld. Veranderingen in deze tarieven kunnen door de Tariefsteller selectief worden aangebracht, om sturing en regulering uit te oefenen. De zogenaamde 'productstructuur' van de DBC's van 2010 toonde, zoals gezegd, enkele verschillen ten opzichte van 2009. Zo zien we in het genoemde verantwoordingsdocument toegelicht dat bijvoorbeeld een behandeling van depressie die in 2010 per DBC tussen 6000 en 12000 minuten ging duren, beter beloond werd als er ook elektroshock (ECT) wordt toegepast (€ 11.372 zonder ECT, maar € 13.223 met ECT). Shocking? Voor die kleine € 2000 extra wilde u uw depressieve patiënten toch zeker de elektroshocks niet onthouden? Uiteraard moesten er ook extra inspanningen worden geleverd bij het uitvoeren van een elektroshock, maar die zouden natuurlijk ook gewoon als werkminuten kunnen worden gedeclareerd binnen de DBC (deze mocht immers tussen 6000 en 12000 minuten duren voor dit tarief), en dan hielden we natuurlijk nog wat materiaalkosten, maar ja, zo'n apparaat hoefde toch niet elke keer nieuw te worden aangeschaft, zou men menen. Maar misschien was die meerprijs wel nodig omdat psychiaters extra bijgeschoold moeten worden voor ECT, en dat is toch ook niet gratis.

Opvallend is dat dit bonustarief voor elektroshocks niet afhankelijk werd gesteld van het gehanteerde voltage, maar ik zie niet waarom in de

toekomst zoiets niet alsnog zou kunnen worden ingevoerd. Dus waarom geen bonusvergoeding bij hogere voltages; misschien strafkortingen bij lagere voltages? Wel moeten de voltages dan ook echt worden genoteerd, uiteraard door de behandelaar zelf. Hoe belangeloos kan iemand iets over zijn eigen werk administreren?

Opmerkelijk is dat nieuwe selectieve beloningen in het genoemde verantwoordingsdocument⁸⁵ worden verantwoord als een resultante van het gebruik van statistiek. Interessant! Bleek dan uit een of ander statistische model dat angstbehandelingen voortaan (dat wil zeggen vanaf 2010) maar beter konden worden onderverdeeld in wel of niet met medicatie, en dat zoiets dan ‘statistisch beter’ was dan, zoals tot en met 2009, een onderscheid naar behandelingen die wel of niet psychotherapie bevatten? Zoals gezegd, er zijn helemaal geen effectmetingen beschikbaar. Het gaat dus ook helemaal niet om de effecten van behandelingen, maar om andere dingen, om clusters van gegevens, waarvan de kostenhomogeniteit wordt uitgerekend.

We hebben het hier over maatregelen waarmee de overheid probeerde de uitoefening van delicaat maatwerk te reguleren; houten palen waarmee horlogemakers op hun vingers werden geslagen om ze vooral te stimuleren dat de horloges volgens bepaalde principes werden gerepareerd, en niet volgens andere principes.

Maar er blijkt helemaal niet zo erg veel uit de statistische gegevens van het genoemde verantwoordingsdocument. De gegevens in dat document hebben zelfs helemaal geen betrekking op de productgroepen voorafgaand aan 2010, al wordt dat wel gesuggereerd. Nee, ze gaan over cijfers zoals die in 2009 *verwacht* werden in 2010 het geval te zullen zijn, nadat de productgroepen nieuw zouden zijn ingedeeld.

Uit de beschikbare gegevens, waar DBC-Onderhoud desgevraagd⁸⁶ naar verwijst, bleek bij nadere inspectie dus helemaal niet dat de betreffende productgroepen *met psychotherapie*⁸⁷ een te geringe kostenhomogeniteit hadden. Waar het dan wel uit bleek, is onduidelijk, maar in ieder geval niet uit het verantwoordingsdocument zelf waar deftig naar verwezen wordt; zoveel wil DBC-Onderhoud in tweede instantie, na lang zeuren per e-mail, wel bevestigen. Er zouden wel data zijn, maar deze zouden

⁸⁵ zie voetnoot 79.

⁸⁶ Dat wil zeggen: na eendeloze geduldtoefeningen per e-mail wilde DBC-Onderhoud wel een paar dingen toegeven.

⁸⁷ Het gaat hier om DBC's in de productgroepen ‘angst’ en ‘depressie’, en wel die van 250-800 minuten en van 800-1800 minuten.

inderdaad niet in het betreffende verantwoordingsdocument staan⁸⁸. Er staan wel betrouwbaarheidsintervallen gespecificeerd, maar niet hoe de criteria voor deze intervallen zijn bepaald.

Voor een overheid die zelf transparantie in de zorgsector predikt, is dit wel een erg schimmig document, vindt u ook niet, hoofdmeester? Misschien meer bedoeld om te laten zien dat het er is, dan om duidelijk en begrijpelijk te zijn? En straks, als er cijfers over de voltages van elektroshockbehandelingen binnendruppelen, staan er in het toekomstige verantwoordingsdocument natuurlijk cijfers over de kostenhomogeniteit van die voltages⁸⁹.

4.5.4 Een ondeugdelijke definitie als grondslag voor een curieuze beslissing

Als ik tot en met 2009 een enkele sessie psychotherapie noteerde, dan wist ik dat de hele DBC voortaan geboekt stond als eentje *met psychotherapie*, en evenzo, als er vanaf 2010 eenmalig een farmacotherapeutisch consult is geweest, dan heet die DBC *met farmacotherapie*. Het is ongeveer alsof een spat mayonaise op de buitenkant van een zak friet al zou maken dat zoiets als *patat mét* verkocht mocht worden. Niet dus, en evenzo is een enkele 45-minuten-portie psychotherapie in een DBC⁹⁰ volstrekt onvoldoende voor een kwaliteitsverschil ten opzichte van DBC's waarin geen enkele minuut psychotherapie staat geboekt. Toch gaat men in de statistische analyse van de DBC-gegevens economische waarderings construeren

⁸⁸ In een uitgebreide e-mailwisseling met DBC-Onderhoud en met de NZA wordt bevestigd dat het wel om een statistisch oordeel gaat, maar dat daarvan niettemin geen data beschikbaar zijn. De volgende fragmenten daaruit zijn illustratief:

Aan DBC-Onderhoud, 22 juni 2010: 'Als ik uw laatste beantwoording (zie hieronder) goed begrijp, dan betekent dit dat de betreffende "met psychotherapie"-productgroepen van "angst" 250-800 en 800-1800, en idem "depressie", als te weinig kostenhomogeen zijn beoordeeld over de periode tot en met 2009, doch zonder dat daarover data beschikbaar zijn. Klopt dat? Is hier dan sprake geweest van een statistische beoordeling of van een ander type afwijking?'

DBC-Onderhoud, 25 juni 2010 aan mij: 'Hier zijn inderdaad geen data van beschikbaar. En zoals in voorgaande e-mails al is aangegeven is sprake geweest van een statistische beoordeling.'

NZA: 17 augustus 2010, aan mij: 'De NZA is niet in het bezit van de gegevens waar u specifiek om vraagt. Het is niet de intentie om u verder het bos in te sturen. DBC onderhoud is de partij die deze gegevens in bezit heeft.'

⁸⁹ Als de voltages eenmaal gemeten en genoteerd zijn, dan komen er mogelijk ook aanbevelingen hoe de voltagegroepen zo kostenhomogeen mogelijk kunnen worden ingericht.

⁹⁰ We hebben het hier dus over 45 minuten psychotherapie op een totaal van bijvoorbeeld 500 of bijvoorbeeld 1200 gespreksminuten met de patiënt (in de productgroepen 250-800, respectievelijk 800-1800 minuten).

van de DBC's *met* en *zonder*, en dan zouden DBC's *met psychotherapie* als onderscheidende activiteit een te lage kostenhomogeniteit hebben.

Nogmaals: waar dat uit blijkt, of zelfs maar waar dat geschreven staat, kan DBC-Onderhoud niet toelichten. Hiermee is dus nog helemaal niets gezegd over het nut van de psychotherapie, want dat soort gegevens ontbreekt in het DIS, de grote database van DBC-gegevens. Daar gaat het helemaal niet om bij kostenhomogeniteit.

Volgens de Wet van de Hamer stellen de boekhouders van DBC-Onderhoud niet de vraag die ze zouden moeten stellen, maar ze stellen vragen waar ze zelf een antwoord voor kunnen uitrekenen. Dus niet: is psychotherapie zinvol bij die-en-die klachten?, maar: is de kostenhomogeniteit van DBC's *met psychotherapie* bij die-en-die klachten wel hoog genoeg? Wat een gekke vraag eigenlijk, temeer daar deze kostenhomogeniteit wel eens erg laag zou kunnen zijn alleen al vanwege de definitie van de kwalificatie *met psychotherapie*. We meten gewoon de lengte van een aantal mensen, want hun humeur is veel lastiger vast te stellen, althans met een rolmaat.

4.5.4.1 Er is bij psychotherapie geen praktische begrenzing voor het percentage 'met'

We mogen beseffen dat de DBC-productstructuur geen onderscheid maakt tussen arbeidsintensieve werkvormen zoals psychotherapie, en minder intensieve zoals farmacotherapie. In de technische definities⁹¹ heeft iets al de kwalificatie 'met', als ervan meer dan nul minuten worden genoteerd. Dan voldoet dus elk (!) percentage aan de criteria van de definitie van 'met'.

Het is duidelijk dat de kwalificatie 'met psychotherapie' is geoperationaliseerd naar analogie met de kwalificatie 'met farmacotherapie'. Een farmacotherapeutisch consult, bijvoorbeeld bij een psychiater, duurt misschien 20 à 60 minuten, maar hoeft gedurende een behandeltraject niet echt vaak te worden herhaald, zeker niet bij angstproblematiek of depressiviteit. Aldus is er in de praktijk van de DBC's 'met farmacotherapie' een *praktische begrenzing* aan het aantal minuten farmacotherapie. Met 'prak-

⁹¹ Hier wordt bedoeld: de DBC-beslisboom, een tabel van condities en uitkomsten, waarmee kan worden bepaald in welke DBC-productgroep een bepaalde DBC hoort. De DBC-beslisboom is zo opgezet dat er geen lussen (loops) ontstaan, waardoor elke beslissing in een eindig aantal stappen kan worden genomen. De beslisboom is de harde kern van het hele DBC-systeem. Elke controlemaatregel die de Tariefsteller wil afdwingen, kan worden geïmplementeerd via een aanpassing aan de beslisboom. Men vindt dit heerlijke document voor diverse jaargangen op: <http://dbconderhoud.nl/dbc-pakketten-en-releases/menu-id-56>

tische begrenzing' wordt hier bedoeld: een begrenzing die door de aard van het werk wordt bepaald. Bij de kwalificatie 'met psychotherapie' is er echter niet zo'n praktische begrenzing.

Farmacotherapie en psychotherapie zijn dus onvergelykbaar als kwalificaties van een DBC; de een kan in korte tijd, de ander is zeer arbeidsintensief; ook de duurzaamheid van bereikte effecten is verschillend tussen medicatie en psychotherapie, ten gunste van de laatste. Toch worden de kwalificaties *met psychotherapie* en *met farmacotherapie* beide doodleuk op dezelfde manier voor DBC-groepen gedefinieerd, op een wijze die vooral passend lijkt voor farmacotherapie. Dit is zeer ten nadele van een fatsoenlijke beoordeling van de echte psychotherapeutische werkzaamheden. Deze worden stilletjes uit het DBC-systeem geschreven, zonder dat hun waarde en nut daarbij überhaupt een rol lijken te hebben gespeeld.

Maar wacht eens even: dan ging ik toch zeker mijn patiënten één minuut psychotherapie geven, en dan liet ik toch de overige minuten van de DBC door een goedkopere kracht afhandelen? *Practicanthropus calculans* ruikt zijn kansen: snel scoren met zeer verdunde psychotherapie; het was allemaal mogelijk tot en met 2009. Als ik royaal wilde zijn, dan kon ik natuurlijk ook de helft van de gedeclareerde contactminuten vullen met echte psychotherapie, maar het leverde niet meer geld op dan die ene minuut die er gewoon moest zijn. Ik mocht zelf weten hoeveel (dure) psychotherapie-uren ik in zo'n DBC wilde stoppen; hoe minder ervan, des te meer winst ik natuurlijk kon draaien.

Anders gezegd: een kwalificatie *met psychotherapie*, die aldus is gedefinieerd als bevattende minimaal één minuut ervan, liep het risico om te worden misbruikt binnen onze sector, door gulzige types die dachten slim te zijn. Er was sowieso al geen praktische reden meer om nog een bepaald aantal minuten psychotherapie te geven. Elk percentage van het totaal aantal minuten was mogelijk. Dat betekent, simpelweg, dat een DBC *met psychotherapie* vanzelf een lagere kostenhomogeniteit kreeg, gewoon omdat deze zo ruim was gedefinieerd en omdat er geen praktische begrenzing was. Bij farmacotherapie is dat natuurlijk geheel anders. Daar duurt zo'n consult geen uren. Zoals gezegd is de psychiater hoogstens na een uurtje wel uitgepuzzeld over de medicijnen die hij wil voorschrijven, zeker als dat antidepressiva zijn, zoals gangbaar bij angstige of depressieve patiënten. Dan komen daar nog een paar routineafspraken achteraan, en dat is het dan. Er is dus bij farmacotherapeutische begeleiding wél een praktische begrenzing aan de hoeveelheid tijd die deze binnen een DBC

nemen. De kostenhomogeniteit is daardoor vanzelfsprekend veel hoger, dan als zo'n praktische begrenzing ontbreekt.

4.5.4.2 Een geval van ongehuwde vrijgezel: 'verrassende' statistische ontdekkingen die zich in een luxe leunstoel ook vanzelf laten bedenken

Mét zo'n praktische begrenzing is de kostenhomogeniteit natuurlijk meteen een stuk groter. Verrassend nietwaar, hoofdmeester? De jongens die van hun moeder vroeg thuis moeten zijn, voetballen 's middags significant minder lang door dan de jongens die pas veel later thuis worden verwacht; en bij deze laatste groep heeft het aantal gevoetbalde minuten per jongen per week een veel grotere spreiding dan bij de eerste groep, net als bij de DBC's *met psychotherapie*. Zoiets heet een tautologie. We hebben er geen statistiek voor nodig; zelfstandig nadenken volstaat.

Farmacotherapie en psychotherapie zijn qua aard van de werkzaamheden zo verschillend, dat de kwalificatie 'met' niet zomaar standaard bij elk mag worden geoperationaliseerd als 'meer dan 0 minuten ervan'.

Bovendien, wanneer een ongelimiteerde 'verdunding' van het aandeel psychotherapie binnen deze DBC's gewoon mogelijk is, mag verwacht worden dat in zulke 'verdunde' DBC's niet eenzelfde rendement wordt bereikt als in de 'onverdunde', dus die waarin daadwerkelijk intensieve psychotherapie wordt geboden. Er zal dan minder of geen verschil in rendement blijken tussen DBC's 'met' en 'zonder'. Hoewel de DIS-gegevens⁹² hierover geen informatie bevatten, is het toch ernstig als er oneigenlijk of ronduit fout gedefinieerde concepten gehanteerd worden bij het scoren van werkzaamheden. Het leidt niet alleen tot een tautologische bevinding, maar het kan ook gemakkelijk leiden tot foute conclusies over de werkzaamheid van de oorspronkelijke, onverdunde, behandelmethode⁹³.

Het is overigens niet redelijk en niet fatsoenlijk om behandelingen *met psychotherapie* en *met farmacotherapie* onderling te vergelijken, wanneer deze zozeer in het nadeel van psychotherapie geoperationaliseerd zijn. Neem

⁹² Dit soort tautologische uitkomsten van 'wetenschappelijk verantwoord' onderzoek is briljant op de hak genomen door Pencil (1976): uit onderzoek 'bleek' dat hoe meer mensen er aan tafel zaten, des te langer het zoutvaatje erover deed om van de ene naar de andere kant te worden doorgegeven. Kijk, daar hebben we nog eens iets aan!

⁹³ Zie ook de bijlage: mijn brief van 4 augustus 2009 aan de Vaste Kamercommissie voor VWS.

dan de vele onderzoeken van Abbass⁹⁴, waarin hij onder meer liet zien dat het type intensieve dynamische psychotherapie dat hij aan depressieve patiënten aanbood, even effectief was als sommige populaire antidepressiva, maar ook dat de psychotherapie blijvende effecten had en dat daardoor de medische kosten van patiënten na zo'n psychotherapie aanzienlijk en langdurig daalden. Maar zo'n psychotherapie duurt dan wel even iets langer dan het consult waarin een pil wordt voorgeschreven.

4.5.4.3 Een eenvoudige tip voor het verbeteren van de kostenhomogeniteit bij DBC's met psychotherapie

Een behandeling *met psychotherapie* zou naar mijn mening moeten betekenen dat er een intensief psychotherapeutisch werkproces op gang komt, nog iets anders dus dan een ondersteunend begeleidingscontact; ook anders dan een informatief gesprek met psycho-educatieve voorlichting; ook anders dan een oefensessie waarin een (sociale) vaardigheid wordt getraind. Ik kom daar op terug in paragraaf 12.1.

Redelijkerwijs zou men, naar mijn mening, bij de kwalificatie 'psychotherapie' pas van een DBC 'met' mogelijk spreken, indien er meer dan 80% van de behandeltime daadwerkelijk psychotherapie is. Vanuit mijn leunstoel kan ik dan gemakkelijk inzien dat een dergelijk gedefinieerde DBC een veel hogere kostenhomogeniteit zal hebben, dan wanneer elke mogelijke verdunning toegestaan is. Als de NZA dus graag de kostenhomogeniteit wil verbeteren, dan zou dat een gemakkelijk te realiseren stap zijn⁹⁵.

⁹⁴ Bijvoorbeeld Abbass (2002); Abbass, Town & Driessen (2012)

⁹⁵ De DBC-beslisbomen zijn tot nu toe zo georganiseerd dat eerst even wordt gecheckt of er meer dan nul minuten van een bepaalde 'onderscheidende activiteit' (bijvoorbeeld psychotherapie) zijn verricht; daarna pas wordt gekeken hoeveel minuten dan wel. Het is niet echt heel erg moeilijk voor de DBC-beslisboomprogrammeurs om er af en toe nog een beslisregeltje aan toe te voegen, van het type: 'is 80% van de bestede directe tijd psychotherapie geweest? zo ja, ga dan naar regel *zoveel*; zo nee, ga dan naar regel *zoveel+1*.' Dus laten we hopen dat mijn suggestie niet wordt doodgeslagen met argumenten van het type dat de DBC-systematiek zich daar niet toe zou lenen. Ja, ook de gebruikerssoftware kan nog een klein beetje worden aangepast, omdat er ineens zomaar percentages worden gevraagd (moeilijk, moeilijk!), maar het is zelfs mogelijk om de software gewoon zo te laten en alleen maar iets aan de beslisboom aan te passen. Zo'n beslisboom hoeft maar één keer te worden gedownload, dus daar zit de grote moeite ook niet. Nee, de pijn zit ongetwijfeld in de hoofden van de stuurgroepvoorzitters en aanverwante commissietijgers, die plotseling met andere concepten geconfronteerd worden, wanneer de betekenis van 'onderscheidende activiteit' ineens verschuift van '>0' naar 'minimaal 80%'; een niet geringe mate van denkflexibiliteit wordt hier zomaar geacht aanwezig te zijn.

4.5.5 Tariefsturing leidt tot een schijnbare marktordening

We zien dat behandelingen van depressieve en angststoornissen die tussen 250 en 1800 minuten duren, in 2010 beter beloond gingen worden als er ook medicatie werd verstrekt, en dat de inzet van psychotherapie bij deze problemen met een bonus pas beloond werd als de behandeling langer dan 1800 minuten ging duren⁹⁶. Zorgaanbieders gingen vanaf 2010 dus uitkijken met psychotherapie aan patiënten met depressie of met angstklachten, als de behandeling korter dan 1800 minuten kon gaan duren. De psychotherapeut mocht het heus wel doen, maar hij kon dan vooral rekenen op een lager inkomen. Slimmer was het om dan aan het begin al de diagnose ‘aanpassingsstoornis’ te stellen, in plaats dus van ‘depressie’ of ‘angst’, als je het niet zeker wist (dan was het nog géén fraude, maar als je het later alsnog aanpaste wel, begrijp je?). DBC’s in de categorie ‘aanpassing’ werden namelijk wél goed betaald voor psychotherapeuten, ook als ze korter dan 1800 minuten zouden duren, terwijl het bij ‘angst’ eerst 1800 minuten moest hebben geduurd. Wie controleerde of hier echt wel sprake was van een patiënt met een probleem in de categorie ‘aanpassing’? Helemaal niemand. Dat betekende: niemand merkte iets als er om commerciële redenen gesjoemeld werd met de diagnose. Integendeel, de minister had tevreden kunnen constateren dat de selectieve economische beloning zijn vruchten afwierp op de GGZ-praktijk. Er was namelijk een ‘marktordening’ ontstaan, ogenschijnlijk precies zoals dat in de WMG was beoogd. Sommige problemen zouden nu voortaan eerder bij psychiaters terechtkomen, en andere eerder bij psychotherapeuten, enzovoort.

De minister had niet willen vernemen dat dit eigenlijk niet helemaal was wat met ‘marktordening’ bedoeld werd. Het was een cosmetisch trucje om het zo te doen lijken dat er een marktordening was ontstaan, ongeveer zoals Potemkin in 1787 op de Krim façades van dorpen liet bouwen om Catharina II een prettige indruk te laten krijgen. We hebben het hier dus over simulatie van marktordening, doordat hulpverleners precies die diagnoses gingen noteren, die binnen hun eigen beroepsgroep het meest lucratief waren. Dat is dus niet helemaal hetzelfde als een feitelijke verschuiving van bepaalde probleemgroepen naar bepaalde beroepen of naar bepaalde instellingen.

Maar zoiets gebeurt natuurlijk ook: zorgaanbieders gaan patiënten selectief weigeren en selectief aannemen, al naar gelang de verdien-

⁹⁶ Nogmaals: als ik als psychotherapeut langdurig in mijn eigen effectiviteit investeer en me daarvoor in kortdurende technieken specialiseer, dan word ik binnen het huidige stelsel daarvoor gestraft.

mogelijkheden van de gepresenteerde problematiek. We hebben het dus over een schijnbare marktordening, ontstaan door beleid van selectieve bekrachtiging en ontmoediging, en niet over echte marktordening, ontstaan vanuit een differentiatie van deskundigheden. De meisjes van de Noord-Koreaanse kleuterklas dragen een rood rokje en de jongetjes een blauw broekje, zo staat er in het draaiboek. Maar toch: wat enig dat die kleintjes zich zo spontaan hebben gekleed. Wat enig dat psychotherapeuten de persoonlijkheids-DBC's (DSM-As-II) van meer dan 1800 minuten zo spontaan naar zich gingen toetrekken, en andere beroepen juist weer de as-I-DBC's (zoals depressie en angst) van minder dan 1800 minuten. Zou dat zijn geweest omdat psychotherapeuten hun werk niet snel genoeg af kregen? Nee, het was de Wraak van de Pennenlikker: de werkelijkheid wordt herschapen naar het evenbeeld van de administratie.

Wat enig dat psychotherapeuten meer verdienden aan behandelingen van meer dan 1800 minuten als deze over persoonlijkheidsproblematiek gingen, en dat ze voor kortere behandelingen meer verdienden bij aanpassingsproblematiek. Toevallig, nietwaar, dat de behandeling van het ene type aandoening daardoor langer ging duren, en de behandeling van het andere juist korter? En toevallig, nietwaar, dat ineens, vanaf 2012, de aanpassingsstoornissen helemaal niet meer vergoed werden, terwijl er tevoren juist een bonus op die diagnoses was gezet. Wat bedoeld was als een aanzet tot marktordening, leidt in de praktijk tot formalistisch gedrag bij de zorgaanbieders: de gestelde diagnoses worden gemodelleerd naar de mogelijkheden van de tariefstructuur.

De minister zal ook niet willen vernemen dat met betere psychotherapeutische methoden een groot aantal moeilijke behandelingen vaak korter dan 1800 minuten kunnen duren. Het gebruik van zulke methoden zou een marktordening kunnen opleveren waarvoor de DBC-productstructuur op dit moment niet toegerust is: de ene therapie methode is namelijk de andere niet, de ene therapeut of instelling werkt ook sneller dan de andere, maar dat kunnen we via de DBC-productstructuur niet te weten komen⁹⁷. Sommige problemen lenen zich beter voor de ene methode dan voor de andere, maar als ze met dezelfde DSM-classificatie moeten worden gescoord, dan zullen we weinig opschieten met een wetenschappelijke analyse van al die administratieve data. En als we niet uitkijken,

⁹⁷ En evenmin met *Rommen* (zie paragraaf 7.1.2). Nog erger: de zeer effectieve en snelle experientieel-dynamische psychotherapie (EDT) wordt in de DBC's gescoord als 'psychodynamische psychotherapie' (act_3.1.3.2), dus met dezelfde code als de veel tragere traditionele psychoanalytische psychotherapie.

dan proberen we straks onze DBC's zo 'kostenhomogeen' mogelijk uit te voeren, als dat ons meer geld oplevert.

Zo maakte het DBC-systeem het mogelijk dat er een kunstmatige marktordering werd afgedwongen, met de DBC's als virtuele marktwaar. Zorginstellingen werden gestraft met hogere personeelskosten, voor elke extra minuut dat een 'onderscheidende activiteit' werd uitgevoerd, maar daarentegen werd een instelling beloond als de duurere disciplines juist zo min mogelijk werden ingezet voor de 'onderscheidende activiteit' en zo de personeelskosten lager konden blijven. Zo kregen de dure disciplines vanzelf iets minder uren werk te doen met iets meer (moeilijke) patiënten en zo werden de behandelingen vanzelf minder degelijk en minder effectief.

4.6 De weg van de minste weerstand

Als eenmaal bekend is dat een DBC beter betaald wordt als er ook medicijnen worden gegeven, hoe moet (bijvoorbeeld) een vrijgevestigde psychiater dan nog uitleggen aan zijn patiënten dat die pillen heus zo slecht niet zijn als sommigen roepen? Hoe moet hij iemand ervan overtuigen dat hij de pillen belangeloos aanbeveelt, als zijn DBC daardoor zoveel lekkerder verdient? Belangeloos en begeertevrij, zo noemden Binswanger en Buytendijk dat destijds toch?⁹⁸

We lezen dat de beroepsvereniging van vrijgevestigde psychotherapeuten, NVVP, in oktober 2009 een bezwaarprocedure heeft opgestart bij de NZA tegen deze verschuivingen in de productstructuur van 2010. Maar wat was het voornaamste argument? Dat er een inkomstenderving van ongeveer 10% optrad⁹⁹, en niet: dat er een onethische beïnvloeding van de behandelrelatie door de productstructuur werd bewerkstelligd. Misschien was het tactisch wel heel verstandig om het over de economische schade te hebben; zoiets wordt toch van een belangenorganisatie verwacht? Maar toch, ik denk dat het ethische bezwaar door de NVVP niet is ingebracht omdat de NVVP, net als alle andere relevante beroepsvereniging, onder grote druk destijds al had ingestemd met het DBC-systeem.

De economische aansturing van behandelbeleid leidt tot meer dan tariefellende; er zijn ethische kwesties, zoals het riskeren van de vertrou-

⁹⁸ Van Strien, 1986, p. 115.

⁹⁹ Zie <http://www.nvvp.nl/nieuwsbrief.php?id=39>

wensrelatie met de patiënt. Hoe moet een zeer ernstig depressieve patiënt kunnen geloven dat hij elektroshocks krijgt zonder dat de behandelaar daarbij toch ook eventjes aan de meerprijs heeft gedacht? Elektroshocks mogen dan zinvol zijn in sommige extreme situaties; als de behandelaar daar dan ook een bonus voor krijgt, in aanvulling op zijn gewerkte minuten, dan is dat toch op zijn minst dubieus.

Het is alsof onze Tariefsteller de overtuiging heeft gehad dat op deze manier de mensen gemiddeld sneller een pilletje zullen nemen, en dus gemiddeld sneller weer beter zullen zijn. Op deze manier selecteert de Tariefsteller behandelaars die juist op winstmaximalisatie uit zijn. Maar misschien ging de Tariefsteller ervan uit dat dit toch allemaal allang het geval is, en dat we dan die calculerende houding maar beter kunnen benutten ten behoeve van het macrogezondheidsbeleid.

Toch heb ik eigenlijk helemaal geen zin om als psychotherapeut iemand een aanpassingsstoornis in de maag te splitsen omdat die mij meer geld oplevert dan een angststoornis, en een beetje psychiater heeft geen zin om pillen te suggereren aan iemand die straks niet meer zal willen geloven dat zoiets *helemaal* zonder eigenbelang van de dokter bedoeld was. Hoe zat dat ook alweer met therapietrouw? Patiënten slikken sowieso niet zo heel erg trouw de pillen die hun voorgeschreven worden; met een onbetrouwbare behandelaar wordt dat niet beter. Zou de Tariefsteller wensen te begrijpen dat er nog meer medicijnen zullen worden voorgeschreven om oneigenlijke redenen, en dat er daarmee nog meer therapieontrouw wordt gestimuleerd? Zou de Tariefsteller menen dat dit probleem binnen een gezonde concurrentie tussen zorgaanbieders vanzelf zal verdwijnen, zodra de gezondheidspakketjes kostenhomogeen in de verkoop kunnen? Zo ja, dan is een cursus positief denken beslist niet meer nodig.

Dit soort commerciële aansturing beloont marktpartijen die bereid zijn om de weg van de minste weerstand te kiezen, en af te zien van vakinhoudelijke of ethische overwegingen. Het vertrouwen dat een patiënt in zijn therapeut heeft, is kapitaal dat wij liever niet laten wegglekken in een moeras van commerciële bijzaken. De financiële aansturing van behandelbeleid is voor de gezondheidszorg een gevaarlijke ontwikkeling. De beroepsethiek vereist dat we onze bevindingen naar waarheid kunnen opschrijven, omdat juist onze oprechtheid van belang is bij het behandelen van moeilijke problemen. Ook hierover schijnen de meningen tegenwoordig al verdeeld te zijn. Ik kom steeds vaker collega's tegen die er niet tegen opzien om hun patiënten iets wijs te maken, wanneer 'uit onderzoek is gebleken' dat zoiets een positief effect op de patiënt zou hebben. Het

maakt die collega's dan niet uit of ze zelf hun eigen woorden nog kunnen geloven of niet, en de beweerde effectiviteit van de interventie zou dit dan legitimeren. Als er een prijskaartje komt te hangen aan mijn oprechtheid als behandelaar, dan ga ik toch zeker voor mijn eigen portemonnee kiezen? En als ik mijn zelfrespect niet meer kan ontlenuen aan zorgvuldige beoefening van mijn vak, dan toch zeker aan onzorgvuldige¹⁰⁰? Ik word in dit systeem vreselijk tevreden over mijn eigen slimmigheden: kijk eens hoe goed ik dit jaar weer heb gedeclareerd, kijk eens hoe tevreden mijn baas het afgelopen jaar weer was over mijn ingevulde DBC-verrichtingen.

Let wel, niet iedere declarant is een immoreel en abject individu, maar deze nieuwe prijssystematiek spot met wie tot dusver wel integer probeerde te zijn: probeer vooral niet te noteren wat er echt aan de hand is, want daarvoor zult u boeten. Zo kon het gebeuren dat tussen 2006 en 2008 een groot aantal integere collega's geen zin meer had in hun vrijgevestigde beroepsuitoefening als psychotherapeut, en dat anderen, zo mocht ik ook in mijn nabije professionele omgeving ontdekken, zich juist tot een soort hyena's wisten te ontwikkelen, waarbij liefde voor de waarheid volstrekt ondergeschikt gemaakt werd aan die voor de eigen inkomenspositie. Ik stel mij de volgende interactie voor bij een psychiater¹⁰¹:

psych: Ik ga u ook een probeerdosis antidepressiva voorschrijven, want dat werkt doorgaans heel goed bij angststoornissen.

pat: Denkt u dat dat in mijn geval dan nodig is, dokter?

psych: Ja, dat denk ik beslist.

pat: Maar ik had toch een trauma, zei u? Ik had toch geen angststoornis?

psych: Ja, maar zoiets rekenen we daar ook onder, althans uit onderzoek is *gebleken* dat uw trauma ook met deze pilletjes kan worden behandeld; er ontbreekt ook in uw hersenen een bepaald stofje, begrijpt u?

pat: Ja dokter.

¹⁰⁰ Dit is mijn beroepsethiek en als die een goede marktwerking in de weg staat, dan veranderen we hem toch zeker? (*These are my principles, and if you don't like them... well, I've others.* Groucho Marx). Zie ook Verhaeghe, 2011.

¹⁰¹ Op mijn schrijftafel ligt een cartoon van Ruben Oppenheimer uit 2009, waarin een blijde arts het verhaal van zijn patiënt onderbreekt met de tekst 'Violaxx is hét middel! Als ik u Violaxx nu mag voorschrijven, krijgt u niet een, niet twee, maar liefst 3 doosjes, maar wacht....'

Hoe moet de behandelaar zich hier laten sussen door het idee dat de Tariefsteller wel zal weten welke stofjes er zoal bij wie ontbreken¹⁰², en dat de Tariefsteller ook wel goed zal zijn geïnformeerd over de hoeveelheid korrels zout waarmee we de DSM moeten nemen, als daar trauma's geïnclassificeerd staan onder de angststoornissen¹⁰³? Ons nieuwe zorgstelsel zit zo in elkaar, dat het ons wil verleiden om inhoudelijke behandeloverwegingen over de patiënt ondergeschikt te maken aan onze eigen economische overwegingen. Zo'n systeem is een gevaar voor de volksgezondheid. Als er financiële grenzen gesteld moeten worden, verzin dan alsjeblieft grenzen die de integriteit van de behandelaar niet aantasten. Er moeten manieren te vinden zijn om therapeuten te betalen voor geestelijke gezondheidszorg, zonder dat ze door het systeem – als vanzelfsprekend – bereid worden verondersteld om hun beroepseer in te ruilen voor goed geld.

¹⁰² Het feit dat vanaf 1 januari 2012 de bonusbetaling bij medicatie weer werd afgeschaft, is hier helaas nog niet geheel geruststellend. Dit gebeurde immers om redenen van *stabiliteit* en allerminst om ethische redenen. Zie ook voetnoot 71.

¹⁰³ Omdat de DSM-bouwers hebben gemeend dat ze een a-theoretisch classificatiesysteem maakten, hebben ze ook het begrip 'angst' vooral gedragsmatig opgevat. En inderdaad, we kunnen het gedrag van getraumatiseerde mensen wel rubriceren als het gedrag van angstige mensen. Maar daarmee hebben we nog niets begrepen van het trauma en we hebben daarmee evenmin enig zicht op de wijze waarop angst een rol speelt bij andere aandoeningen, die niet als 'angststoornis' worden gescoord.

5 Obstitutie in de gezondheidszorg



5.1 Het ontbreken van kritische reflectie in de wetenschap

De gevestigde wetenschappelijke cultuur bezint zich te weinig op de basisvragen: wat is wetenschappelijk onderzoek en wat is zuivere argumentatie? Op dit moment is deze reflectie op de academie bijna volledig verdwenen, en vervangen door een nagenoeg dogmatisch stelsel van gecodificeerde opvattingen over methodisch handelen (*Is het statistisch significant? Dan hebben we iets, en: Is het evidence based? Dan moeten we het zo maar doen*).

Juist hierdoor is de ‘wetenschappelijke’ methode tot een soort gemeenschappelijke godsdienst geworden. We mogen in de wetenschap heus een heleboel onderzoeken, als we maar volgens het boekje te werk gaan. Voor de empirische wetenschappen geldt hier de statistische benadering en een design met vooral randomized control trials. Veel proefschriften worden alleen dán goedgekeurd als aan deze normen voldaan is. Veel proefschriftschrijvers doen alsof ze deze normen van harte hebben omhelsd.

Zo kweekt de wetenschap zijn eigen religieuze volgelingen, die hun eigen rituele dansjes rondom hun voorheen wetenschappelijke totempalen maken, zonder dat ze zich nog hebben leren afvragen waartoe die methodische eisen ook alweer dienden, en evenmin of de orthodoxe methode ook het meest geschikt is bij dit of dat object van studie. Zeer zeldzame of zeer gevaarlijke ziekten, zoals ebola, kunnen niet echt handig worden bestudeerd door de patiënten in onderzoekbare experimentele groepen in te delen. Dat geldt ook voor aandoeningen die een grote diversiteit van verschijningsvormen hebben, zoals in de GGZ. Relevant is dan vooral óf een bepaald gedrag wel of niet een symptoom is van die en die aandoening, en of een bepaalde meting wel informatief is over die en die variabele. Maar zulke vragen sneeuwen gemakkelijk onder, als de methode zelf voor heilig wordt gehouden.

De moderne wetenschapscultuur is bovendien vatbaar voor sektetvorming, omdat het bij beleidsmakers steeds vaker gaat om de gewenste

uitkomsten. Onderzoeksaanvragen die zich daarop richten, krijgen meer geld mee naar huis dan de projecten die zich op fundering en verdieping richten.

Precies het verwaarlozen van de eigen ondergrond heeft de wetenschapsbeoefening dubieus gemaakt. Waarom zouden zulke dogmatisch werkende wetenschappers meer aanspraak op waarheid mogen maken dan handlezers, iriscopisten en andere aanhangers van het aquarius-tijdperk? Het einde van het onderscheid tussen echte wetenschap en nep wordt ingeluid, niet door de retoriek van de alternativo's, maar door de verloederding van een wetenschappelijk elan dat zich alleen nog maar aan methodische dogma's kan vastklampen, zonder deze ook te kunnen verantwoorden. Dit gebrek aan openheid van de gevestigde wetenschap legitimeert sektevorming van nepbehandelaars.

Kortom, echte wetenschap dient zich telkens opnieuw te verdiepen in zijn eigen grondslagen, teneinde ritueel geloof telkens opnieuw te kunnen afschudden. Precies dit is zeer verraderlijk, wanneer de onderzoekers zijn gaan menen dat hun wetenschappelijke methode hen zal beschermen tegen bijgeloof, terwijl dat nu juist het bijgeloof zelf is. Dus als de methoden van dataverzameling, verwerking, analyse enzovoort niet langer vatbaar zijn voor (zelf)kritiek, dan kunnen de uitkomsten van het onderzoek gemakkelijk een eigen leven gaan leiden: ze zijn immers 'wetenschappelijk' aangetoond. Zo worden ze tot onaantastbare feiten waarop instanties hun beleid baseren, zonder zich nog af te vragen wat de gevonden cijfers eigenlijk betekenen.

5.1.1 Monomane trekjes van de toegepaste wetenschap

Een beroepsbeoefenaar, zoals een arts of een psychotherapeut, die zichzelf op basis van individuele klinische ervaringen bepaalde kritische vragen stelt, heeft in de huidige wetenschappelijke cultuur slechts zeer beperkte mogelijkheden om met zulke vragen serieus te worden genomen, laat staan dat deze vragen onderzoekbaar geacht worden. Een medisch specialist in een ziekenhuis kan het maar beter uit zijn hoofd laten om te fantaseren over een mogelijke samenhang tussen lichamelijke en psychische klachten. Als hij geen organisch substraat voor lichamelijke klachten aantreft, statistisch onderbouwd en in het gewenste design aangetoond, dan moet hij vooral zijn vingers ervan afhouden, want hij krijgt zijn klinische ervaringen toch niet geaccepteerd binnen de ziekenhuismaatschap. Een uitzondering is misschien de internist die zich bezighoudt met chro-

nische vermoeidheid¹⁰⁴, of de audioloog die zich verdiept in de dynamiek van tinnitus als een soort fantoompijn. Specialisten die zoiets willen, worden doorgaans met spot en argwaan bejegend, en dienen over een extra groot incasseringsvermogen te beschikken.

Juist binnen de narcistisch zo kwetsbare beroepsgroep van de medisch specialisten zijn zulke hoeveelheden eelt op de ziel niet in overmaat voorhanden. Een specialist die zich met de ‘foute’ onderzoeksvragen bezighoudt, wordt gezien als een bedreiging voor de hele diersoort. En onder ‘fout’ wordt verstaan: niet meetbaar met de gebruikelijke instrumenten en designs. Uiterst relevante en belangrijke vragen worden zo doodgeknuppeld, nog voordat ze het stadium van ‘meetbaarheid’ hebben bereikt. Datgene wat reeds als onderzoek uitgevoerd wordt, mag vooral niet de schijn van ‘minder zinvol’ gaan krijgen, en onderzoeksvragen die zoiets zouden kunnen bewerkstelligen, zijn minder gewenst; onderzoeksvragen daarentegen die de bestaande meet- en operationalisatieculturen verfijnen, worden eerder subsidiabel geacht. Niets nieuws sinds Kuhn. Een paradigma moet worden gered, en pas als dat paradigma echt onhoudbaar wordt, zijn de wetenschappers bereid om hun vooroordelen op te geven, met tegenzin.

Dit betekent dat serieus bedoelde beroepsuitoefening gemakkelijk kan ontaarden in semireligieus gedoe, pseudowetenschap, zodra de beoefenaars zich meer druk maken over het behoud van hun opvattingen en het verkrijgen van de daarvoor noodzakelijke feiten en observaties, dan dat ze zich druk maken over wat er mogelijk niet klopt en hoe ze zich misschien wel vergissen; kortom: als ze onvoldoende kritische reflectie hebben over hun observatiemethodieken of hun tegenvallende resultaten. Zo ook de behandelaar die zich op wetenschappelijke uitgangspunten zegt te baseren.

Zo kom ik bij een definitie van ‘kwakzalverij’ die toch net iets afwijkt van de opvattingen die de gevestigde wetenschap erover heeft. Ik zie kwakzalverij meer als een corrumpering van de beroepsuitoefening, die niet meer kritisch naar zichzelf kijkt, maar daarentegen zelfgenoegzaam de eigen zakken vult, af en toe een vertederde blik werpend op de muur met de diploma’s die zulk gedrag legitimeren.

¹⁰⁴ Maar wat een tegenwerking en onbegrip heeft deze specialist wel niet gekregen van zijn collega-specialisten in de betreffende universiteitskliniek!

5.2 Kwakzalverij als ketters verschijnsel

Kwakzalverij is *niet* identiek aan het verrichten van (medische) handelingen die niet, of niet volledig, wetenschappelijk onderbouwd ('evidence based') zijn. Het is denkbaar dat een behandelaar ernstige redenen heeft om af te wijken van gangbare of van voorgeschreven richtlijnen. Het is ook denkbaar dat hij van de normen afwijkt, zonder deze zelfs goed te kennen, en toch fatsoenlijk werk levert.

We hoeven het hier niet te hebben over de onbevoegde uitoefening van geneeskunst, psychotherapie of iets dergelijks. Iemand die zich ten onrechte voor bevoegd uitgeeft, is alleen al om die reden een bedrieger. Dus dat is vrij eenvoudig. Moeilijker is het als iemand een onbeschermd titel hanteert (orthomoleculair genezer, holistisch therapeut, zijnsoriëntatiecoach). Van zo iemand weet je gewoon niet meteen of hij een beetje deugt. Dat zo iemand geld probeert te verdienen met zijn werk, hoeft op zich geen bezwaar te zijn. Wat is dan het probleem?

Ik denk dat een kwakzalver een modern soort ketter is, en dat het ketters hierin zit, dat er misbruik wordt gemaakt van de kwetsbaarheid van mensen die met een ziekte of probleem een beroep op iemand doen. Zulke misbruik ziet er uit als hulpverlening, maar is in wezen iets anders: de kwakzalver neemt de patiënt als een instrument voor zelfverrijking; de problemen van de patiënt zijn kansen, die juist om die reden moeten worden gekoesterd.

En daar gaat het mis bij de kwakzalver: de koestering van de patiënt als melkkoe leidt tot kunstgrepen om de behandeling te kunnen uitvoeren, of voortzetten, op een wijze die niet in het belang van de patiënt is. De kunstgrepen zien er uit als argumenten waarom de behandeling toch maar beter wel kan worden voortgezet, in de trant van: uw bloedsuikerspiegel moet eerst nog verder zakken, voordat hij weer kan stijgen; als één aderlating niet genoeg is, dan moeten we dat serieus nemen, enzovoort. Maar de kunstgreep kan ook zijn: ik ben deskundig, ik weet wat ik doe; vertrouw op mij.

Een kwakzalver, kortom, is niet gedefinieerd aan zijn vooropleiding, zijn behandeltechniek, zijn (al dan niet zelfbedachte) titel, maar aan zijn geringe bereidheid om het belang van de patiënt in alle omstandigheden te laten prevaleren, en zijn eigen werk voortdurend kritisch te blijven toetsen.

Een aderlatende chirurgijn is aldus een kwakzalver als hij stug door gaat met aderlaten, wanneer hij ontdekt dat de ingreep niet goed werkt,

maar hij is het niet als hij er dan om die reden juist mee stopt; een marabout die in de brousse op traditionele wijze een gebroken been effectief heelt, is evenmin een kwakzalver, maar wel als hij zijn positie in het dorp tracht te redden en de mensen van het nieuwe ziekenhuis probeert weg te houden. Een psychotherapeut die zijn behandeling onnodig langzaam of onnodig diepgravend maakt, of een dokter die alleen maar uitstraalt goed te weten waar hij mee bezig is, tja, die lopen ook een goede kans op de kwalificatie.

De wetenschappelijk gefundeerde en keurig in de officiële maat lopende en alle vereiste administratieve kunstjes uitvoerende behandelaar, die zijn eigen winst oogmerk wel op de eerste plaats stelt en die niet meer zo kritisch naar zijn eigen werk kijkt, heeft zo dus wel weinig verwijten te maken aan toegewijde dorpstovenaars die wel het belang van de patiënt voorop stellen (en daarom wel zelfkritisch blijven).

5.3 Circulair redeneren en het ontlopen van verantwoordelijkheid

Er is een hele massa-industrie van ranzige psychologisch-medische boeken en cd's, waarin de hulpzoekende patiënt wordt bijgestaan met adviezen en verklaringen. Een steeds terugkerend thema in deze literatuur is het idee dat de ziekte het gevolg is van verkeerde keuzes die de patiënt heeft gemaakt, dan wel van verkeerde gedachten die hij heeft gehad.

Een bijzonder onbeschaamde passage over borstkanker en de beweerde verantwoordelijkheid die de patiënte daarvoor *zelf* zou dragen, tref ik aan in een goed verkocht gezondheidsboek:

‘Opofferende moederlijkheid is strijdig met egoïsme, dat daarom bewust wordt *onderdrukt*. [...] Alle niet uitgeleefde agressiviteit, vernietigingsdrang, de neiging tot verslinden en ook meedogenloosheid worden ontzetend op het lichamelijke niveau. [...] Hiermee neemt het lichaam haar een taak uit handen die zij weigert, niet omdat ze er zelf de motivatie niet voor heeft, maar omdat ze weigert tegenover zichzelf toe te geven dat ze die heeft, of omdat ze dit zichzelf eenvoudig niet toestaat. [...] Vaak maakt de kanker – in de vorm van putjes in de huid – duidelijk dat betrokkene het *initiatief heeft laten varen* en voor *terugtrekken* heeft gekozen.’ (Dahlke, 1992, p. 357, cursiveringen in originele tekst)

Als ik deze auteur goed begrijp, dan zou een vrouw vooral foutief hebben gekozen voor een ‘terugtrekking’, omdat ze hiermee haar eigen agressieve

impulsen bij zichzelf kan blijven ontkennen, zelfs bewust onderdrukken, en juist daardoor deze in al hun meedogenloosheid op zichzelf loslaat. Het ontbreekt er nog maar aan dat hier ergens wordt gelispeld: *tja mevrouwje, dat krijg je ervan dat je zo'n lieve moeder hebt willen zijn*, maar eigenlijk staat het er al min of meer. Daarbij wordt voorbijgegaan aan zorgvuldige empirische toetsing: hebben vrouwen die hun agressie gemakkelijker uiten, minder kans op borstkanker? Hebben vrouwen die minder moederlijke neigingen hebben, meer openlijke agressie? Leidt de moederlijkheid tot onderdrukking van de agressieve impulsen? Leidt de onderdrukking tot kanker? Is de onderdrukking van egoïsme een bewuste keuze, en is die tevens een onderdrukking van agressieve gevoelens? Allemaal vragen die omwille van het soepele betoog even worden overgeslagen. Heeft deze auteur misschien, omwille van een goede omzet, *bewust* gekozen voor de *onderdrukking* van zijn moraliteit? Heeft hij misschien zijn eigen morele besef aangezien voor meedogenloze *razernij* op zichzelf, en heeft hij gemeend dat hij die razernij beter aan zijn lezers kan meegeven, zodat ze zijn boeken zullen *verslinden*, troost zoekend in oneigenlijke zelfbeschuldigingen? Tja, het is maar een hypothese en ik hoop maar dat de auteur zich hierdoor niet gekwetst voelt (want tja, in mijn eigen bewust onderdrukte agressie heb ik natuurlijk al helemaal geen enkel inzicht, laat staan in mijn op anderen geprojecteerde gevoelens).

Maar er zijn niet alleen empirische stappen die worden overgeslagen. Ook in logisch opzicht is er al iets mis met dit type praatjes. De kern is: *uw ziekte is uw eigen (onbewuste) keuze, omdat u er immers zelf bij bent*. Dat laatste valt natuurlijk niet te ontkennen, maar het keuzemoment is daarmee nog niet aangetoond.

Dit leidt tot vreselijke stormen aan de binnenkant van iemands ziel. Als de patiënt inderdaad ziek of beroerd is vanwege zijn eigen keuzen, dan is dat toch zoiets als schuldig? Dit motiveert mensen om verder te lezen, op zoek naar verlichting van de schuld, en, als het kan, ook van de klachten. We praten dus iemand gewoon een schuldgevoel aan en chanteren hem dan; goed voor lange jaren van trouw lezerschap, en, erger nog, trouwe klandizie bij de kwakzalver.

Laten we iets dieper ingaan op de logica achter de kwakzalverij. Zo kan het mislukken van een behandeling, meestal genoemd: het 'nog niet helemaal lukken', worden toegeschreven aan randvoorwaarden die de patiënt niet heeft kunnen naleven. Bijvoorbeeld als de patiënt de onuitvoerbare opdracht kreeg om elke ochtend koud te douchen en drie weken met de

benen omhoog te blijven zitten. Tja, zegt dan de nephtherapeut, je hebt het aan jezelf te danken.

We hebben hier te maken met circulariteit van een redenering. Een circulaire redenering ziet er zo uit:

- ✓ A is het geval, en wel omdat A.
- ✓ De dokter weet wat hij zegt, want anders was hij niet de dokter.
- ✓ Ik ben niet in staat om een partner te vinden, en wel omdat zoiets er voor mij gewoon niet in zit. (Daar ben ik voor behandeld¹⁰⁵.)
- ✓ Mijn ellende is onvermijdelijk, omdat ik wel een beter leven zou hebben gekregen als dat mijn lot was geweest.
- ✓ Het medicijn werkt niet, omdat ik er onvoldoende vertrouwen in heb gehad; anders zou het wel werken.
- ✓ De psychotherapie werkt niet, omdat ik me onvoldoende voor de therapie openstel; anders zou de therapie wel effect hebben.
- ✓ Ik heb vertrouwen in alternatief genezer Q, en wel omdat hij me het vertrouwen geeft dat ik, met zijn hulp, hier uit zal kunnen komen.
- ✓ De therapeut ziet mijn problemen als plusjes, die hij door het open raam kan wegblazen. Ik ontdek hoe ik ook zelf elk probleem kan ombuigen tot een positieve uitdaging, zelfs als ik te weinig wilskracht heb, te zeer uitgeput en ontmoedigd ben, en wel omdat ik alleen maar hoef te geloven in mijzelf!
- ✓ Op een meldingsbord langs de snelweg staat: *‘afsluiting van de spitsstrook aan de rechterzijde van de rijbaan in verband met afsluiting van de spitsstrook aan de rechterzijde van de rijbaan’*¹⁰⁶.

Gemeenschappelijk aan deze zinnen is telkens dat de aangevoerde redenen helemaal niets toevoegen aan de conclusies. Dat is niet altijd fout. De cabaretier Jörgen Raymann zei in een tv-interview (2009) eens: ‘[Mijn vrouw en ik] houden van elkaar omdat we van elkaar houden.’ Een stabielere basis voor een relatie lijkt mij niet denkbaar. Veel dingen, vooral veel gevoelens, zijn circulair: je voelt het omdat je het voelt.

De circulariteit is echter gemakkelijk te misbruiken in redeneringen, ook in gezondheidsland. Het belangrijkste misbruik ervan vindt plaats als de verantwoordelijkheid voor het eventuele falen van een behandeling te gemakkelijk buiten de behandelaar wordt gelegd.

¹⁰⁵ Van Kooten en De Bie hebben dit thema uitgewerkt in diverse filmpjes met moeder en zoon Carla en Frank van Putten.

¹⁰⁶ Zie: http://www.dumpert.nl/mediabase/1562371/b8959051/waarom_is_die_spitsstrook_toch_gesloten.html

De volgende trucs zijn hiervan voorbeelden:

a Positief blijven denken / verdoezelen van het slechte resultaat

- ✓ De behandeling duurt zo lang, omdat hij niet werkzaam is, maar dat verdoezel ik. In plaats daarvan zeg ik dat de behandeling gaat lukken, als we maar samen het vertrouwen blijven houden. Ik zorg er dan voor dat de patiënt vertrouwen in mij blijft voelen en dat maakt dat hij mij blijft betalen, de behandeling niet afbreekt, soms tegen beter weten in. Zolang ik de hoop op genezing, of op een betere toekomst, overtuigend kan blijven neerzetten, kan ik mijn geld blijven verdienen. Mijn doel is dus niet om een echte oplossing te vinden, maar om de geldkraan open te houden. Omgekeerd: als de patiënt zijn hoop begint op te geven, dan kan ik dat opvoeren als de oorzaak van het mislukken van de behandeling.

Een variant hiervan is dat ik veel begrip en medeleven toon bij de onvrede die mijn patiënt ventileert over eerdere hulpverleners, die hem niet hadden kunnen helpen. Ik stel dat hun falen ons werk thans ernstig belemmert. Ik verklaar hun falen aan het feit dat deze collega's niet deden wat ik thans met de patiënt doe. De nabijheid die de patiënt tot mij ervaart, is dan gebaseerd op mijn betoonde medeleven met zijn onvrede over vorige behandelaars. Zolang de patiënt in mij gelooft, zit ik goed. En als ik er uiteindelijk ook niet veel van bak, dan kan ik natuurlijk heerlijk wijzen op de schade die al was aangericht.

Overigens is positief denken geen uitvinding van de moderne (cognitieve) psychologie, zoals deze zelf schijnt te menen, maar regelrecht afkomstig uit de katholieke verstervingstraditie¹⁰⁷.

b Hulphypotheses aanmaken / nepverklaringen geven van het slechte resultaat

- ✓ Het komt telkens neer op een cirkelredenering:
 - I Mijn ziekte is het gevolg van mijn verkeerde keuzen of gedachten, dus:
 - II Ik moet mijn keuzen of gedachten veranderen,

¹⁰⁷ Bijvoorbeeld: 'mortification (...) as a means of curing bad habits and implanting good ones' (Catholic Encyclopedia, <http://www.newadvent.org/cathen/10578b.htm>).

maar:

III Mijn ziekte gaat nog steeds niet over,

dus:

IV Ik heb niet goed genoeg mijn best gedaan, terug naar stap II.

Ik verklaar het falen van de behandeling met behulp van een hulp-hypothese, namelijk een tekortkoming van de patiënt: tja, u hebt niet genoeg uw best gedaan; tja, u wilt van binnen kennelijk nog steeds niet echt aan de opgaande lijn beginnen; tja, u gelóóft ook onvoldoende in een goede afloop.

Of ik verklaar het falen van de behandeling uit een extra complicatie in de aandoening: tja, maar door uw faalangst gaan mensen natuurlijk extra kritisch naar u kijken en dat komt er dan ook nog eens bij; tja, als uw vrouw er nu vandoor gaat, dan is dat natuurlijk ook niet echt handig voor uw depressie; tja, u hebt kennelijk nog meer persoonlijkheidsproblemen dan ik al vermoedde.

Meer voor de hand zou liggen, gegeven zo'n tekortkoming of complicatie, dat mijn behandeling zelf daar nu juist rekening mee houdt, of deze zelfs verhelpt. Het is erg goedkoop om de verantwoordelijkheid voor het falen van mijn behandeling bij de patiënt te leggen, als ik zelf niet eerst tot het uiterste ben gegaan. Deze manoeuvre, indien opzettelijk, is een vorm van bedrog. Hierdoor kunnen vicieuze cirkels ontstaan, waarbij de klachten van een patiënt verhevigen, juist omdat deze door zijn behandelaar op een oneigenlijke manier verantwoordelijk wordt gesteld voor het uitblijven van gunstige resultaten (als u ervoor kiest om u schuldig te blijven voelen, tja, dan kan ik het ook niet helpen). De patiënt verwijt vervolgens zichzelf ook nog eens dat hij de schuld van de mislukking draagt, en dat hij daarom nog beter zijn best zal moeten doen. Zeer onfris.

We kunnen het aanduiden als een soort zeer vulgaire variant van de existentialistische verantwoordelijkheidsfilosofie; ook zijn er vulgair-boeddhistische varianten van in omloop. Van Kooten en De Bie hadden in de jaren tachtig van de vorige eeuw al een aflevering in de toenmalige

Juinensche Courant, waarin zij dit type gezondheidsdenken op de korrel namen¹⁰⁸.

Ook buiten de alternatieve gezondheidszorg worden dit soort circulaire redeneringen beoefend. Het bidden als medicijn voor diverse zonden: als ik nog steeds de foute seksuele verlangens heb, dan is dat omdat ik kennelijk (jazeker!) nog niet vurig genoeg tot de goede God gebeden heb, dat hij mij verlosse van mijn fouten. Als Don Quixote weer eens ruzie heeft gehad met de baas van een herberg die hij weer eens voor een kasteel heeft gehouden, en als hij derhalve meent ook ditmaal weer zonder betaling te mogen vertrekken, dan verklaart hij de daarop volgende ruzie met behulp van een cirkelredenering: 'Dit moet gewoon wel een betoverd kasteel geweest zijn.'¹⁰⁹

De behoefte om de dingen kloppend te krijgen is zowel drijfveer van echte wetenschap als van nepwetenschap. De behoefte om daarbij cirkelredeneringen te gebruiken is even begrijpelijk als onvergeeflijk voor iedere deskundigheid die zich als wetenschappelijk wil kunnen presenteren. Het verschil tussen echt en nep is uiteindelijk een kwestie van integriteit. Echte wetenschap verplicht zich om zijn handelingen en denkstappen te blijven verantwoorden, allereerst aan zichzelf; nepwetenschap probeert die verantwoording op vitale punten juist te ontlopen en zich te verschuilen achter onbeheersbare factoren of proceskenmerken. Nepwetenschap geeft een simulatie van verantwoording; een kwakzalver simuleert zijn deskundigheid evenzo met schijnverantwoordingen.

5.3.1 Circulair redeneren: een voorbeeld uit de gedragstherapie

Maar ook de officiële gezondheidszorg gaat in dit opzicht niet zomaar vrijuit. Telkens als er commerciële belangen bestaan, kunnen er oneigenlijke argumenten komen, gewoon voor de goede zaak. Ik herinner mij dat ik in 1983 in een revalidatiekliniek in het zuiden des lands een paar werkafspraken mocht hebben met een senior collega-psycholoog, die heel mischien mij zou willen gaan begeleiden bij een proefschrift. De brave man

¹⁰⁸ *Gezond ziek zijn: de ziekte als bondgenoot. (...) 'Je zou je kunnen afvragen waarom je juist nú ziek wordt, in deze periode van je leven. Zou dat iets te maken kunnen hebben met je manier van leven nu? Waarom wil deze ziekte jou aanspreken?' (...) In een boeiend betoog schetste de spreker de in grote getale opgekomen Juiner zieken, waaronder veel terminale gevallen, zijn visie op het ziek zijn, dat z.i. geen zinloos leed is dat de mens overvalt, maar 'waarbij je zou kunnen proberen je ziekte te beschouwen als betekenisvol voor jezelf in je huidige levenssituatie.'* (Van Kooten en De Bie, *De Juinensche Courant*, 19-2-1983).

¹⁰⁹ DQ, deel I, boek II, hoofdstuk 3.

keurde mijn ontwerp echter af. Hij wilde in zijn instituut alleen proefschriften die het operante paradigma ondersteunden.

En nog steeds hoor ik dat dit revalidatie-instituut mensen behandelt volgens het operante paradigma, daar ook veel heil mee sticht, maar wel de mislukte behandelingen via een zijdeur afvoert. Ik behandel in ieder geval af en toe een patiënt die tevoren daar geweest is, en die dan van de instelling te verstaan had gekregen dat het tekort aan succes niet aan de methode lag maar aan de wijze waarop hij er zich (te weinig) voor openstelde. Ook wilde de instelling een keertje niet dat mijn patiënt een evaluatieformulier alsnog invulde. Hoe circulair kan een wetenschappelijke evaluatie zijn?

Als de identiteit van mijn therapie-instituut gebaseerd is op het operante paradigma, en op de daarmee samenhangende geldstromen, dan kijk ik wel uit om die identiteit in gevaar te brengen. Hiermee is uiteraard niets gezegd ten nadele van de vele gunstig verlopen behandelingen; maar wel iets over de zeer menselijke behoefte om niet-passende uitkomsten te willen wegmoffelen, zodat de favoriete opvattingen ongeschonden en onbedreigd kunnen voortleven. Als Sinterklaas niet bij jou langskomt, dan heb je te weinig liedjes voor hem gezongen. Als er binnenkort een aardbeving in Teheran komt, dan is dat vanwege de onvoldoende kuiske kleding van de vrouwen aldaar¹¹⁰. Als er een Herziene Statenvertaling (december 2010) verschijnt, dan is die toch niet goed genoeg¹¹¹. Als positief denken bij jou niet werkt, dan komt dat omdat je het onvoldoende hebt geprobeerd.

5.4 Obstitutie: de misbruikte betaalt

Er is een nieuw soort kwakzalverij binnen de poorten van de stad. We kunnen de gebruikelijke kwakzalverij aanpakken door deze eindeloos per geval te vervolgen, en dat is zeker zinvol. Maar er is tegenwoordig meer aan de hand: een verschuiving van betekenissen en van definities, zodat

¹¹⁰ 'Vrouwen die weinig verhullende kleding dragen en zich promiscue gedragen veroorzaken aardbevingen. Dat heeft de Iraanse geestelijke hojatoleslam Kazem Sedighi maandag gezegd.' Algemeen Dagblad, 19-4-2010.

¹¹¹ 'Wat staat ons verstaan van Gods Woord in de weg? Dat is ons verduisterd verstand en ons boze hart.' Zoals geciteerd door Franca Treur, NRC-Handelsblad, 23 december 2010, Boekenbijlage p. 2.

ineens kan blijken dat kwakzalvers en bonafide hulpverleners niet meer altijd aan uiterlijke kenmerken herkenbaar zijn.

We zouden natuurlijk het liefst een kwakzalver definiëren als iemand die te vinden is buiten de poorten van de stad, herkenbaar is aan een valse oogopslag, een grote puist op de neus, en een handkar met zelfgemaakte gereedschappen en vieze lapjes waar de ratten doorheen lopen.

Maar in de praktijk is dat niet zo simpel. Sommige psychotherapeuten zijn in een zelfverkozen ballingschap gegaan, puur omdat ze zich niet wilden schikken in de DBC-regels waarin de privacy van de patiënten werd aangetast. Zoiets plaatst hen buiten de reguliere orde en dat alleen al maakt hen kwetsbaar voor verdachtmakingen over hun vakkundigheid en integriteit, terwijl juist de aantasting daarvan de reden was om buiten de poorten te gaan werken¹¹².

Anderzijds is de officiële dokter of therapeut tegenwoordig werkzaam in een administratief keurslijf, dat hem ‘faciliteert’ en ‘stimuleert’ om bepaalde maatregelen te nemen die vooral goed zijn voor zijn eigen portemonnee, en wel omdat die maatregelen door de Tariefsteller worden gewenst. Ze zijn statistisch ‘gunstig voor de patiënt’ bevonden, omdat ze, statistisch gezien, een bepaald effect zouden hebben op patiënten met een bepaalde aandoening. Een behandelaar die zichzelf toestaat om zulke ‘gefaciliteerde’ keuzes te maken bij een patiënt, is niet meer goed onderscheidbaar van de kwakzalver die van zichzelf wéét dat hij een bepaald ritueelje overtuigend kan neerzetten. Zo’n kwakzalver immers weet van zichzelf dat hij het niet echt voor de patiënt doet. Evenzo kan een dokter die op zijn patiënt een bepaalde bonusbehandeling toepast, niet echt onder de indruk raken van zijn eigen integriteit.

Sterker nog, het huidige tariefbeleid ‘faciliteert’ deze verminderde integriteit jegens de patiënt. U begrijpt waar ik naar toe wil: dit tariefbeleid stimuleert een bepaald soort kwakzalverij binnen de gevestigde gezondheidszorg. De dokter of therapeut gaat zijn deskundigheid valse-lijk aanwenden voor eigen gewin, en wordt daarin door het tariefbeleid van de overheid zelfs gesteund. Deze steun werkt niet alleen in financieel opzicht, maar ook in moreel opzicht, als een legitimatie om ons eigen gezond verstand te mogen uitschakelen: ‘Uit onderzoek is immers iets gebleken’, ‘We moeten datgene doen wat het beste voor de mensen blijkt te werken, en niet datgene wat we zelf ons in het hoofd haalden om te doen’.

¹¹² Zie ook voetnoot 57.

Het wel of niet veinzen van oprechtheid is de scheidslijn tussen kwakzalverij en prostitutie. Verwachten we van de hoer geen oprechte gevoelens, van de dokter verwachten we wel oprechte zorg. Van de kwakzalver hopen we dat óók, maar deze zal vooral bezig zijn om het allemaal zo oprecht mogelijk te laten *lijken*. De lezer herinnert zich mogelijk uit de jaren tachtig van de vorige eeuw de Amerikaanse televisiedominée Jim Bakker. Deze meneer was heel vaardig in het vertonen van levensecht en zeer oprecht ogende religieuze gevoelens op tv, en vooral vaardig in het verbloemen van het feit dat het ging om gesimuleerde gevoelens, althans bij hemzelf en bij zijn charmante echtgenote Tammy¹¹³.

Zulk veinzen doet ook de psychotherapeut die, omwille van het vermeend heilzame effect, opvattingen predikt en uitdraagt die hij zelf niet echt kan geloven. Veel therapeuten leren zelfs, ergens in hun carrière, dat het gewoonweg noodzakelijk is om tegen iemand *Je kunt het!* te zeggen, ongeacht of zoiets waar is. Het positieve denken, dat de laatste jaren zeer populair is, is daarvan een voorbeeld¹¹⁴. Veinzen doet ook de arts die, voor een bonus, extra behandelbeleid inzet, bijvoorbeeld een overbodig onderzoekje. Hierbij kiest de arts of therapeut een rol, waarin het belang van de patiënt zogenaamd centraal staat. De uitgevoerde verrichtingen gaan dan over straat in een dun jurkje van oprechte betrokkenheid. Een kritische waarnemer kan hier soms doorheen kijken¹¹⁵. Maar het onderscheid tussen oprecht en niet oprecht uitgevoerde verrichtingen wordt met geen enkel administratief systeem zichtbaar gemaakt. Zo gaan moderne kwakzalvers gekleed in een confectiepak van administratieve correctheid. Binnen de poorten van de stad, in de statige tempels en paleizen die zijn opgericht voor de gezondheid van de mensen.

De moderne kwakzalver lijkt niet meer op de oude. Soms is hij zelfs op een legale manier de stad binnengekomen, heeft een eigen werkkamer, of een eigen afdeling, binnen een van de gezondheidstempels. Hij heeft dan alle diploma's en alle registraties die voor zijn beroepsuitoefening vereist zijn. Sommigen schoppen het zelfs tot hoogleraar, of worden gevraagd voor een of ander prestigieus adviescollege.

¹¹³ Inmiddels lijkt hij alweer helemaal terug te zijn, compleet met een nieuwe website (<http://jimbakkershow.com>) en met een welhaast nog nieuwere echtgenote, Lori.

¹¹⁴ Zie bijvoorbeeld Ehrenreich (2009).

¹¹⁵ Zie ook Bergmans film 'Het slangenei', waarin het gaat om de onoprechtheid, ook in de gezondheidszorg, die eigenlijk al herkenbaar is voor wie bereid is op te letten. In de 'Sankt Anna Klinik', worden verkapt experimenten met mensen gedaan; gezondheidszorg als alibi.

De term ‘kwakzalver’ is niet meer geschikt om deze types mee aan te duiden. Daarvoor zijn ze te hoog opgeleid en hebben ze te veel accreditatie- of andere punten verzameld. Ik zou hun handelwijze willen spiegelen aan de prostitutie, en de tegenovergestelde term ‘obstitutie’ willen voorstellen. De obstituerende arts of therapeut wordt gekenmerkt door een onoprechte werkhouding, waarin het belang van de patiënt wordt voorgewend, terwijl feitelijk andere belangen voorrang hebben. Hij zal voor goede koffie zorgen, zodat de patiënt bij hem graag op de koffie komt. De patiënt is hier meer dan een nummer. Twee nummers misschien wel. Zoals Wim Kan al zei: ‘Viool is altijd zo gevoelig; weet u wat nog gevoeliger is?’

5.4.1 Geld

Wordt er bij prostitutie tenminste nog betaald voor het misbruik, bij obstitutie is het precies omgekeerd. De betalende (dan wel voor zijn ziektekosten verzekerde) partij is hier het slachtoffer, omdat hij niet goed merkt dat hij, en hoe hij, voor de gek wordt gehouden. Het hoeft daarbij niet per se om geld te gaan, maar geld staat wel op nummer 1. Ik noem nog enkele andere drijfveren van behandelaars.

5.4.2 Eigen genot

Behalve om het laten binnenwaaien van veel geld kan het psychotherapeutische werk ook om andere redenen bijzonder prettig zijn. De therapeut probeert dingen te doen die hij zelf vooral leuk of lekker vindt met of aan de patiënt. Patiënten met gevoelens van verliefdheid voor de therapeut zijn buitengewoon geschikt voor obstitutie van dit type, maar ook patiënten die behoefte hebben aan het respect en geduld van de therapeut, kunnen flink worden misbruikt ten behoeve van het ego van de behandelaar, of ten dienste van diens reddersfantasieën.

Zo kennen wij ook het type therapeut dat het o zo ‘boeiend’ vindt om de patiënt lang in behandeling te houden, om allerlei (traumatische) thema’s met alle pijnlijke details helemaal uit te pluizen. Of dingen te doen met de patiënt die zo ‘goed’ voelen om te doen, ‘heerlijk intuïtief bezig te zijn’, ‘helemaal eerlijk te worden’¹¹⁶, enzovoort. ‘Ik doe nog een keer deze confrontatie, want dat voelt voor mij zo goed om die nu weer te doen.’ Dat hiermee iets mis is, wordt af en toe betoogd door sommige collega’s, meestal gedragstherapeuten¹¹⁷, die beweren dat onze vakbroeders en -zus-

¹¹⁶ Zie Yalom, 1997.

¹¹⁷ Bijvoorbeeld Spinhoven, 2000.

ters niet in de gaten houden of de ‘lekkere’ interventies ook wel een beetje passend en ter zake zijn voor de betreffende problematiek. Deze critici hebben een punt, maar ze zijn zelf ook niet altijd helemaal zuiver.

5.4.3 Wetenschappelijke ambitie

Ook kennen wij het type therapeut dat het zo ‘nuttig’ vindt om elke scheet van de patiënt te meten in het kader van een of andere experimentele conditie waarin deze werd gelaten, en er kwantitatieve wetenschappelijke teksten over te publiceren. Zo’n therapeut voelt zich erg wetenschappelijk verantwoord aan de gang, heeft meestal ook een of meer dagen per week een aanstelling aan een naburige universiteit, maar gebruikt daarmee in feite zijn patiënten voor zijn eigen wetenschappelijke carrière en ambities. In deze kringen wordt nog wel eens vroom gejammerd over de collega’s van het type ‘eigen genot’, terwijl het genot over eigen publicaties gemakshalve hierbij wordt overgeslagen en wordt opgevat als een puur en nobel doel, hoog verheven boven elke verdenking van onzuiverheid.

5.4.4 Eigen reputatie

Eigen reputatie staat ook op het spel bij het succesvol afronden van een behandeling. De behandelaar die dat doet, helpt natuurlijk de patiënt, maar de motivatie is dubieus. Het welbevinden van de patiënt wordt immers een instrument voor de belangen van de behandelaar, met alle risico’s van dien. Straks heeft de behandelaar een betere manier om zijn reputatie op te krikken, en dan heeft hij een goed resultaat voor deze patiënt minder nodig. Dat gun je een patiënt niet.

Ik noemde dit thema al kort in paragraaf 4.5, waar het ging om de zorginstelling die veel patiënten na de intake niet voor behandeling binnenlaat, gewoon om de eigen prestatiescores te beschermen. De reputatie van de instelling staat hier tegenover het belang van de patiënt. Ook de hype rondom ‘Routine Outcome Measurement’, waarbij vragenlijsten wekelijks moeten worden ingevuld door de patiënten, speelt in op de behoeften bij behandelaars¹¹⁸ om te werken aan een beter ‘imago’ bij hun financiers: ‘Kijk eens hoe transparant wij zijn, kijk eens hoe goed wij meewerken aan de zogenaamde kwaliteitsmetingen!’ Impression management onder het mom van zorgvuldigheid¹¹⁹.

¹¹⁸ Uiteraard is hiermee niet gezegd dat dit dan ook de enige of de echte drijfveren van behandelaars zouden zijn. Meetinstrumenten worden natuurlijk ook vaak met zeer integere oogmerken gebruikt.

¹¹⁹ Zie paragraaf 7.1.2, i.h.b. voetnoot 148.



6 Op zoek naar marktordening in de GGZ



6.1 De beoogde ordening tussen eerste en tweede lijn in de GGZ

Ik las een foldertje voor eerstelijns psychologische hulp in een huisartsenpraktijk. Er werd aangeraden om 'niet te lang te wachten als u iets heeft'. Dat is verstandig van de eerstelijners; immers als het probleem te diep ingevreten is, dan kunnen ze het niet meer binnen het aantal toegestane gesprekken, en dan zou de tweede lijn eraan te pas moeten komen. Maar het is ook 'verstandig' van ze, omdat de mensen dan sneller zullen komen en ze dus meer werk krijgen. Want als ze toch een kamertje huren in het gezondheidscentrum, dan moet die ruimte toch ook goed besteed worden? Zo krijgen we vanzelf meer vraag in de GGZ. Maar de eerste en de tweede lijn zitten in de GGZ vaak op elkaars terrein.

Concurrentie tussen eerste en tweede lijn kan worden verminderd door differentiatie te zoeken. En die differentiatie krijgt de eerste lijn als er nog meer mensen met nog simpeler problemen zich bij hen aanmelden, met problemen waarmee ze in de tweede lijn niet zouden worden toegelaten. Dit leidde in 2010 reeds tot overbelasting van de eerstelijns GGZ, waardoor het kon gebeuren dat de wachttijden in de eerste lijn die van de tweede lijn overtroffen en de mensen door de huisartsen weer en masse naar de tweede lijn werden gestuurd.

De eerste lijn probeerde ondertussen efficiënter te gaan werken met nieuwe middelen zoals internettherapie. Het nieuwe kabinet deed ondertussen een duit in het zakje door het aantal toegestane gesprekken te verlagen van acht naar vijf. Zo komen de mensen natuurlijk weer eerder naar de tweede lijn, en dat kost dan weer meer geld. Het nut van de eerstelijns psychologische zorg wordt op deze manier volledig ondergraven. Kennelijk is het kabinet er meer van overtuigd dat de eerstelijns psychologie tot meer onbenullig gezeur leidt (*dokter, ik voel me vaak zo onrustig als ik de buurvrouw zie*), en dus tot verspilling van middelen, dan dat deze bijdraagt aan de preventie van aanzienlijk hogere ziektekosten in andere echelons.

Is het verstandig van mensen om zich bij de eerste lijn te melden? Ja, als ze er echt niet meer uitkomen. Maar als ze zich eerder melden, zoals de genoemde folder aanbeveelt, dan kan het zijn dat ze het eigenlijk heel goed allemaal zelf nog hadden kunnen regelen, dus zonder professionele hulp. Als de eerste lijn zich op deze doelgroep gaat richten, dan ondermijnt dat, naar mijn idee, juist het bestaansrecht van zo'n eerste lijn, ook als zo de omzet zou toenemen. Maar volgens het principe van een marktordening moeten eerste en tweede lijn zich juist differentiëren en verschillende doelgroepen bedienen. Zou zoiets binnen de tweede lijn ook lukken, op basis van verschillende deskundigheden voor verschillende soorten aan-doeningen?

De differentiatie tussen eerste en tweede lijn lukt overigens niet helemaal. Voor zover deze niet lukt, is er sprake van dubbel werk: mensen die eerst naar het verkeerde echelon zijn verwezen, weten daar alles van. Veel psychotherapie kan tegenwoordig pas beginnen, nadat eerst het maximaal aantal vergoede sessies in de eerste lijn is volgemaakt. Dan pas wordt de problematiek plotsklaps als 'te zwaar' onderkend, en dan pas wordt er doorverwezen. Ook leren verwijzende huisartsen heel goed dat het woord 'psychotherapie' op de verwijskaart sommige tweedelijns deuren sneller opent, dan het woord 'psychologische hulp' dat bij eerstelijns deuren vermag. Pragmatische huisartsen passen dan hun woordkeuze op de verwijskaart even aan, gewoon om de patiënt sneller hulp te laten ontvangen. Ook dat is niet helemaal zoals de marktordening bedoeld was. Het is wel zoals de Pennenlikker het graag ziet gebeuren. Marktordening in de tweede lijn kent echter problemen die giftiger zijn. Laten we het daar eens over hebben.

6.2 Een schijnbare marktordening in de tweedelijns GGZ: diagnoses zijn niet wat ze lijken

Het zou zo moeten zijn dat tussen aanbieders van producten vergeleken kan worden wat betreft geleverde kwaliteit, prijs, enzovoort. Welnu, dat lukt uitstekend bij wasmiddelen, het lukt al een stuk minder goed bij elektriciteit, en het lukt al helemaal niet bij psychotherapie. Waarom eigenlijk niet? Bij het gebruik van een huishoudelijk elektrisch apparaat zijn er weinig goede redenen waarom men stroom van de ene dan wel van de andere producent zou moeten kiezen, anders dan om de prijs. Bij het wassen van een kledingvlek zijn er wel verschillende wasmiddelen voor verschillende

soorten vlekken. Hoe zit dat bij psychische aandoeningen? Hebben we daar de situatie van de stroomproducent of van de waspoederproducent?

Op een studiedag ‘GGZ in de kering’, gehouden op 16 oktober 2008¹²⁰ werd de aarzelende vraag gesteld door een aarzelende deelnemer: *Als ik bij een patiënt begonnen ben met een diagnose ‘depressie’, en als ik dan naderhand niet meer weet of het eigenlijk wel een depressie is of toch een angststoornis, wat moet ik dan in de DBC noteren?* Deze vraag werd afgehandeld met ingehouden minachting voor zoveel onnozelheid: *Dan maakt u ofwel gewoon een nieuw zorgtraject met angst als de nieuwe hoofddiagnose, ofwel u vult de huidige hoofddiagnose even aan met de angst.* Zo werd de indruk gewekt als zou een flexibel instrument voor ons klaar staan om de diagnose aan te passen, en klaar is Kees. Wie daar nog vragen over durft te stellen, is natuurlijk op zijn minst erg dom.

Toch was deze deelnemer de enige held op die dag. Want hoe aarzelend hij zijn vraag ook stelde en ondanks het feit dat hij belachelijk werd gemaakt, hij kaartte hier wel een essentieel probleem aan dat de mogelijkheden van de DBC-systematiek te boven gaat. Want wat voor product wordt er eigenlijk geleverd in de geestelijke gezondheidszorg? Is een psychotherapie anders indien er sprake is van een diagnose ‘depressie’, dan bij een diagnose ‘angststoornis’?¹²¹

Volgens de beleidsmakers wél: andere aandoening, dan ook andere werkzaamheden, en natuurlijk ook een andere prijs. Volgens mij niet. Natuurlijk verloopt een behandeling anders als de setting anders is (klinische opname, begeleid wonen, ambulante), maar dan hebben we het over grote typering: kan iemand zelfstandig blijven wonen? Kan iemand bij zichzelf stilstaan? Is er een lichamelijke complicatie? Maar als de setting duidelijk is, dan worden de nuances van de behandeling niet echt zomaar afgeleid van de diagnose, maar van de interne dynamiek van de therapie. Dat komt omdat de naam die de aandoening krijgt betrekking heeft op uiterlijke, minder relevante, kenmerken. Het geleverde zorgproduct is gewoon heel vaak niet goed te typeren aan de DSM-classificatie die een behandelaar heeft gesteld. Soms echter wel, en daar klampen de beleidsmakers zich dan blijmoedig aan vast. Maar meestal niet, en daar houden

¹²⁰ Zie www.hulpverlenersagenda.nl/agendaha/viewEvent.php?e

¹²¹ ‘Als je goed luistert naar de onderzoeker/clinicus die zijn gehele loopbaan met angst en depressieve klachten heeft gewerkt, hoor je steeds hetzelfde, namelijk dat deze psychische toestanden niet kunnen worden onderscheiden.’ (Derksen, 2010). En: ‘... in de eigenlijke klinische toepassing stuit men op een grootschalige overlap (...) – angst en stemmingsstoornissen zijn nagenoeg steeds gemengd’ (Verhaeghe, 2009, p. 122).

de beleidsmakers blijmoedig hun ogen en oren voor gesloten. Ik denk dat in circa tweederde van de gevallen een DSM-classificatie ook anders had kunnen luiden, als de intake een beetje anders was verlopen, als de relatie met de behandelaar er een beetje anders uit had gezien, als toevallige stressoren van het moment van intake er niet waren geweest.

Maar dat is helemaal niet erg. De aanvliegroute kan heel verschillend zijn, en met hard werken komt de echte problematiek meestal wel naar boven. Zo glibberig is ons vak. Soms wordt zelfs pas aan het eind van een lange behandeling duidelijk wat het probleem was, en welke diagnose er dus bij hoorde¹²². Maar ook in andere vakken, zoals wiskunde, weten we vaak pas aan het eind van veel inspannend werk of een bepaalde hypothese klopte: een wiskundig bewijs is pas sluitend aan het eind van de arbeid, niet aan het begin; tot die tijd moest de wiskundige het doen met zijn intuïtie. Ook gebeurt het vaak in een laboratorium dat er pas na lang werken gevonden kan worden welke stoffen verantwoordelijk zijn geweest voor een bepaalde somatische aandoening. Zo ook kan de therapeut al heel lang vermoeden dat er sprake is geweest van seksueel misbruik, terwijl zoiets dan pas in een late fase van de behandeling door de patiënt wordt onderkend en benoemd. Dan moeten we zeker alsnog de diagnose gaan bijstellen, omdat we dan eigenlijk een andere DBC te declareren hebben dan we in het begin hadden gedacht.

Dus is het niet extreem of bizar dat een diagnose niet altijd aan het begin van een behandeltraject scherp gesteld kan worden, of dat er flink getwijfeld kan worden tussen een angststoornis en een depressie, of tussen een dysthyme stoornis en een narcistisch probleem. Soms zijn alleen de contouren van de diagnose te stellen. De diverse mogelijke diagnoses staan vaak in gelaagde structuren boven elkaar. Natuurlijk is er depressie en natuurlijk is er angst. Welke beschrijving is de juiste? Dat weten we niet van tevoren, en we weten het zelfs niet altijd bij afsluiting van de behandeling.

Dit is voor therapeuten niet zo'n probleem, doch beleidsmakers vinden het maar niets. *Je moet toch 'weten' aan welk probleem je werkt, en aan welke doelstelling? Hoe kun je anders evalueren? Hoe weet je anders of je op het goede spoor zit, of het geld goed besteed is?* en dat soort bezwaren. Soms is het

¹²² Verhaeghe stelt dat de helft van de te diagnosticeren problemen niet in de DSM past en dat de meeste patiënten ook twee of drie andere etiketten kunnen krijgen. Weliswaar hebben pillen enig effect, maar dat bewijst niet dat de aandoeningen die van de diagnose zijn. (zie: <http://player.omroep.nl/?aflID=10071552&start=00:00:00> en zie ook: Verhaeghe, 2009, p. 120v).

inderdaad verstandig om het behandeldoel snel helder te krijgen en het verloop van de behandeling daar regelmatig aan te toetsen. Zoiets is verstandig als de patiënt met een grote brei van onoplosbare problemen binnenkomt en dan verlangt dat de therapeut die allemaal gaat oplossen. Dan heeft het zin om eerst maar eens een beetje structuur aan te brengen: wat gaan we aanpakken en wat niet?

Maar vaak is er helemaal geen praktisch belang mee gediend om snel een doelstelling op tafel te hebben. Dat vinden beleidsmakers zo niet. Er moet een diagnose komen, want zonder diagnose kan een behandeling toch niet slagen voor de kwaliteitstest? En er moet een diagnose komen, want er moet een DBC komen waar straks een prijs aan hangt. We kunnen toch zeker niet voor een 'ik weet het nog niet'-DBC een tarief vaststellen? Dus er wordt dan maar een schijnoplossing gekozen: de omdat-wer-nou-eenmaal-eentje-moeten-hebben-diagnose.

En in al die gevallen is de DSM natuurlijk reuze handig. We weten van een patiënt de diagnose nog niet, maar we kunnen de klachten wel classificeren met behulp van de DSM, en dan *noemen* we dat gewoon de diagnose. Datgene wat dan zo wordt genoemd, is iets wat die naam eigenlijk niet mag dragen. Jawel, we hebben dus in dit land een wet over een marktordening in de gezondheidszorg en deze beoogt concurrentieverhoudingen te scheppen tussen instellingen, die vergeleken moeten worden op bepaalde producten, terwijl deze producten op een ondeugdelijke manier *moeten* worden aangeduid. Dit leidt tot schijnvertoningen (zie ook paragraaf 6.6).

Hoe denkt u dat een restauranthouder het zou vinden, als hij op zijn menukaarten alleen de gerechten mag beschrijven in termen van hun stevigheid of kauwbaarheid, maar niet naar hun ingrediënten? De kauwbare kenmerken immers zijn internationaal vergelijkbaar, terwijl de ingrediënten zelf nogal uiteenlopend kunnen zijn bereid, regionaal bovendien erg verschillend. Zo'n restaurant zou dan zeker moeten concurreren met andere restaurants, met slogans als 'bij ons zijn de malse gerechten lekkerder en de taaie goedkoper'. We beelden de gerechten af op een dimen-

sie die niet zo vreselijk veel inzicht geeft in de aard van het voedsel, maar die wel lekker objectief is¹²³.

Zo ook zijn psychiatrische DSM-classificaties niet zo razend bruikbaar om een psychotherapeutische taak mee aan te duiden, maar wel om het gedrag van de patiënt mee te beschrijven. Maar dat gedrag zegt niet altijd zo heel veel; soms wel, soms juist niet. We hebben dus te maken met een type markt waarin de producten niet bij hun echte naam genoemd worden. Concurrentie kan er dan niet plaatsvinden zoals bij wasmiddelen. Anderzijds zijn de producten ook niet aan elkaar gelijk, zoals bij de elektriciteitsbedrijven.

Het gezondheidsproduct, als het al zo mag worden genoemd, wordt de markt op gesleept alsóf het een verhandelbaar goed is. Het wordt als een echte diagnose geschminkt en zodanig ten tonele gevoerd, dat het ook nog waarachtig lijkt op koopwaar. Maar terwijl een goede acteur in zijn rol kan opgaan, en zichzelf tot dienaar kan maken van het spel waaraan hij vorm geeft (vergelijk Gadamer, 1977), is de vermarkte diagnose niet de rol die tot leven wil worden gewekt door de echte, zorgvuldig uitgeoefende, intake. Dit beoogde commerciële product is als een personage uit ‘Goede Tijden, Slechte Tijden’, het staat schaaftig voor de camera zijn teksten uit te kramen, met de ogen gericht op de autocue en met een mimiek die reeds de eerste selectieronde voor een toneelopleiding in het zuiden des lands niet zou overleven. Het is het soort product waarmee ons land op internationale songfestivals hoge ogen probeert te gooien, waar de marketeers uiteindelijk de toonzetting en de maatsoort mogen bepalen. Het is de ober die probeert om een ober te spelen¹²⁴. Het is kitsch, zogezegd. Laten we het ‘simulatie’ noemen; dat klinkt wat prettiger.

¹²³ Dit doet erg denken aan de bejegening van Sjostakovitsj door de toenmalige Sovjet-autoriteiten. Elke nieuwe compositie moest eerst worden voorgespeeld op de piano, voor een goedkeuring door de speciale muziekcommissie van de betreffende partijafdeling. Hiervoor moest dus een speciale pianobewerking worden geschreven, alsof dit alleen nog maar een ruwe schets zou zijn, ja inderdaad, een voorproefje! van het beoogde orkestwerk. Na de goedkeuring van dit concept mocht het stuk worden gecomponeerd in de bedoelde instrumentele bezetting. Wat de keuringscommissie niet mocht weten, was dat de partituur allang klaar was, en dat de pianoversie daarvan een magere afspiegeling was, gewoon een extra inspanning om de dingen niet nog moeilijker te maken. Zo ook is de DSM-classificatie een aanvulling op een diagnostisch inzicht van de behandelaar. Maar ja, je kunt van het plaatselijke partijkantoor niet verwachten dat het meer dan een piano in zijn kantine heeft staan. Je kunt van een DBC-formulier niet verwachten dat je er de serieuze diagnostische overwegingen op kwijt kunt.

¹²⁴ Sartre, 1943, p. 95.

Een gesimuleerd product heeft het op de markt niet eenvoudig. Het is geen waspoeder, geen elektriciteit; het is zelfs niet eens een echte¹²⁵ diagnose. Van een feestartikelenwinkel weten we tenminste dat we er nepdrollen kunnen kopen, maar de geestelijke gezondheidszorg speelt zich juist af in een branche die dáár niet echt op lijkt, en ook niet op wenst te lijken. Men kan zich ook maar moeilijk een markt voorstellen waarin onuitgepakte sinterklaassurprises worden verhandeld. Moeten de prijzen daarvan dan maar worden bepaald op grond van de fysieke afmetingen, terwijl we niet de waarde kennen van hetgeen er in de surprises verstopt is? Een serieus psychisch probleem is wel vergelijkbaar met hetgeen er in zo'n sinterklaassurprise verborgen zit. Maar een goede diagnose is niet te vergelijken met een nepdrol.

6.3 Simulatie, model en werkelijkheid

Een classificatie is een ordenend principe, waarbij een indeling van termen ('diagnoses') wordt gemaakt naar observeerbare gedragingen, ook wel 'criteria' genaamd. Zo kunnen we termen relatief helder definiëren, en daarmee verwijzen naar bepaald gedrag. Dat gedrag kunnen we opvatten als uiting van psychische aandoeningen, et voilà, we hebben een psychiatrische indeling van aandoeningen. Voldoet iemand aan het vereiste aantal criteria van een bepaalde aandoening, dan kan hij daarmee worden geclassificeerd. Zo kunnen mensen de meest vreselijke psychiatrische etiketten opgeplakt krijgen, gewoon omdat hun scores voldoen aan een aantal criteria. Maar daarmee *hebben ze zelf* nog niet automatisch die aandoening. Iemand die gemaskerd hard wegrent uit een winkel zou zomaar iets gestolen kunnen hebben, maar met zulk gedrag alleen *is* hij nog niet echt een dief. (*If it walks like a duck and it talks like a duck, chances are it is a duck.*)

Zeer uitdrukkelijk vermeldt de DSM-IV in het voorwoord (APA, 2000, p. xxxi) dat dit classificatiesysteem niet mensen, maar aandoeningen classificeert. Waarom is dat zo? Omdat er termen worden gedefinieerd om gedragspatronen en clusters te beschrijven. Er wordt geen verklaring van de aandoening gegeven, alleen maar een indeling naar gedragskenmerken. De etiologie ontbreekt, en evenzeer ontbreekt enige typering van de dyna-

¹²⁵ Ik doel hiermee op de zogenaamde dynamische diagnose, zie hieronder paragraaf 6.6.

miek zoals die in een behandeling van zo'n aandoening kan ontstaan¹²⁶. We mogen ze wel 'diagnoses' noemen, maar dat zijn ze niet echt. Het zijn simulaties van echte diagnoses. Laten we iets dieper ingaan op het begrip 'simulatie'.

Ik baseer me op het werk van Robert Rosen¹²⁷, een wiskundige die een abstracte theorie over levende systemen ontwikkelde. Volgens Rosen bestaat er een essentieel verschil tussen een simulatie van een proces in de werkelijkheid enerzijds en anderzijds een model van zo'n proces. In een goede simulatie wordt dezelfde output geproduceerd als in het reële proces, maar op een andere manier: de gesimuleerde resultaten worden op een geheel andere wijze verkregen dan in de werkelijkheid. Bijvoorbeeld, als we een sprekende robot met een menselijk uiterlijk willen maken, dan moet deze zowel kunnen praten alsook de bijpassende gezichtsmimiek hebben. Dat zijn dan twee taken die in principe gelijktijdig moeten worden uitgevoerd, maar daarmee is het apparaat nog niet zo georganiseerd dat de gezichtsmimiek de spraak ook echt beïnvloedt.

Maar misschien hebben we een keer te maken met een zeer bijzondere robot, een waarin de makers vooral geïnteresseerd zijn geweest in de kinetische en anatomische aspecten van het menselijk lichaam. In dat bijzondere geval zou het kunnen zijn dat de gezichtsbevingingen ook echt nodig zijn om de spraak voort te brengen. We hebben dan te maken met een echt model, en niet met louter een simulatie. In zo'n model wordt dan niet alleen de output, maar ook het genererend proces dat tot die output leidt, uitgewerkt en weergegeven. Het is duidelijk dat dit veel meer rekenwerk vraagt dan als alleen op uiterlijke kenmerken wordt gemikt. Een goed model leidt niet alleen tot het gewenste gedrag, maar geeft daarbij ook inzicht in het ontstaan van dat gedrag.

Een voorbeeld van simulatie vinden we tegenwoordig veel in frauduleuze e-mails waarin wordt verteld dat we, voor de veiligheid van onze bankrekening, nota bene, snel op de link moeten klikken en dan onze gegevens moeten intypen. Wie dat wel eens heeft gedaan, die treft websitepagina's aan die erg goed lijken op die van de eigen bank, maar het mag duidelijk zijn dat deze sites van geheel andere software zijn voorzien. Waren ze echt een model van de officiële software, dan zouden ze op zijn minst de veiligheid van de gegevens van de gebruiker hebben waarborgd.

¹²⁶ Vergelijk Clarkin, 2004, p. viii.

¹²⁷ Meer hierover in voetnoot 178.

Een ander voorbeeld van het verschil tussen model en simulatie zien we bij schaakprogramma's voor de computer. Deze werken zó goed, dat de computer tegenwoordig de grootste schakers aankan. Maar ze werken niet op de manier waarop een menselijke schaker te werk gaat, of hij nu beginnend of excellent schaakt. Voor een spelletje is dat niet zo erg, maar voor psychologisch functieonderzoek is het weinig bevredigend.

Iets dergelijks zien we ook bij datingssoftware. Zo kunnen we een computerprogramma maken dat een aantal stappen simuleert van het proces van persoonlijke kennismaking. Een datingwebsite vraagt dan bijvoorbeeld enkele tientallen 'psychologische kenmerken' van de kandidaten, en op basis daarvan wordt een 'match' gezocht. Soms wordt zoiets zelfs aanprezen als zijnde wetenschappelijk! Wie op zo'n manier een belangrijke levenskeuze graag aan een computerprogramma overlaat, die heeft beslist alle vertrouwen in zo'n simulatie van een kennismaking. Als de computer immers zegt dat we bij elkaar passen, dan zal dat toch wel? Niet meer *Zwei Herzen in Dreivierteltakt*, maar *two profiles in cyberspace* (beslist ook in het Duits en in driekwartsmaat leverbaar). De veel meer intuïtief werkende koppelaarster, het ouderwetse 'relatiebemiddelingsbureau', is ingehaald door een simulatie waarmee beslist meer omzet gemaakt kan worden, en misschien zelfs wel met een hogere satisfactie bij de betrokkenen. Maar het blijft simulatie van het echte koppelwerk.

Bij simulatie gaat het om het eindresultaat, om de buitenkant, en worden er geen eisen gesteld aan de manier waarop achter de schermen het proces verloopt. U heeft het schaakpartijtje toch verloren van de computer? U heeft nu toch een partner? Er is toch zeker niets mis met onze strikt wetenschappelijke benadering?

Nou, misschien een kleinigheidje. Bij simulatie gaat, zoals gezegd, iets belangrijks verloren, namelijk het proces van produceren, genereren, neerzetten, maken, of hoe u het wilt noemen. Daar waar het product volledig losstaat van de wijze waarop het is ontstaan, is simulatie net zo goed als echt. Een fles uit de fabriek is zeker zo goed als een handgeblazen fles, misschien zelfs beter. De term 'product' duidt meestal op een dergelijke onafhankelijkheid van de ontstaansgeschiedenis. Maar als iets niet losstaat van de wijze waarop het is ontstaan, dan wordt het anders. We zijn dan minder geneigd om de term 'product' te gebruiken. We praten liever over een 'ambachtelijk' werkstuk, zolang het om gebruiksartikelen gaat, of over 'kunst' als de wijze van ontstaan nog meer voorop staat. Evenzo leveren diagnostiek, maar ook psychotherapie, iets op dat *niet* losstaat van de wijze waarop het is ontstaan. Er is dan een persoonlijk contact geweest

tussen twee partijen, en dit contact zelf is constituerend geweest voor het resultaat.

Ambachtelijkheid en kunst laten zich goed simuleren: huilende zigeunermeisjes met hoge pixelresolutie zijn beschikbaar met betere kleuren dan in de werkelijkheid zelf. De simulatie is dan een mechanisch product, zelf geen ambachtelijk of artistiek werkstuk. Simulatie is ook mogelijk van de gesprekken die twee personen met elkaar kunnen hebben, bijvoorbeeld behandelaar en patiënt. Een simulatie is een mechanisch verkregen product, het is een optelling van zijn onderdelen; er is geen samenhang met zijn ontstaansgeschiedenis, zoals het persoonlijke gesprek waarin een oordeel wordt gevormd.

Omgekeerd, wanneer een entiteit onlosmakelijk samenhangt met de wijze waarop deze tot stand is gekomen, dan is het niet goed mogelijk om die entiteit als een optelling te zien van losse onderdelen. De niet-optelbaarheid van zulke systemen is een centraal thema in Rosens beschrijving van de levende organisatie.

6.4 Ambachtelijkheid

Ambachtelijkheid en kunst zijn niet gemakkelijk in een model te representeren. Een model van een kunstwerk of ambachtelijk werkstuk is niet zomaar gemaakt, juist omdat het als eindproduct niet los te zien is van de wijze waarop het is ontstaan, in tegenstelling tot een mechanisch product. Een werkstuk kan machinaal misschien wel een stuk goedkoper worden nagemaakt, maar sommige Maastrichtse violisten spelen dan liever niet op zo'n viool.

Ambachtelijkheid is gebaseerd op hetgeen Aristoteles 'praktische wijsheid' (phronese) noemde: een type kennis dat zelfstandig bestaat naast de typen 'theorie' en 'technische kennis'. Gadamer (1960) heeft dit type kennis opnieuw op de kaart gezet. Het wordt gekenmerkt door een grote aandacht voor de concrete situatie en voor het concrete individuele voorwerp waarmee men te maken heeft, en dus ook door een grote aandacht voor de wijze waarop in de individuele situatie moet worden gehandeld. Dit geldt voor de meubelmaker en de vioolbouwer net zo goed als voor

de therapeut en de huisarts¹²⁸. Van een ambachtelijk werkstuk is daarom niet zomaar een goed model gemaakt, omdat zo'n model rekening zou moeten houden met de voortdurende interactie tussen proceskenmerken en uitkomst. Dit laat trouwens onverlet dat ambachtelijk werk zich kan bedienen van geavanceerde technologie. Zolang de ambachtsman zich het instrument eigen heeft gemaakt, dat wil zeggen: het als een verlengstuk van het eigen lichaam kan gebruiken om contact te houden met het werkstuk, zolang kan bij de uitvoering van het werk voortdurend worden ingespeeld op proceskenmerken van het werk zelf, en op eigenschappen van het bewerkte materiaal. Zodra dit contact verloren gaat, is er sprake van mechanische productie en dus van simulatie van de ambachtelijkheid.

Een diagnostisch gesprek is een ambachtelijk werkstuk, en een diagnostisch protocol is een (instructie voor een) mechanische simulatie daarvan. Beiden hebben een uitkomst die 'diagnose' wordt genoemd. Een psychisch probleem, object van diagnose, is evenmin een 'product' van menselijk handelen, maar iets dat moet worden geïnterpreteerd in het licht van zijn ontstaansgeschiedenis en actuele context, als een ambachtelijk werkstuk, gewoon omdat het niet als een losse entiteit buiten die geschiedenis en context bestaat. Voor zo'n interpretatie is een reële interactie nodig met een diagnosticus, niet een geprotocolleerde interactie waarin geen plaats meer is voor het persoonlijke contact met de patiënt, noch voor zelfstandig nadenken bij de diagnosticus.

De DSM-criteria kunnen weliswaar bij een patiënt worden uitgevraagd, zelfs zonder een rigide protocol te hanteren, maar daarmee is hetgeen men bereikt nog niet meer dan een classificatie¹²⁹. Voor een diagnose is allereerst inzicht nodig in de problematiek. Inzicht verkrijgt men niet

¹²⁸ Goudsmit, 2005. Dit artikel had eigenlijk 'Over de plaats van ambachtelijkheid in de huisartsgeneeskunde' moeten heten, maar de toenmalige redactie van het tijdschrift vond de term 'ambachtelijkheid' te veel afbreuk doen aan de waardigheid van het huisartsenvak.

¹²⁹ 'Deze indeling kent de theoretische diepgang van een kikkerbadje: DSM-categorieën zijn gebruikt voor de ordening. Elke clinicus weet dat de DSM-classificatie (ongelijk aan psychologische diagnostiek) is gebaseerd op een categoriaal systeem waarin je aan het juiste aantal waarneembare criteria moet voldoen om een stoornis te hebben.' (Derksen, 2010).

door gedragscriteria te scoren¹³⁰. Zo gebeurt het dat hoogopgeleide klinisch psychologen het tegenwoordig presteren om in rapportages en brieven over patiënten zich te verschuilen achter testuitslagen, zonder deze nog enigszins te kunnen situeren in relatie tot de persoon. Er worden dan 'borderlinestructuren' gemeten (niet: waargenomen), die op geen enkele manier in relatie gebracht worden met de thematiek van de problemen die wel met de patiënt inhoudelijk zijn besproken. Er worden psychiatrische classificaties neergezet die aan de patiënten als 'diagnoses' worden gepresenteerd, puur op basis van gedragsobservaties, dus zonder inzicht in de onderliggende dynamiek van het gepresenteerde probleem. *U heeft een persoonlijkheidsstoornis, want dat blijkt uit uw antwoorden op de vragen van de tests.*

Het psychotherapeutische werk in zijn algemeenheid moet worden gezien als ambachtelijk maatwerk. We mogen zomaar aannemen dat mensen, voordat ze bij de psychotherapeut komen, reeds een groot aantal adviezen hebben gevraagd en gekregen, zelfs hebben opgevolgd, zichzelf met algemene inzichten hebben trachten bij te sturen; en we mogen aannemen dat dit allemaal niet goed genoeg heeft geholpen.

Dit ambachtelijke maatwerk bestaat bij de gratie van het vermogen van de therapeut om grote gehelen en verbanden te blijven zoeken, en zich niet te verliezen in een type kennis dat uit losse, afvinkbare, onderdelen bestaat, waartussen de samenhang verdwenen is. Een administratief systeem echter, waarin elke handeling inzake een patiënt *separaat* moet worden genoteerd (sessie van 45 minuten, verslaglegging van 10 minuten, bespreking van 20 minuten, enzovoort) ontkent en ondermijnt, alleen al door deze opsplitsing, de onderlinge samenhang van de handelingen. Het administratieve systeem veronderstelt de optelbaarheid van de verrichtingen, terwijl in de beschreven werkelijkheid juist een samenhang tussen verrichtingen bestaat. Het is alsof je een pianist per toetsaanslag gaat betalen: het muziekstuk zelf wordt dan bijzaak. 'Too many notes', sprak de Weense keizer over Mozarts opera *Idomeneo*, althans in de film *Amadeus*.

¹³⁰ Met een zekere inflatie van het taalgebruik zou men straks een aldus verkregen DSM-classificatie natuurlijk rustig 'inzicht' kunnen gaan noemen, zoals de term 'verklaring' al gangbaar is in de statistiek, om een deel van de afgedekte variatie mee aan te duiden (hoewel hiermee niets 'verklaard' wordt). Evenzo vinden we 'kwaliteit' tegenwoordig geoperationaliseerd in diverse kwantitatieve grootheden. Waarom niet? Het maakbare taalgebruik is nog steeds modern.
'The question is,' said Alice, 'whether you can make words mean so many different things.'
'The question is,' said Humpty Dumpty, 'which is to be master -- that's all.' (Lewis Carroll: *Through the looking glass*).

Zo ook: de therapie van een patiënt verliest zijn samenhang, als alle losse handelingen apart betaalbaar gesteld worden. Als de behandelaar er dan een dagje eens geen zin in heeft, dan zegt hij gewoon dat hij die €15 voor het sessiejournaal van vandaag maar eens lekker laat zitten. Het belang van het sessieverslag voor de therapie wordt dan gereduceerd tot het belang van het bedrag dat ermee gemoeid is voor de therapeut. De samenhang tussen de zitting en het verslag wordt gereduceerd tot de optelling van de afzonderlijke deeltarieven.

De zingeving van het geheel verdwijnt en wordt vervangen door een gefragmenteerde visie op de afgevinkte onderdelen. Ons megawarenhuis verkoopt violen alleen als bouwpakket; u gelieve de viool zelf thuis in elkaar te zetten (zie de handleiding). Bouw nu uw eigen Stradivarius en bespaar fors op de assemblagekosten! Stel uw eigen diagnose en zoek zelf de bijbehorende therapeutische interventies in catalogus; voer deze uit volgens het bijgeleverde protocol. Kietel uzelf daarbij, als u iets te lachen wilt hebben.

6.5 De stimulus error

Een bekende fin de siècle onderzoeker in de academische psychologie, Titchener¹³¹, liet geblinddoekte proefpersonen munten betasten en vroegen dan naar hun directe sensaties. Maar de antwoorden die hij kreeg waren niet van het type ‘rond, plat, geribbeld’, maar van het type ‘shilling’. Met andere woorden, de naïeve ongetrainde proefpersonen vertelden welk object ze meenden waar te nemen, en niet welke basale prikkels ze ontvingen die tot het vermoeden van ‘shilling’ zouden kunnen leiden. Titchener beschouwde dit als een fout (‘stimulus error’) van de ongetrainde proefpersonen en werkte daarom liever met speciaal opgeleide proefpersonen, die beter wisten wat er van hen werd verlangd en die beter de gewenste redenering in de gewenste volgorde konden voortbrengen, dat wil zeggen: een stapsgewijze denkontwikkeling tonen van lichamelijke sensaties naar waargenomen object.

Dit is voor ons een interessant gegeven: niet de directe sensaties, die toch geacht werden onmiddellijk voor de zintuigen beschikbaar te zijn, werden door de ongetrainde proefpersonen spontaan gerapporteerd, maar een meer Gestalt-achtige interpretatie daarvan. Het object (de shil-

¹³¹ Zie bijvoorbeeld Woodworth & Sheehan (1964, p. 28).

ling) werd niet als hypothese, maar als direct waargenomen object door hen genoemd.

Zou het in de observatie van persoonskenmerken ook zo gaan dat we, naïef, eerst de gestalten construeren, en pas daarna het concrete gedrag kunnen benoemen? En als we dat dan niet mogen, bijvoorbeeld omdat zoiets niet wetenschappelijk zou zijn omdat we toch vooral eerst naar het concrete gedrag moeten kijken, dan worden we, net als Titcheners getrainde proefpersonen, een soort diagnoseapjes die een kunstje doen. We leren dan namelijk in de verplicht gestelde volgorde de denkstap te zetten van concreet gedrag naar achterliggend probleem. Zo'n denkstap is dan een simulatie van het spontane oordeelsproces.

De geschiedenis van de stimulus error leert ons dat het mogelijk is om een gesimuleerd oordeelsproces bij proefpersonen af te dwingen, zodanig dat de juiste uitkomst ('shilling') wordt verkregen, zonder dat we daarmee iets te weten komen over hoe het spontane oordeelsproces echt tot stand kwam.

Dus laten we het eens hebben over psychiatrische diagnostiek.

6.6 Diagnostiek en simulatie van diagnostiek

Stel, we nemen een psychisch probleem. Dat is niet iets wat we eenvoudig kunnen aanwijzen op straat. Psychiaters en psychotherapeuten hebben er sinds de negentiende eeuw veel papier aan besteed, en hun onderlinge meningsverschillen zijn er niet minder door geworden. Psychiatrische diagnostiek is niet simpel. Welke aandoeningen zijn er en waardoor worden ze veroorzaakt? Dit is op zich een fatsoenlijke vraag, maar wel een die past binnen een zogenaamd realistisch discours, dat wil zeggen een die de aandoening als echte ziekte-entiteiten opvat¹³².

Juist omdat het realistische discours zoveel problemen bleef houden, zoveel onbewijsbare 'diepe' inzichten bleef voortbrengen, zoveel theoretische hulpconstructen, en zoveel meningsverschillen, hebben de DSM-bouwers gemeend te moeten werken binnen een nominalistisch discours, dat wil zeggen een manier van spreken waarin het niet meer over ziekte-entiteiten gaat, noch over theoretische constructen, maar om patronen van empirisch direct waarneembare verschijnselen, clusters, syndromen,

¹³² Zie Goudsmit (1998, vooral hoofdstuk 8 over psychiatrische diagnostiek) en Goudsmit (2000) voor een uitwerking van de tegenstelling tussen realistisch discours en nominalistisch discours.

waar dan een naam of een etiket aan kon worden toegekend. Een dergelijk etiket geeft dan geen enkel inzicht in de ontstaansgeschiedenis van de aandoening, maar zegt wél iets over hoe de aandoening er in gedragstermen uitziet. Op zich is dit een respectabel oogmerk, zij het dat dit onbedoeld geleid heeft tot nieuwe reïflicaties en daarmee opnieuw tot een realistisch discours. Nu zijn we verder van huis.

Er is het volgende gebeurd. Veel oude psychiatrische concepten bleken onmogelijk voor de DSM-bouwers. Neem bijvoorbeeld ‘neurose’. Hoewel dit begrip zeer populair en bruikbaar was bij en voor behandelaars, bevatte het zoveel verwijzingen naar de ontstaansgeschiedenis ervan, dat deze niet uitsluitend konden worden uitgedrukt in termen van objectief waarneembare gedragingen. Het waren, zogezegd, theoretisch geladen begrippen die voor het nominalistische DSM-project onbruikbaar waren, omdat ze zoveel (met name psychoanalytische) elementen bevatten die niet objectief waarneembaar gemaakt konden worden (bijvoorbeeld ‘verdringing’).

Belangrijker nog dan de theoretische geladenheid van het concept was de subjectiviteit waarmee werd gewerkt: er werden oordelen over patiënten gedaan die niet op harde, objectief waarneembare feiten werden gebaseerd, maar veeleer op geïnterpreteerde waarnemingen, vol verwijzingen naar onmeetbare entiteiten en vol met halfzachte invullingen door de therapeut.

De theoretisch geladen uitspraken waren vaak zo subjectief als maar zijn kon, want regelrecht afkomstig uit het diepe gevoelsleven van de therapeut/diagnosticus. Wat moest een zichzelf ‘modern en wetenschappelijk’ noemende diagnostiek met dit soort vaag spul?

Er werden dus waarneembare gedragingen gezocht, die zonder theoretische lading konden worden gespecificeerd, objectief, althans dat was de bedoeling. Het is, kentheoretisch gezien, natuurlijk naïef om te denken dat zoiets überhaupt mogelijk is, maar laten we een keertje niet te moeilijk doen. De waarneembare gedragingen, de ‘criteria’, konden tot handzame groepjes worden geclusterd en van een etiket voorzien. Dat etiket werd een ‘classificatie’ genoemd. Zoiets is dus een naam om een groepje gedragingen mee aan te duiden, zoals ‘dysthyme stoornis’.

Bij reïflicatie, dus bij de terugkeer naar het realistische discours, ontstaat dan het volgende: niet de ‘neurose’ of een ander abstract concept wordt als de essentie van een psychische ziekte genomen, maar het cluster van de concrete gedragingen dat bij een bepaalde classificatie past. Zo ontstaat er de facto vanuit het etiket dat op dat cluster was geplakt, een

definitie van een nieuwe ziekte-entiteit, alsof die entiteit ook echt bestaat en zich als een essentie ook echt 'in' de patiënt bevindt! De patiënt heeft dan niet alleen een etiket voor zijn gedragspatronen, maar de naam van dat etiket wordt nu gebruikt als de naam van de ziekte die hij nu geacht wordt te hebben. De nieuw gedefinieerde ziekte-entiteiten bevinden zich opnieuw 'in' de patiënt, maar ze zijn nu aan uiterlijkheden gedefinieerd; niet meer, zoals tevoren, aan ontstaansdynamiek, niet aan abstracte theoretische constructen die alleen met de subjectiviteit van een ervaren peut konden worden doorvoeld. Mooi toch?

Nee, niet echt. Want er is nu een nieuw soort ziekte-entiteit in het leven geroepen (dat wil zeggen: op papier en in rokerige vergaderzaaltjes met belangenbehartigende task force members uitgedacht en naar de werkelijkheid gekatapulteerd), een ziekte-entiteit die gedefinieerd is op basis van gedragingen, niet op basis van theoretische constructen die als oorzaak dienden voor het gedrag. Waar kennen we dat van? Dit is precies wat er bij een simulatie gebeurde: het gedrag werd nagebootst, en er werd geen aandacht besteed aan het genererende proces. Weg met de abstracte theoretische verhandelingen over intrapsychische processen, allemaal poeha van interessant kijkende wijsneuzen; hoera voor de gedragspatronen die een naam hebben gekregen, een naam die vervolgens de status van 'ding' verwierf. 'Onze dochter heeft een disharmonisch intelligentieprofiel', zeggen de bezorgde ouders, 'en onze zoon voldoet aan de criteria voor ADHD.' Deze ouders zijn niet geïnteresseerd in criterialijstjes of in gedragsclusters; nee, ze zijn gewoon bezorgd omdat hun kind iets hééft, en wel een ziekte die de naam draagt van dat cluster. Als het gedrag van het kind alleen maar *past in een patroon*, dan is dat op zich lang zo erg niet. Nee, de gereïficeerde stoornis is een *aandoening* die het kind *heeft*. En dat die *aandoening* de naam van het cluster heeft, dat doet er voor hen niet toe.

Vroeger, dat wil zeggen voordat de DSM maatgevend voor de betaling werd, was een diagnostisch proces een interactieproces met de patiënt, waarin kenmerken van het probleem werden uitgevraagd en gerelateerd aan huidige en aan vroegere ervaringen van de patiënt, alsook aan het (verloop van het) contact met de diagnosticus. Zo werd een ontstaansgeschiedenis van de *aandoening* geconstrueerd, een pathogenese, naast een interactieproces dat ontstond in de loop van het gesprek. Het was mogelijk dat bij de ene persoon een bepaald trauma in het verleden geheel anders verwerkt was dan bij de andere, en dat het contact met de diagnosticus ook geheel anders verliep. Kwamen we tot een diagnose, dan had-

den we een beeld van de ontstaansgeschiedenis en van de factoren die het probleem in stand hielden of mogelijk zelfs verergerden, maar we hadden ook veel subjectieve indrukken over het contact met de patiënt. We noemen dit de dynamische of klassieke diagnose. Deze wordt nog steeds geformuleerd en is nog steeds bruikbaar in de praktijk. Nadeel is natuurlijk nog steeds dat er relatief veel subjectieve indrukken in zitten, alsook relatief veel onbewijsbare theoretische inzichten. Een andere intaker of diagnosticus had misschien wel iets anders geconcludeerd.

Thans daarentegen is de DSM de norm geworden en worden we geacht ons alleen te baseren op het uiterlijke gedrag van de patiënt, met de gedragscriteria van de DSM als onze leidraad. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het diagnostische oordeel: meer overeenstemming tussen diagnostici, die niet langer met elkaar aan tafel hoeven te zitten om elkaars brieven te kunnen begrijpen.

Iedereen blij? Niet helemaal. We hebben nu een soort diagnostiek met grotere betrouwbaarheid, maar hoe zit het met de validiteit? Wat stelt het oordeel 'dysthyme stoornis' nu nog voor? Nog steeds alleen de waarneembare gedragspatronen van de patiënt. Nog steeds niets over de interactiekenmerken tijdens het diagnostische proces, nog steeds geen ontstaansgeschiedenis van het probleem.

U vraagt toch ook niet welke stoffen er in de cola zitten of in de frikadel? U kijkt op het etiket en dan weet u het: dit is cola, en dit is een frikadel. Niks ingrediënten; die mogen u waarschijnlijk bespaard blijven, en die smaakstoffen zeggen u toch niet zoveel. Niks pathogenese, bespaar me die ontoetsbare theoretische en subjectieve praatjes over hoe een psychisch probleem in elkaar zit; het *is* gewoon een dysthyme stoornis, kijk maar naar de testuitslagen. De interne dynamiek zegt u toch niet zoveel.

Ons probleembepalende werk verwordt tot een simulatie van het echte diagnostische proces. Op basis van de gedragscriteria vinden we een classificatie, en we kunnen die natuurlijk 'diagnose' noemen; deze is dan de output van een aantal denkstappen en draagt een deskundig klinkende naam. Maar daarmee hebben we nog niet een echte diagnose, want datgene wat we nu hebben, geeft geen enkel inzicht in de dynamiek van het probleem, zoals de interne psychische conflicten, die door de patiënt op een bepaalde ('neurotische') manier in schijn worden opgelost; hij geeft ook geen inzicht in de interactiepatronen die tijdens het intakegesprek ontstaan tussen diagnosticus en patiënt, laat staan inzicht in parallellen tussen deze actuele interactiepatronen en de gerapporteerde problema-

tiek (zie Malan, 1979). Het is alsof we opnieuw Titcheners 'stimulus error' moeten afleren:

- ✓ Nee, naïeve diagnosticus, dat interne neurotische conflict bij de patiënt kunt u helemaal niet objectief waarnemen, want het enige dat echt waarneembaar is, zijn de objectieve gedragscriteria die ik u hier op een briefje had gegeven. U mag geen onverantwoorde subjectieve eigen ervaringen inbrengen, noch rare denksprongen maken, geachte diagnosticus, geen interpretaties die niet objectief zijn te verantwoorden, geen gevoelens die u niet hard kunt maken, geen vage praatjes!

Stelt u zich bij cola nog de vraag of u de echte cola of een imitatie voor zich heeft? Of is misschien merk B gewoon 'the real thing'¹³³ en merk A de imitatie, en maakt het u allemaal niet uit wat voor spul het precies is? U houdt daarom ook zo van frikadellen? Dan houdt u vast ook van psychiatrische classificaties die alleen de buitenkant van een probleem tonen, en niet de inhoud en het ontstaansproces. U kunt dan de smaak van uw cola of van uw frikadel gaan opvatten als de smaak die echte cola of een echte frikadel nou eenmaal heeft. U heeft dan vanuit een smaaksensatie een denkstap gezet naar een soort ding. U heeft het concept 'dysthyme stoornis' tot een ziekte-entiteit gereïficeerd. Titchener zou trots op u zijn geweest! U bent een ervaren proefpersoon, iemand die vanuit de feiten bottom-up kan redeneren tot aan het product: de classificatie van de feiten, bij wijze van diepzinnige conclusie.

De terminologie van de dynamische diagnostiek is in net zo'n onwetenschappelijk daglicht komen te staan als het praten over chakra's en vorige levens. In een poging alle humbug uit de gezondheidszorg te bannen, heeft de nominalistische DSM-cultuur het badwater niet goed gezeefd; alleen de badeend en de washandjes liggen nog in de tobbe. Het kind zelf was te moeilijk definieerbaar, niet voldoende wetenschappelijk toegankelijk. Zo'n kind had u toch helemaal niet willen behouden? U mag blij zijn dat we van de badeend alles begrijpen; het kind had zoveel onbegrepen eigenschapjes, gewoon ondoenlijk; wees toch vooral blij dat u daarvan af bent, mevrouwetje!

¹³³ 'It's the real thing' was niet voor niets een van de reclameslogans van een bekende colafabrikant op het westelijk halfmond.

‘Maar wat is er dan mis met deze nieuwe, veel objectiever vast te stellen, diagnoses?’ probeert een goedbedoelende beleidsmaker nog. Welnu, het is dat het termen zijn die niet corresponderen met ziekte-entiteiten in de werkelijkheid, maar alleen met simulaties daarvan. Deze simulaties zijn leuk om naar te kijken, maar we kunnen er geen behandeling mee uitstipelen (behoudens in een aantal triviale gevallen). Ze zien eruit alsof ze ons inzicht geven in het probleem van de patiënt, maar dat doen ze niet. Een echte ziekteverwekker is bijvoorbeeld de lues-bacil. In laatste instantie kon je er knotsgek van worden omdat hij je hersens aantastte. Toen hadden de psychiaters nog iets aan hun medische achtergrond. Voor dysthyme stoornissen is echter geen ziekteverwekker gevonden in het lab, al doen sommigen nu net alsof dat elk moment kan gaan gebeuren. Soms zijn er correlaties met hersenactiviteiten gevonden, maar dan nog verklaren die erg weinig van de problematiek, noch bieden ze houvast bij de behandeling. Zo wordt er een simulatie van een ziekte-entiteit ingevoerd, alsof we daardoor beter kunnen begrijpen wat er met iemand aan de hand is, en vooral: wat we met hem moeten aanvangen.

We kunnen natuurlijk stiekem nog steeds in de oude terminologie blijven denken, en op papier de nieuwe termen gebruiken, bij wijze van lippendienst. Sinds de invoering van de DSM, halverwege de jaren negentig, is dat ook het geval geweest. Maar nu sluit zich het DSM-net, want er hangen ineens (behandel)prijskaartjes aan de diverse classificaties. Tja, dat was nou ook weer niet de bedoeling.

De ouderwetse, veelal op psychoanalyse gebaseerde diagnostische overwegingen daarentegen klinken ook als ziekteverwekkers (‘superego-pathologie’, ‘ik-zwakte’) en klinken ook alsof ze iets zijn dat ‘in de geest’ zit. Maar ze gaven, binnen het theoretische raamwerk van die therapeutische school, wel houvast qua behandelbeleid. Dat waren doorgaans niet de kortste en goedkoopste therapieën, maar dat legitimeerde nog niet het invoeren van een diagnostiek waarin zowel theoretische als subjectieve elementen zoveel mogelijk zouden worden uitgebannen.

Bij paragraaf 6.2 heb ik me voorgesteld hoe het zou zijn als een restaurant zijn gerechten uitsluitend in termen van ‘objectieve’ kauwsensaties zou mogen presenteren. We kunnen nu inzien dat zoiets het onderscheid tussen echt en simulatie zou aantasten. Dit hele onderscheid wordt daardoor irrelevant. Want een zachte ‘neutrale basissmaak’ met weinig houvast tijdens het kauwen kan zowel door een stukje scholfilet als door een

stukje kipfilet worden opgeroepen¹³⁴. Een menukeuze op basis van de directe sensaties ontnemt de gast elk zicht op hoe het gerecht is klaarge- maakt en welke ingrediënten het bevat. Sterker nog, we hebben in onze maatschappij grondig afgeleerd om ons dit soort vragen nog te stellen bij veel producten, zoals cola en frikadellen.

Een echt diagnostisch gesprek is een ambachtelijk werkstuk, en een diagnostisch protocol is slechts een simulatie daarvan. Beiden hebben schijnbaar dezelfde uitkomst: een diagnose. Maar dat lijkt alleen maar zo. Een psychisch probleem, object van diagnose, is evenzeer geen ‘product’ van menselijk handelen, maar iets dat moet worden geïnterpreteerd in het licht van zijn ontstaansgeschiedenis en actuele context, gewoon omdat het niet als een losse entiteit buiten die geschiedenis en context bestaat. Hiervoor is een reële interactie nodig met een diagnosticus of the- rapeut, niet een kunstmatige interactie op basis van een protocol. Maar het verkregen inzicht is dan natuurlijk wel erg subjectief; ja, wat vervelend is dat toch!

6.7 Het verwijt van de ongegronde interpretaties

Maar misschien zijn de DSM-bouwers niet alleen maar dom geweest, en hadden ze een goede reden om het doorgezwamde realistische discours van de diverse psychotherapeutische en psychiatrische scholen vaarwel te zeggen en een frisse nominalistische benadering te proberen, ook al kwam er onbedoeld een nieuw type gereificeerde ziekte-entiteiten als ver- stekelingen mee aan land.

Misschien was er inderdaad wel een probleem met al die diepzinnige theorieën over de menselijke geest, die zo diep waren dat de uiteenlopende therapiescholen eigenlijk een soort halfreligieuze sekten gingen vormen, die hun therapeutische ritueeltjes deden zonder veel kritisch empirisch onderzoek naar hun eigen uitgangspunten. Vaak kon de kandidaat-psy- chotherapeut pas na een langdurige theoretische en praktische opleiding,

¹³⁴ Dit voorbeeld is met veel dank ontleend aan de stationsrestaurant te Amersfoort, die mij ergens in 1988 nog eens een als scholfilet aangekleed stukje kip wist te ser- veren en pas na veel inspanning ervan te overtuigen was dat er iets niet klopte:

- *Doperwtjes, stukje citroen, nee hoor meneer, dit is schol; wat moet het anders zijn?*
- *Dat weet ik niet; dat vraag ik u.*
- *Nee meneer, dit is echt schol; houdt u niet van vis?*

waaronder een lange en zeer kostbare leertherapie, worden ingewijd in de geheimen van het vak. Alsof zo'n cultuur geen frisse lucht behoefde!

Maar laat de lengte van de leertijd een overkomelijk probleem zijn geweest, minder overkomelijk was het dogmatische gehalte ('zo is nou eenmaal onze methode'¹³⁵). Met name de interpretaties waren onnavolgbaar voor de buitenstaander. Waar halen ze het vandaan? Dat zou men hebben kunnen denken bij alle symboliek en alle diepe onderlagen die de therapeut wist te herkennen en te duiden¹³⁶.

Welnu, ook al was de kunst van het interpreteren sinds de jaren veertig van de vorige eeuw zijn doel misschien regelmatig flink voorbijgeschoten, dan betekent dat nog niet dat het allemaal ongrijpbare onzin was. Als een psychotherapeut een intern conflict bij de patiënt meent waar te nemen, dan is dat vanuit behavioristisch perspectief gemakkelijk als een onverantwoorde interpretatie af te doen. Dit wordt nog veel gemakkelijker wanneer de psychotherapeut zijn interpretatie probeert toe te lichten en te onderbouwen aan de hand van andere, nog ingewikkelder, theoretische uitgangspunten en inzichten. Zo ontstaat er bij de tegenpartij vanzelf wel de indruk dat het aan de overkant allemaal een grote hocus pocus is. Wat was er mis met al die interpretaties en theoretische uitspraken?

Het probleem bestond op twee niveaus. In de eerste plaats was er een cultuur ontstaan van interpreterende, betweterige therapeuten, meestal psychoanalytisch geschoold, die hun interpretaties niet echt toetsten aan de belevingswereld van de patiënt. Integendeel, ontkenning door de patiënt kon helemaal verkeerd opgevat worden en zomaar een nieuw 'bewijs' van het gelijk van de therapeut worden. Opgepast dus met ontkennen! Bevestigen en jaknikken was doorgaans veiliger. Het streng toetsen van een interpretatie was dus niet echt in de mode, terwijl dat op zich toch heel goed mogelijk is. De behandelaar zegt bijvoorbeeld: 'Weet u, als ik u zo hoor, dan denk ik dat dit verhaal erg lijkt op wat u mij eerder vertelde over ..., want volgens mij gebeurde daar toen ook zoiets, vindt u ook niet?'

¹³⁵ Goudsmit, 2001. Er is, au fond, geen verschil tussen een rigide verschansing achter een psychotherapeutische methode en het geestloze gehoorzamen van een machine, zoals in de beroemde strofe *Computer says 'no'*, uit de Engelse serie *Little Britain*. Zie bijvoorbeeld <http://www.youtube.com/watch?v=Ly3Ew3wQ4PA>

¹³⁶ Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat de therapeut er dan ook altijd faliekant naast zat. Een beroemd voorbeeld van een correct gebleken 'diepe duiding' vinden we bij Reik (1946). De (dagelijkse) psychoanalytische divansessie was door de patiënte eenmalig verzuimd en de volgende dag wist ze niet wat ze moest vertellen en merkte toen maar op dat er in de boekenkast een boek op zijn kop stond. Ogenblikkelijk antwoordde de therapeut: 'maar waarom heeft u mij niet gewoon verteld dat u gisteren een abortus had?'

En als de patiënt dit dan tegenspreekt, dan kan de therapeut altijd nog zeggen: ‘Goed, ik ga het u nu niet opdringen, maar ik houd het in mijn achterhoofd; misschien komen we er nog eens op terug.’ Het toetsen van de interpretatie is bovendien een handeling die de veiligheid sterk ten goede komt. Patiënten zijn doorgaans als de dood voor therapeuten die op de loop gaan met iets wat ze hebben gezegd; alleen al door zich bij een (misschien wel) foute interpretatie welwillend te laten terugfluiten draagt een therapeut bij aan de efficiëntie van de behandeling. De patiënt hoeft immers minder op te passen met wat hij zegt, vertrouwt de therapeut beter en kan dus sneller over de brug komen¹³⁷.

6.8 Het theoretische concept als handelingskader

Maar er is een ander niveau waarop het fenomeen van de interpretaties kan worden bekeken. Want het gaat bij interpretaties niet alleen om het aanreiken van betekenissen door de therapeut aan de patiënt, maar ook om betekenissen die de therapeut voor zichzelf aan het therapeutische proces toekent, in het bijzonder aan het proces dat zich afspeelt tijdens de diagnostische fase. Oftewel: de therapeut heeft een idee nodig van wat hij te doen heeft in de therapie; met welke knopen en bochten hij bij de patiënt moet rekenen; welke veranderingen bij de patiënt als een wezenlijke verandering mogen worden begroet; welke valkuilen en risico’s de behandeling heeft. Dit zijn wezenlijke onderdelen van het handelen van de therapeut, en in een ander jargon kunnen we ze aanduiden als taakdefinitie, behandeldoel, criteria voor succes en falen¹³⁸.

Met andere woorden: de interpretatie van het probleem die de therapeut maakt, geeft zijn eigen handelen een kader dat hij nodig heeft om te kunnen werken. Het nadeel van interpretaties is inderdaad dat ze subjectief en/of theoretisch geladen zijn, en dus niet altijd toetsbaar, maar het voordeel is dat ze een handelingskader mogelijk maken.

Een theorieloze benadering, zo deze al mogelijk zou zijn, dat wil zeggen een benadering die zichzelf geen interpretaties toestaat, heeft daarmee

¹³⁷ Veel patiënten zijn in de intake zeer ‘positief’ over hun jeugd, gewoon omdat ze geen zin hebben om zich door een overijverig interpreterende intaker te laten vastpinnen op ‘iets uit de jeugd’. Als de intaker daarentegen laat zien dat hij er niet op uit is om de patiënt op te knopen aan vroeg kinderleed, dan kan er ineens veel meer worden herinnerd en verteld.

¹³⁸ De moeilijkheid van een taak is daarmee niet automatisch de duur ervan. Zie hierover ook paragraaf 4.4.4.

ook geen praktische ankerpunten en geen praktische kaders. Een therapeut die zo werkt moet gebruikmaken van een protocol, bijvoorbeeld een protocol dat meegeleverd wordt bij een bepaalde DSM-classificatie, zoals van de typen ‘angststoornis’ of ‘stemmingsstoornis’. Een theorieleze therapeut verwordt zo tot een gedragstechnoloog. Zeg mij uw kwaal en ik lever u het kunstje, en daarvoor hoeft ik alleen maar even in mijn tabel te kijken.

De interpretaties komen in de vorm van suggesties aan de patiënt, ten behoeve van diens inzicht in zijn eigen situatie, maar ook in de vorm van houvast voor de therapeut, inzicht in hoe hij te handelen heeft in een therapie. Beide typen interpretatie zijn theoretisch geladen en subjectief. Dat is jammer voor wetenschappers die zichzelf zien als ontdekkers van objectieve feiten. Interpretaties zijn echter niet alleen maar irritante subjectieve, theoriegeladen uitingen van gelijkhebberige therapeuten, maar ook minitheorieën die frequent kunnen worden getoetst aan de ervaringen en gewaarwordingen van de patiënt. Dat zijn geen toetsingen onder laboratoriumomstandigheden, maar ze zijn ook niet geheel onbruikbaar. Interpretaties zijn bovendien onderdeel van een interne dialoog die de therapeut voert om te weten wat hij aan taken zoal te doen heeft en om zijn koers te kunnen uitzetten en te corrigeren. Ook die koers kan voortdurend worden getoetst aan het verloop van de behandeling. Als het beleid niet klopt, dan dient het te worden aangepast. In dat opzicht zou de strikt protocollair werkende gedragstherapeut nog wat kunnen leren van de flexibiliteit die in dynamische, procesgeoriënteerde therapieën, wordt beoefend¹³⁹. Interpretaties zijn een essentieel onderdeel van het zelfstandige denkwerk van de therapeut.

Een diagnose van het probleem van de patiënt dient pragmatisch te zijn, een visie te bevatten op wat er gedaan moet worden en hoe dat ongeveer zou moeten worden gedaan. Een diagnose die zo’n visie niet bevat, is steriel en onbruikbaar voor iets anders dan gedragstechnologie.

Een diagnose behoort daarmee allereerst een interpretatie te zijn van het probleem, een richtlijn voor het handelen van de therapeut. Als de behandeling werkt, en vooral als deze sneller werkt dan bij andere behandelaars met andere interpretaties, dan is het waarschijnlijk geen onzin geweest; als de behandeling niet of veel slechter werkt, dan moeten we er maar mee stoppen. Maar niet omdat we er theoretisch geladen uitspraken

¹³⁹ In paragraaf 7.1.2 suggereer ik dat de thans zo modieuze Routine Outcome Measurement vooral geschikt lijkt te zijn om een bres te slaan in deze protocollaire rigiditeit.

en diagnoses op na houden, maar omdat we dan kennelijk die theoretische inzichten niet curatief kunnen benutten. Want daar gaat het om.

6.9 Marktordening op basis van dynamische diagnoses?

Kunnen we aan het begin van een behandeling een globale aanduiding geven van de aard van de te verwachten werkzaamheden? Jazeker, dat doen we als ervaren therapeuten op basis van kenmerken van de interactie met de patiënt. We zien dan welke afweermechanismen er zoal werkzaam zijn, en hoe 'vroeg' deze zijn, dat wil zeggen uit welke ontwikkelingsfase ze vermoedelijk afkomstig zijn. Dat bepaalt veelal hoe lang en hoe hard we zullen moeten werken, de patiënt en wij. Dus niet de uiteindelijke manifestatievorm van de klacht, maar de interne dynamiek typeert de te verwachten werkzaamheden. Zo is een traumatische ervaring bij een 25-jarige vrouw, bijvoorbeeld een verkrachting, niet goed te vergelijken met een traumatische ervaring bij een schoolkind, bijvoorbeeld een aanrijding met de fiets. Beide kunnen misschien als posttraumatische stressstoornis worden herkend, maar de dynamiek en de behandeling is totaal anders. Moeten we dan maar verschillende classificaties gaan gebruiken, omdat we dit verschil anders niet kunnen vertalen naar een ander type inspanning, en dus een andere behandelduur en -prijs? Wat moeten we met vroege hechtingstrauma's (bijvoorbeeld ten gevolge van langdurig verblijf in een couveuse, of ten gevolge van een postnatale depressie van de moeder)? Wat moeten we met trauma's die pas tegen het eind van de behandeling zichtbaar en inzichtelijk worden, bijvoorbeeld wanneer er nog een ander, vroeger, trauma bekend wordt?

Dat is niet leuk voor beleidsmakers die hadden gewenst dat iemand met een bepaald psychiatrisch etiket goedkoper én beter door instelling A behandeld kan worden dan door instelling B.

Ja, maar kunnen we dan niet de aandoeningen indelen naar de geschatte hoeveelheid werk? Bijvoorbeeld: hoeveel tijd kost het om bepaalde afweermechanismen weg te krijgen bij een patiënt? Ja, dat kan wel, maar dan praten we niet meer over de psychiatrische classificatie van de problemen (de DSM-IV-etiketten), maar over de dynamische diagnoses.

Het spijtige echter van zo'n dynamische benadering is dat de dynamiek pas blijkt als we ermee gaan werken. Het is geen oppervlaktekenmerk.

Een schatting van de hoeveelheid werk, en daarmee van een tarief van de behandeling, kunnen we dus pas maken na een bepaalde proefperiode.

En daarom is het nogal moeilijk om zorgaanbieders te vergelijken op hun hantering van specifieke DSM-IV-classificaties: dezelfde etiketten kunnen op geheel verschillende dynamiek worden geplakt, zoals de kleur haar van iemand niet zoveel zegt over zijn intelligentie, en zoals de smaak van de frikadel niet zoveel zegt over de bereidingswijze.



7 Het meten van slecht gedefinieerde objecten



We kunnen toch zeker wel verschillen vinden tussen de ene psychotherapeutische zorg en de andere? Welnu, als het product zelf bij alle aanbieders ongeveer gelijk is (bijvoorbeeld stroom, of internet, of water), dan maakt bijvoorbeeld de wijze van bejegenen wel wat uit. Maar geldt dat ook voor de GGZ? Zijn de producten hier hetzelfde en zitten de verschillen vooral nog in de bejegening? Niets daarvan!

De bejegening is in de GGZ alleen zoveel gemakkelijker meetbaar (zie paragraaf 4.1) dan de kwaliteit van het geleverde werk, dat de kwaliteitsbeoordelende instanties een vergelijking tussen de echte producten gemakshalve overslaan. Want om de producten echt zinvol te kunnen onderscheiden dient men, zoals gezegd, op iets anders te letten dan op de DSM-classificaties. Meet men de therapeutische processen? Vergelijkt men hoe de verschillende zorgaanbieders omgaan met verschillende soorten weerstand, afweermechanismen, angsten? Nee hoor. Hoe zat dat ook alweer met de validiteit?

7.1 Het vermeende belang van benchmarken

Men meet bij het vergelijkend warenonderzoek vooral de opinies van betrokkenen, vooral van de patiënten, en men stoort zich er niet aan als die soms wel en soms juist weer helemaal niet ter zake zijn, of zelfs apert onjuist. Zo meet een van de items van de GGZ-thermometer¹⁴⁰ of er met een patiënt wel een zorgovereenkomst is afgesloten. Sommige patiënten herinneren zich dat dan niet goed meer, en antwoorden 'nee'. Zo'n antwoord wordt dan meegewogen als een zogenaamde 'prestatie-indicator'¹⁴¹, die de kwaliteit van de zorginstelling beoogt te meten. Daar hangt dan weer

¹⁴⁰ Zie: http://www.ggz nederland.nl/kwaliteit-van-zorg/thermometers/ggz-thermometer_2003-2.pdf

¹⁴¹ In voetnoot 38 verwijst ik naar de websites met relevante informatie over de GGZ-prestatie-indicatoren.

extra budgetruimte voor het volgende jaar mede van af. Goed bedoeld, maar een gemeten opinie hierover is niet altijd de beste maat, vooral als er wel degelijk een ondertekende zorgovereenkomst in het dossier van de patiënt zit. Maar om voor zoiets ook echt materiële controle te komen houden, kost veel meer moeite. Nog veel sterker geldt dat voor de behandelresultaten. Wij zien de benchmarkende onderzoekers nog niet bij de patiënten een onafhankelijk écht diagnostisch onderzoek uitvoeren; we zien ze nog niet video-opnames van de diverse therapiezittingen komen maken en bespreken... We zien ze vooral door de patiënt zelf in te vullen vragenlijstjes uitdelen. Opinieonderzoek dus¹⁴².

Ook met betekenisloze cijfers kan uitstekend statistiek worden bedreven, ongeacht of we weten welke cijfers wél betekenis hebben, en welke geen of weinig. Als we de validiteit van onze metingen heerlijk terzijde mogen laten, dan kunnen we gewoon zoeken naar variabelen die het best differentiëren tussen zorgaanbieders¹⁴³. We zijn dan het snelste klaar, wanneer we goed meetbare grootheden nemen, zoals bejegening, kosten, behandelduur, verhouding tussen directe en indirecte tijd, kwaliteit van de koffie, enzovoort. Alles wat we gemakkelijk kunnen meten, zoals bij uitstek de administratieve gegevens, maar ook de ROM-gegevens (zie paragraaf 7.1.2), kunnen we dan gebruiken om onderscheid tussen zorgaanbieders te vinden. Dat zoiets dan niet altijd de meest zinvolle onderscheidingen zijn, dat zullen we op die manier echter nooit uit de cijfers zelf te weten komen. We kunnen straks roepen dat we significante verschillen tussen instellingen gevonden hebben, en dat *om die reden* de gevonden gegevens relevant zijn. Maar dat is dan wel achteruit geredeneerd en daarmee is de significante meting nog niet een valide meting.

¹⁴² Bijvoorbeeld de CQ-Index, BSI, OQ-45, Mansa, GGZ-thermometer zijn bij benchmarkers geliefde meetinstrumenten, die in feite opinies meten. Als we de zorgaanbieders gaan afrekenen op de scores die op deze vragenlijsten worden verzameld, krijgen we vanzelf zorgaanbieders die streven naar monotoon stijgende trends in deze patiëntscores. Is dat goed voor het therapeutische proces, wanneer een persoonlijke crisis wordt uitgewerkt in een negatieve overdrachtsrelatie met de therapeut? Moet de therapeut misschien voortaan maar vooral koersen op positieve overdrachtsrelaties, zodat de patiënt tenminste geen razernij zal gaan uitkuren middels de vragenlijsten? Of moet de therapeut maar vooral zorgen dat de patiënt zich voldoende afhankelijk van hem blijft voelen, zodat er geen rare scores zullen worden opgeschreven? Het kan allemaal zomaar gebeuren in een therapie. Misschien is het voor de validiteit van de verkregen metingen toch beter om de gebenchmarkte sessies tevens op video op te nemen en de opname te vergelijken met de scores.

¹⁴³ We kunnen dat ook doen bij het beoordelen van mensen: we zien meteen al een heleboel verschillen in uiterlijk, maar zijn dat dan ook de verschillen die we willen weten? Zie ook voetnoot 36.

Het huidige benchmarken in de GGZ is geen serieus onderzoek naar de kwaliteit van GGZ, maar het is een poging om überhaupt significante verschillen te vinden tussen zorgaanbieders. Alleen dan immers kan de schijn van een marktordening worden opgehouden. Men kan dan roepen dat er grote prijsverschillen zijn tussen hier en daar, en dat die significant samenhangen met iets anders, bijvoorbeeld de behandelkwaliteit. Het is ongeveer zoals de sinterklaas-surprises: de grootte van de surprise is nog niet meteen een goede indicatie voor de waarde van het uiteindelijke cadeau, maar correleert wel hoog met de gebruikte hoeveelheid cadeau-papier en plakband.

Benchmarken is veelal een soort opiniepeiling houden onder de patiëntenpopulatie. Uit de gevonden cijfers zal iets blijken; niet bij alle zorgaanbieders zullen dezelfde cijfers worden verkregen, de cijfers zullen een onbekende doch wisselende validiteit hebben, maar we kunnen er in ieder geval interessant bij kijken en doen alsof we iets zinvol hebben gedaan.

Laten we het voor het gemak even niet hebben over de boosaardige hypothese dat instellingen of praktijken die elke week door de cliënten laten noteren hoe ze vandaag opgeschoten zijn en hoe tevreden ze inmiddels zijn, veel betrouwbaarder satisfactiescores van hun cliënten ontvangen, alsook een veel completere administratie daarvan hebben, dan instellingen of praktijken die dat niet of veel minder doen.

Zoiets zou nogal banaal zijn. We concluderen dan immers niet méér dan dat de boekhouder zijn belastingformulier eerder en slimmer invult dan de dametjes van het verzorgingstehuis. En wat betekent dat dan? Dat wie zijn cliënten meer formulieren laat invullen, ook echt significant méér scores krijgt dan wie dat niet laat doen, en dat we uit meer metingen ook meer en betrouwbaarder informatie kunnen halen¹⁴⁴. Het zou natuurlijk pas schokkend nieuws zijn als er ook werd onderzocht hoe valide die metingen zijn, dus dat we ook te weten komen welk (intimiderend?) effect

¹⁴⁴ Dit soort grappen haalden gedragstherapeuten uit in de jaren tachtig en negentig met de 'vagere' psychotherapiescholen, zoals psychoanalytische en cliëntcentered werkvormen. Het pure feit dat laatstgenoemden in die tijd niet of nauwelijks iets deden aan het meten van behandel-effecten en nog minder aan het formuleren van concrete werkdoelen of van behandelprotocollen, gaf de gedragstherapeuten een retorische voorsprong: 'van ons soort therapie wéten we tenminste wat het oplevert, en van die andere therapievormen is dat nooit goed aangetoond.' De nadruk op het meten en statistisch verwerken van behandelgegevens werd in ons land 'academicisering' genoemd. Dat hiermee, in dezelfde beweging, tevens de academie werd gebanaliseerd, werd nergens zo ervaren, althans niet binnen deze kringen van voortvarende gedragsonderzoekers. Zo ontstond er een mix van verarmde wetenschap en verrijkte gedragstherapie, die zichzelf feliciteerde met de behaalde, én gepubliceerde, resultaten.

er uitgaat van zo'n wekelijkse schriftelijke of elektronische enquête. Want hoe vrij kan een patiënt zich nog voelen om ongezouten schriftelijke kritiek op de voortgang van de behandeling te uiten? En wat maakt het voor de patiënt uit, of zijn feedback alleen bij de therapeut terecht komt, of ook bij de verzekeraar? Hoe belangrijk is het voor een patiënt om zijn therapeut eens flink te laten voelen hoe boos hij is, of om hem vooral niet te leuren te stellen, wanneer hij tamelijk wanhopig midden in een therapie zit?

De volgende dialoog (september 2010, naar werkelijkheid opgetekend direct na de sessie) illustreert dit:

p: Ik ben zo bang om jou tegen te vallen.

t: Ben je bang dat ik je zal veroordelen?

p: Nee, ik ben bang dat jij jezelf zult tegenwallen, als ik jou tegenval.

Of:

p: Ik ben bang dat ik het volgende week minder goed doe dan afgelopen week.

t: Geef je jezelf cijfers?

p: Ja, ik wilde dat ik ermee kon stoppen.

Hoezo onafhankelijk oordeel? Hoezo niet-storend meten? En dan hebben we in dit vak te maken met nog veel meer ingewikkelde relaties binnen de therapie, en met nog veel ingewikkelder manieren waarop mensen zichzelf kwellen. Kortom, zulke wekelijkse voortgangsdata (Routine Outcome Measures) zijn meer of minder gecontamineerd door de overdrachtsrelatie waar de patiënt zich met zijn behandelaar in bevindt, alsook door factoren van het type 'sociale wenselijkheid'. En de mate waarin deze contaminatie plaatsvindt, wordt door de benchmarkbureaus volstrekt buiten elke kwaliteitsbeschouwing gelaten¹⁴⁵, evenals het gegeven dat het psychotherapeutische werk iets anders is dan een dienst, en zich daarom ook niet zomaar laat beoordelen en scoren als een dienst. De patiënt mag juist binnen een overdrachtsrelatie *niet* zomaar worden beschouwd als een 'zorgconsument', zoals dat ook in de WMG gemakshalve wordt geponeerd. De storing werkt in twee richtingen: het feit dat er een score moet worden gegeven, stoort de overdrachtsrelatie, en de overdrachtsrelatie stoort de score.

¹⁴⁵ De NVVP kon de sociaalwenselijke bias wel onderkennen. De NVVP-voorzitter liet in een interview noteren: 'Cliënten neigen natuurlijk wel naar gewenste antwoorden.' (13 oktober 2010). Niettemin werkt de NVVP vrolijk mee aan het invoeren van ROM. (zie http://www.nvvp.nl/tekst.php?id=1599&parent_id=3&parent_level=1&stap1=nieuwsbrief&nb_id=52 en <http://www.nvvp.nl/nieuwsbrief.php?id=51>).

Verder kunnen er best wel niet-banale en op zichzelf interessante gegevens worden gevonden met benchmarken. Misschien worden er wel significante verschillen gevonden in de behandel-effecten. Dat zou mooi zijn: instelling A kan klacht X beter behandelen dan instelling B. Dan moeten er natuurlijk wel extra goede meetinstrumenten gebruikt worden om de genezing van de diverse slecht gedefinieerde psychische aandoeningen te kunnen beoordelen. Of zullen we bij het benchmarken maar gewoon een paar algemene meetinstrumenten nemen die altijd wel ergens goed voor zijn? Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) gebruikte vanaf 2009 de SCL90, de OQ45, de BSI. Allemaal leuke vragenlijsten waarmee de toestand van mensen met betrekking tot een groot aantal concrete klachten (DSM As I) kan worden vergeleken.

Tja, en als veel psychotherapie zich primair juist niet met die klachten bezighoudt, maar met de achterliggende problemen? Dan kan het best zijn dat die klachten snel of langzaam, helemaal wel of helemaal niet wegtrekken, en dat er dan nog steeds goede psychotherapie wordt geleverd; of omgekeerd, dat het vooral goede psychotherapie léék omdat de klachten zo snel weg waren. Dat is echt heel vervelend. Een goede psychotherapeut zal graag snel de meest kwellende klachten willen wegnemen, maar soms lukt dat niet, terwijl er toch goed werk wordt afgeleverd. Soms lukt het heel goed om de lijdensdruk snel te verlichten, terwijl er ondertussen slecht werk wordt afgeleverd, bijvoorbeeld omdat de therapeut niet merkt hoezeer de patiënt zich voor zijn welbevinden voortaan van hem afhankelijk voelt, of omdat de betovering slechts een paar maanden duurt, waarna er weer klachten (terug)komen. Vaak zijn de primaire aanmeldklachten in een paar maanden al behoorlijk onder controle, terwijl de therapie zich daarna, en nog heel lang en nog veel vermoeiender, vooral richt op de achtergrond. Hier gaat de meeste tijd en energie in zitten, terwijl het rendement ervan voorlopig nergens uit blijkt, ook niet uit een verdere afname van klachten. Dus wat meten we als we het verloop van acute klachten meten? Dit is vooral handig als we de ene EHBO-post met de andere willen vergelijken, desnoods de ene eerstelijnspsychologiewinkel met de andere, maar niet voor zoiets vaags als psychotherapie. Met andere woorden: indien we al verschillen vinden tussen zorgaanbieders, dan gebeurt dat op basis van bevindingen uit meetinstrumenten die niet adequaat zijn voor het beoordelen van de echte effecten van de psychotherapie, en die veelal ook niet georiënteerd zijn op de relevante aspecten van de genezing.

Maar ook met invalide cijfers kan de schijn van een marktordening worden opgehouden, misschien zelfs wel beter dan met valide cijfers¹⁴⁶.

Daar waar decennia van psychotherapieonderzoek maar weinig valide cijfermateriaal hebben opgeleverd over de behandeling van veelal definiëerbare problemen, heeft de wetgever nu zijn zegen en voorkeur gegeven aan het instrumentarium van de accountant. Zo ook: zeg mij uw scores en ik zal u zeggen hoe de kwaliteit van uw zorg is.

Een betere maat voor het effect van ingewikkelde psychotherapie is de recidive en de hoeveelheid aanvullende therapie die een patiënt alsnog nodig heeft in de eerste vijf of tien jaar na afsluiting van de behandeling. Als de therapie iets heeft bereikt, dan moet de recidive gering zijn. Sommige vaatwassers gaan langer mee dan andere. Dat blijkt niet meteen bij de aanschaf.

7.1.1 Het benchmarken van de diagnose

We kunnen de zorgaanbieders vergelijken in hun zorgprogramma's met betrekking tot de diverse diagnoses. Dat is immers handig voor een marktordening: kan instelling A net zo goed overweg met depressies als instelling B?

Maar vergeten we niet iets? Hoe weten we of instelling A dezelfde criteria gebruikt, in de praktijk, voor het vaststellen van een depressie, als instelling B? Misschien slippen er bij instelling A onder die diagnose wel veel meer patiënten mee die eigenlijk een 'aanpassingsstoornis met depressieve stemming' hebben; misschien zitten er bij instelling B wel veel meer patiënten tussen die eigenlijk de classificatie 'dysthyme stoornis' zouden moeten hebben. Misschien zijn de verwijzers in de regio van A wel veel strenger of lossler in het verwijzen naar de GGZ, of is het sociale klimaat er significant anders en komen er mensen met navenant meer of minder ernstige problemen.

Hoe komen we daar achter? Alleen door de patiënten zelf te laten onderzoeken door een onafhankelijke derde, niet door lekker te gaan benchmarken met louter administratieve gegevens. Die zijn veel handiger, sneller te verzamelen en te sorteren dan de echte personen. Echte personen liggen namelijk niet in laden, zitten niet in gezippte files, en hebben nog zo wat meer van dat soort onhandige eigenschappen.

¹⁴⁶ Zie bijvoorbeeld de retoriek op, over en rondom de conferentie van 8 en 9 maart 2007: 'De Black Box geopend! Monitoring perspectieven op een transparante, kosten-effectieve GGZ' georganiseerd door de Erasmus Universiteit en Mentaal Beter. Zie ook Verheul (2007).

Het probleem is niet alleen maar dat de populaties ongelijk zijn: want stel dat we in onze benchmarkgegevens allemaal en uitsluitend patiënten met ‘zuivere’ depressies hadden zitten. Wat zegt dan zo’n DSM-classificatie? Welke dynamische diagnoses gaan er achter schuil?

De een is depressief vanwege een arbeidsconflict dat een herhaling is van het soort ellende waar het gezin vroeger thuis ook mee te maken had; oude kinderlijke angst, destijds onhanteerbaar en door de ouders niet opgemerkt, komt in alle hevigheid weer terug. De ander is depressief vanwege een geringe inschikkelijkheid tegenover de partner, bijvoorbeeld vanwege achterliggende narcistische problematiek. Twee totaal verschillende dynamische diagnoses bij eenzelfde aandoening ‘depressieve stoornis, eenmalige episode’. Wat willen wij hier benchmarken? De behandelwijze van beide depressies is geheel verschillend, en dat zegt dan niets over verschillen tussen zorgaanbieders, maar over de verschillen tussen dynamische diagnoses bij eenzelfde DSM-classificatie. Wil het benchmarkende onderzoeksbureau dat alstublieft ook even vaststellen?

7.1.2 Routine Outcome Measurement

Het nieuwste instrument voor benchmarken heet Routine Outcome Measurement (ROM). Het wordt toegejuicht als hét middel om therapeutische processen en ontwikkelingen te traceren. Zorgelijk is dat ongeveer niemand protesteert; alle beroepsverenigingen in de sector zijn murw, en sommige zijn zelfs blij met deze mode. Van Os, Kahn, Denys et al. (2012) zijn hierop een uitzondering en formuleren kernachtig en loepzuiver hun methodologische en ethische bezwaren tegen dit nieuwe tovermiddel.

Het gaat bij *Rommen* om formulieren, op papier of per internet, die wekelijks dienen te worden ingevuld, bij voorkeur door de patiënt. Wat wordt hier gescoord? Hoofdzakelijk klachtbeleving, opinieonderzoek op diverse handige en concrete klachtenlijsten. Zeer geschikt om wekelijks in te vullen, maar minder geschikt om psychotherapieprocessen mee te volgen, als deze niet betrekking hebben op die zeer concrete klachten.

De NVVP toont zich zeer tevreden over de belangstelling van de leden voor het nieuwe ROM-portal: *De ROM-portal kent een vliegende start. Het aantal aanmeldingen overtreft ver onze verwachtingen, al meer dan 150 leden hebben een pakket besteld! Ik denk, dat het feit dat verzekeraars het expliciet in*

*de contracten hebben opgenomen, daar als meerwaarde wel een belangrijke rol in speelt.*¹⁴⁷

Inderdaad, ik denk ook dat de pressie van de verzekeraars, in de vorm van een kortingspercentage voor vrijgevestigde psychotherapeuten die niet *Rommen*, een aanzienlijk effect heeft op deze belangstelling. Hoeveel belangstelling de NVVP-leden spontaan zouden hebben gehad, als de verzekeraars hier niet hun ‘stimulerende’ rol zouden spelen, is op deze manier niet meer vast te stellen, en wordt ook niet gemeten of ingeschat.

Natuurlijk is er ook zoiets als de behoefte van behandelaars om echt transparant te zijn met betrekking tot hun therapeutische proces. Zoiets lukt prima door van elke sessie netjes en prompt een verslagje te schrijven, zodat het dossier altijd op orde is en direct inzichtelijk voor de patiënt, dan wel voor andere professionals die ermee moeten werken. De transparantie lukt ook uitstekend door video-opnames te maken en die op intervisiebijeenkomsten aan elkaar te laten zien. Maar ja, zoiets levert al helemaal geen imagoverbetering¹⁴⁸ bij verzekeraars op, geen bonuspunten.

Toch is, in sommige gevallen, het wekelijks scoren van de resultaten en van de therapiesessie wel degelijk ergens goed voor. Met name binnen de traditie van de (cognitieve) gedragstherapie is er namelijk een cultuur ontstaan van protocollaire ‘zuiverheid’, vooral wanneer deze door een wetenschappelijk onderzoek wordt voorgeschreven¹⁴⁹. Het *Rommen* is dan een probaat middel tegen zulke rigiditeit. Het wetenschappelijke aureool waarmee ROM zich omhult, kan dan voldoende legitimatie bieden om het protocol op zijn minst een klein beetje te mogen (!) bijstellen, telkens wanneer de routineuze uitkomstgegevens daartoe aanleiding mochten geven. In dat geval zouden we natuurlijk eveneens ons imago bij de verzekeraars kunnen oppoetsen wanneer we ons openlijk mogen distantiëren van het tot voor kort zo rigide protocolgebruik.

¹⁴⁷ zie het interview van 14-12-2010: http://www.nvvp.nl/tekst.php?id=1599&parent_id=3&parent_level=1&stap1=nieuwsbrief&nb_id=52

¹⁴⁸ Bijvoorbeeld Reflectum, een modieus bedrijf dat zich met dit soort zaken bezig houdt, prijst een ROM-type aan dat luistert naar de indrukwekkende naam ‘Cliënt (sic) Directed Outcome Informed (CDOI)’. De begeleidende toelichting op de website (<http://www.reflectum.nl/nl-NL/Over+Feedback/Over+CDOI>) meldt onder meer: ‘Zo levert CDOI doelmatiger behandelingen op, wat u naast economisch voordeel een goed imago geeft bij de zorgverzekeraars.’

¹⁴⁹ Zie bijvoorbeeld: Kindermans (2011, p. 33), waar een prominent therapieonderzoeker zegt: ‘Hoe preciezer dat [uitvoeren van een protocol door een therapeut] gebeurt, hoe betrouwbaarder het onderzoek. Je mag er niet van afwijken, ook niet als je het liever anders zou doen. Daarmee moet de therapeut een deel van zijn intuïtie uitschakelen, dat is niet iedereen gegeven.’

Overigens doet de welhaast devote vermelding van de naam *Scott Miller* in deze context af en toe wel wonderlijk aan. Wie de website van deze brave collega bezoekt kan niet anders dan onder de indruk geraken van de hoeveelheid interviews aan de betere damesbladen die er onder de noemer ‘scholarly papers’ staan vermeld, naast enkele meer serieuze artikelen waarvan hij meestal niet de eerste auteur is, of het moet gaan om een paar papers van vóór 2006.

7.2 Marktordening zonder operationele basis

Dus waarom is het in de GGZ zo moeilijk om vergelijkingen te maken tussen de zorgaanbieders? Omdat het concept ‘zorgvraag’ niet goed gedefinieerd is: datgene wat er doorgaat voor de ‘diagnose’ is een administratieve entiteit, geen operationele. Daardoor kan psychotherapie, en tweedelijns GGZ in het algemeen, niet worden beoordeeld als zorgaanbod dat een antwoord is op de aldus gedefinieerde zorgvraag. Zo’n zorgmarkt is daarmee een administratieve fantasie in de hoofden van de bedenkers, een reddersfantasie die het normale functioneren in de sector stoort en verstoort, onder het mom van verbetering en borging van de kwaliteit.

De hele beoogde GGZ-marktwerking is gebaseerd op een indelingsprincipe dat daar in het geheel niet voor is ontworpen, en nog veel minder ervoor geschikt is. Inhoudelijk gesproken, bedoel ik. Administratief gesproken is de DSM reuze handig: alle aandoeningen hebben een code en deze codes kunnen rechtstreeks worden gekoppeld aan andere codes, en dan, na drie koppelingen¹⁵⁰, aan een prijs: de behandelprijs, niet de schoonheidsprijs.

Ook in deze administratieve handigheid herkennen we de Wet van De Hamer. De dimensie waarop de dingen in de wereld handig kunnen

¹⁵⁰ Zo wordt de DSM-classificatie (bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis) gekoppeld aan een DSM-code (309.81) en deze wordt dan gekoppeld aan een zogenaamd diagnoseprestatiecodedeel (in dit geval 13), en deze code wordt samen met een productgroepcode (89) en een zorgtypecode (bijvoorbeeld 101) gecombineerd tot een prestatiecode (101013000089), welke op zijn beurt handig aan een declaratiecode (250088) kan worden gekoppeld; en die kan dan weer handig worden gekoppeld aan een prijs (€ 943 (in 2010), exclusief verrekenpercentage); klaar! Een volledig transparant systeem, waarin sommige tabellen tienduizenden regels lang zijn. Het vaststellen van de productgroepcode (89) daarentegen is een heel ander verhaal, waarvoor we niet alleen de zogenaamde diagnosecode (as1_7.07.01) nodig hebben, welke we tevoren eenvoudig hebben kunnen afleiden van de DSM-code, maar ook en vooral de DBC-beslisboom (zie ook voetnoot 91).

worden opgesomd, is om die reden nog niet de dimensie waarop ze goed kunnen worden begrepen¹⁵¹.

Neem bijvoorbeeld het telefoonboek. Alles handig alfabetisch, maar weer net iets minder geschikt voor iemand die een huis-aan-huis-krantje voor bejaarden wil rondbrengen. Neem bijvoorbeeld de DSM-IV. Alles handig gesorteerd naar type problematiek, maar weer net iets minder geschikt om meteen te zien wat voor type inspanning er nodig is. De ene dwangmatige meneer is de andere niet; de een heeft een angst om te worden ontmaskerd (bijvoorbeeld omdat zoiets minder inkomsten zou gaan opleveren), de ander is vooral bang om zijn grootouders niet teleur te stellen (die bijvoorbeeld toch al zoveel hebben meegemaakt in de oorlog).

Omgekeerd, stel dat we over een manier zouden beschikken om diagnostische onderscheidingen te maken waar behandelaars wel veel aan hebben, dan levert zoiets daarmee nog niet meteen een keurige en in administratief opzicht reuze handige opsomming. We hebben het hier dus over de ongelijkheid tussen administratieve ordening en operationele ordening. Ook de nieuwe DSM-V, die thans in de maak is, schijnt een ordening te beogen, waarin de oorzakelijke samenhang tussen diverse aandoeningen beter tot zijn recht komt. Maar ook daarmee is nog niet een ordening gegeven die de aard van het therapeutische werk volgt.

De keuze voor de DSM als leidend principe voor de DBC's is dus vooral administratief. En de prijs van administratieve keuzes is dat ze niet zomaar deugen als operationeel fundament. We vergelijken dus de producten van zorginstellingen niet op basis van beschrijvingen van de therapeutische inspanningen die ervoor benodigd zijn, maar op basis van de namen die deze producten in een catalogus hebben gekregen; een catalogus die bedoeld is om gedragspatronen te beschrijven, en niet om inzicht te krijgen in de problematiek, noch in de manier van behandelen, en nog veel minder als opstapje voor het vaststellen van behandelartieren. De problemen van de voormalige Sovjet economie blijven actueel.

¹⁵¹ Vrij naar de naam die genoemd kan worden, maar die dan nog niet de eeuwige naam is.

8 Rake klappen van een hoge ambtenaar



Laten we ons een studiedag voorstellen over de walging voor administratie, georganiseerd door een of andere therapeutische beroepsvereniging. Hier laten diverse sprekers hun licht schijnen op dit onderwerp. Een gunstige wind deed op onze schrijftafel de werkaantekeningen neerdwarrelen van een van de sprekers, een hoge VWS-ambtenaar.

[...]Veel mensen zijn niet in de positie om, zoals uw gezelschap van psychotherapeuten, neer te kijken op het eenvoudige werk van de administrateur, de secretaresse, de boekhouder, die noteert wanneer een cliënt een afspraak bij de therapeut heeft, en hoeveel tijd en geld daarmee gemoeid is. Veel mensen hebben helemaal geen keuze; de therapeut had dat tot voor kort wél. Veel therapeuten geloven ook in een basale keuzevrijheid van de mens, als een soort mensbeeld dat in de cup-a-soup-reclames zo leuk belachelijk werd gemaakt (John de manager had bijvoorbeeld als lijfspreuk: succes is een keuze)¹⁵². Welnu, die vrijheid is eigenlijk een illusie, een visioen waar u als beroepsgroep mee bent doodgeknuffeld, en waarin u zelf bent gaan geloven.

Dat geloof van u in de fundamentele vrijheid van de mens staat namelijk een beetje op gespannen voet met de realiteit waarin veel mensen leven: een leven zonder keuzemogelijkheden op het gebied van werk, inkomen, of filosofische verdieping. Zulke mensen kunnen wel eens wat geïrriteerd raken van psychotherapeuten die dat niet begrijpen, en die aanraden om vooral 'zichzelf te zijn' tegenover de werkgever of de familie, en die eveneens niet begrijpen dat hun eigen afkeer van administratie een echt luxeprobleem is.

De mensen kunnen ook wel eens de indruk krijgen dat uw beroepsgroep beschikt over techniekjes waarmee u voor iedereen hen het leven maakbaar kunt laten worden, beter controleerbaar, alsof de nieuwe vrijheid bij u kan worden opgevraagd, na inlevering van het juiste verwijsbriefje. Zo doet u goede zaken door de mensen valse hoop te geven, alsof u hun een trucje kunt leren waarmee ze een positieve manier van denken krijgen. Alsof ze dan ineens wél zouden kunnen ontsnappen aan hun ellende. Een soort wonderpilletje. En zo profiteert u van hun inkapseling in het systeem, terwijl u zichzelf daar zo boven verheven voelt. Ja, sterker nog, u helpt ze

¹⁵² Zie bijvoorbeeld http://www.youtube.com/watch?v=8hR_rдум27Y

nog verder ingekapseld te raken. Maar wat u niet beseft, is dat u hiermee zelf ook ingekapseld bent geraakt. Het systeem heeft u binnengehaald, juist terwijl en omdat u meende de mensen eruit te kunnen helpen bevrijden! Het systeem veroverd de leefwereld, zou Habermas¹⁵³ gezegd hebben.

U, psychotherapeuten, bent nu razend. U verzet zich tegen de 'DBC-dering' van de samenleving. Maar u gebruikt het verkeerde argument: de privacy van de patiënt zou worden geschonden door de DBC-systematiek. Dat is natuurlijk wel waar, maar het gênante is dat u voorbijgaat aan de schending van uw eigen gevoel van vrijheid en autonomie. Want wie voortaan moet administreren, die is natuurlijk slaaf van het systeem geworden. Alleen vrije mensen kunnen zich permitteren om geen administratie te voeren, dan wel om niet bang te zijn voor wat er met die administratie vervolgens allemaal kan worden gedaan. Dus, u psychotherapeuten hier aanwezig, u zegt niet dat wat u het meeste steekt: de vernedering. Het systeem dwingt u in een ongebruikelijke positie: die van pennenlikker. Dat is geen leuk werkje voor u. Daar bent u te fijn voor gebouwd, vindt u. Maar de privacy van de patiënt wordt gelukkig ook nog eens geschonden door dit systeem. U denkt: laten we dáár dan maar het grootste pijnpunt van maken.

Dit beschouw ik als een tactische fout. Door zo eenzijdig in te zetten op de privacyschending van de patiëntgegevens, maakt u zichzelf onnodig ongeloofwaardig. Allereerst had moeten worden ingezien, dat de therapeuten als groep zich niet langer konden permitteren om zonder gespecificeerde administratie te blijven declareren. De onleukheid daarvan had moeten worden erkend door uw beroepsgroep. De resterende onvrede bij u over de privacy van patiënten was dan veel overtuigender geweest. Nu geloven de diverse rechtbanken die niet. Het elitaire karakter van uw gemopper staat uw geloofwaardigheid in de weg. Dat is jammer, want u had behoorlijk gelijk over die schending van privacy van de patiënten. . . Het interesseerde u alleen minder dan u deed voorkomen. Niet alleen de patiënt, maar ook uzelf gaat immers het systeem in; u wordt nu evenzeer transparant gemaakt, met als gevolg dat de gebruikelijke informatieasymmetrie, waardoor de betalende partijen (overheid, verzekeraars) altijd minder informatie hadden, nu een klein beetje wordt rechtgetrokken. Daarmee wordt een deel van uw macht aan u ontfutseld, uw informatiemacht, die u als uitvoerende partij altijd had en waar u zo prettig aan

¹⁵³ Habermas, 1968.

gewend was geraakt. Het is gewoon het principal-agent problem¹⁵⁴, meer niet. Daarbij wordt u ook nog eens statistisch en per persoon doorgelicht, vergelijkbaar gemaakt ten opzichte van uw soortgenoten, gebenchmarked! U bent niet meer uniek. Wat een narcistische krenking die u hier moet ondergaan! En hoe begrijpelijk zijn uw diverse soorten van walging! Erg naar voor u.

Maar u moet uw walging toch gewoon kunnen relativeren? Dat adviseert u uw patiënten, en dat adviseer ik u vandaag. Werkelijk, relativeren is van absoluut belang. Als u niet kunt relativeren, dan kunt u eigenlijk niet overleven in deze maatschappij. Dan wordt u een wrak. En zijn wij niet allen auto's op de snelweg des levens? En hebben wij niet allen wel eens te maken met snelheidsbeperkingen? Dacht u nog dat u opgeleid was in een soort kunstvak, valt dat dan toch even een beetje tegen! U moet nu gewoon netjes uw macht afdragen aan uw controleur, anders pleegt u een economisch delict. Nausea Perditionis Status Sui, zogezegd, walging van het eigen statusverlies. Laten we het NPSS noemen, uw nieuwe aandoening [...]

¹⁵⁴ De spreker probeert zijn gehoor hier af te bluffen met jargon. Het komt erop neer dat een opdrachtgever altijd een informatieachterstand heeft ten opzichte van de uitvoerder van een taak en dat hieruit een zeker machtsverschil resulteert. De opdrachtgever kan proberen dat te verkleinen door zich voortdurend te laten informeren door de uitvoerder, bijvoorbeeld door een frequente aanlevering van productiegegevens verplicht te stellen. Als de opdrachtgever bovendien zelf overheid is, dan kan naleving van een dergelijke verplichting zelfs worden afgedwongen met strafwetgeving. De spreker lijkt dat een volstrekt normaal en legitiem machtsmiddel te vinden.



9 De sleutel in de steeg: op zoek naar een commercieel product



Waarom ligt u hier op uw knieën onder de lantaarn, vraagt de agent.

Ik ben mijn sleutel verloren, zegt de man.

Waar bent u die verloren?

Daarginds.

In de steeg? Waarom zoekt u hem dan hier?

Hier is meer licht.

We zullen de steeg in moeten, als we ook echt willen vinden wat we zoeken. In dit hoofdstuk schrijft ons genie weer een brief aan de minister, en ditmaal heeft hij een paar ideeën waarmee misschien de grootste onzin uit het DBC-systeem kan worden gefilterd.

9.1 Het onderscheid tussen intake en behandeling

Dit onderscheid is er een dat vooral administratief en organisatorisch van aard is: er is een inschatting nodig van het gepresenteerde probleem, teneinde de juiste intaker te vinden, en teneinde vervolgens de juiste behandelaar te vinden. We mogen zoiets rustig ‘intakefase’ noemen, maar daarmee is niet gezegd dat aan die fase geen behandelingsaspecten zitten. Omgekeerd is tijdens een behandeling regelmatig aan de orde of de gevolgde werkwijze, de doelstellingen van de behandeling, de wijze waarop de patiënt reageert op hetgeen wordt aangeboden, enzovoort nog wel kloppend en passend zijn. Er is gewoonweg in psychotherapie geen echt onderscheid tussen een fase van inschattingen maken en een fase van verichtingen uitvoeren. Het loopt door elkaar heen en dat blijft zo gedurende het hele traject.

Om die reden is het zeer wenselijk dat een dergelijk onderscheid niet wordt afgedwongen door niet-therapeutische instanties, om niet-therapeutische redenen. Als we de inschattingsfase als een offertetraject gaan zien, vrijblijvend en gratis, dan is de zorgaanbieder vrij om de behan-

deling vroeg of laat in te zetten, na veel of weinig intakegesprekken, na wél of geen heldere diagnose aan het begin, enzovoort.

In de EDT wordt gebruik gemaakt van een concept, genaamd ‘proeftherapie’ (trial therapy¹⁵⁵). Hierin worden, liefst in de eerste sessies al, diverse inschattingen gemaakt van de dynamiek van het probleem, de diverse afweervormen en inhibities die een cliënt meebrengt. Dat is zinvol, want daaraan kan de vakman observeren en vaak zelfs aantoonbaar meten hoe het probleem in elkaar zit. Het gaat hier dan om specifieke variabelen; een scala aan technieken om zoiets in te schatten is beschikbaar. Wat je krijgt is een beeld, een indruk, van de diverse struikelblokken die in de therapie een rol kunnen gaan spelen. Op basis daarvan zou een prijsopgave kunnen worden samengesteld, ongeveer zoals een aannemer dat doet bij het calculeren van een bouwproject.

Maar dan moet er wel eerst met de patiënt worden gewerkt. Hoe korter de fase van inschatting duurt, des te riskanter zal de prijsopgave zijn.

9.2 De intake als offertetraject?

We kunnen dit principe van een proeftherapie overwegen binnen een commerciële zorg. We laten dan bijvoorbeeld drie zorgaanbieders een offerte uitbrengen aan de patiënt: *bij ons bent u in zoveel maanden klaar tegen deze prijs*. De patiënt kiest bij welke instelling hij zich wil laten behandelen. Ik doe dat ook als ik de keuken wil laten verbouwen: drie aannemers om een offerte vragen. Twee vallen af. Hun offertekosten worden terugverdiend in andere verkregen opdrachten, niet bij mij.

Zo ook de zorgaanbieders: de patiënt doet een gratis intake bij drie zorgaanbieders. Op basis van de offertes beslist de patiënt bij wie hij zich laat behandelen. De verzekering betaalt de behandelkosten, maar niet de intakes.

Dat is zo nu niet geregeld: intakekosten worden gewoon bij de verzekeraar gedeclareerd, desnoods als een aparte intake-DBC, ingeval er geen behandeling volgt. De administratieve handelingen kunnen zelfs als een ‘indirecte’ DBC worden gedeclareerd, mocht de patiënt helemaal nooit verschijnen. Deze minuten worden ook keurig vergoed, ook al mopperen de verzekeraars. Waarom zou een zorgaanbieder zulk declaratiegedrag willen afleren? Daar is in het huidige DBC-systeem geen enkele reden

¹⁵⁵ Davanloo (1990), Coughlin Della Selva (1996); Osimo (2003).

voor. Om nog maar te zwijgen van alle extra genoteerde minuten voor behandeling en vergaderen, die nu probleemloos vergoed worden. De patiënt krijgt nu ook geen inzage in de kosten, qua geld of qua tijd. Hooguit, als hij geluk heeft, laat de intaker weten dat de behandeling een kwestie van 'hard werken' gaat worden.

9.2.1 Shoppende patiënten en optimistische zorgaanbieders

Sommige patiënten gedragen zich al zoals ik het me voorstel. Ze lopen eerst bij de ene hulpverlener langs om kennis te maken, dan bij de andere. In het jargon heet dat 'shoppen', en zorginstellingen hebben er doorgaans bezwaren tegen. Maar shoppende patiënten zijn precies datgene aan het doen wat een échte marktwerking tussen zorgaanbieders mogelijk maakt: de ene aanbieder met de andere vergelijken.

De volgende stap wordt natuurlijk dat zorgaanbieders de patiënten met oneigenlijke middelen gaan trachten te werven, bijvoorbeeld met fraaie geschenken, fraaie beloften, charmante intakers, enzovoort. De kosten van die geschenken worden dan gewoon omgeslagen over de lopende inkomsten. En dat moet dan gewoon kunnen binnen een werkende markt. Want pas bij kartelvorming gaat zoiets mis. En weet u wanneer het ook misgaat? Als budgetoverschrijdingen worden afgeblust door de opdrachtgevende/betalende partijen. We zien dat in Nederland de bouwsector fenomenale budgetoverschrijdingen pleegt en dat deze door de overheid worden gehonoreerd: Betuwelijn, metrolijnen, tunnels en waterkeringen mogen veel duurder worden dan de aannemers hadden geraamd. Nou, als ik aannemer was, dan wist ik wel dat ik voldoende goedkoop zou offreren! Nu ben ik zorgaanbieder, en reken maar dat ik laag zal offreren als 'tegenvallende resultaten' door de verzekeraar zullen worden gecompenseerd.

9.2.2 But some classifications are more classified than others ...

In het huidige stelsel levert de ene DSM-classificatie ('diagnose') meer geld op dan de andere. Welke goede reden moet een behandelaar in de GGZ dan nog hebben om een goedkopere classificatie te stellen? En dan hebben we het nog maar even niet over classificaties die zomaar ineens per 1 januari 2012 helemaal niet meer vergoed worden¹⁵⁶. Ik denk dat alleen in zeer specifieke gevallen een minder of in het geheel niets opleverende

¹⁵⁶ zie hierboven, paragraaf 3.3.3

classificatie onvermijdelijk is, en dat meestal een duurdere ook prima bij een patiënt zal kunnen passen. Dan nemen we die toch!

Precies dit voorkomen we met een offertecultuur. Laat de offerrende zorgaanbieder zelf het risico nemen dat de klant wegloopt als de offerte te duur is, qua tijd of qua geld, of indien hij als verkoper te gladjes overkomt; of dat hij verlies draait als hij te goedkoop is! We voorkomen zo in ieder geval dat er met de classificatie ('diagnose') moet worden geknoeid om de prijs op het gewenste niveau te krijgen.

9.2.3 Fraudegevoeligheid van een droomwereld

We zagen bij de bouwfraude dat het opstellen van de offertes zo duur werd, dat bouwbedrijven gingen frauderen door met elkaar prijsafspraken te maken, om zich tegen deze hoge kosten te kunnen indekken. Dat kan natuurlijk in onze sector ook gebeuren. Een betere oplossing dan goed opletten, lijkt me niet voorhanden. Daarnaast zou natuurlijk de intake wel kunnen worden vergoed aan degene die de opdracht uiteindelijk krijgt. Zoiets verlicht dan de druk op de prijs voor de eigenlijke behandelwerkzaamheden.

Maar de kwestie van fraudegevoeligheid brengt ons wel bij een centrale vraag: waarover wordt er eigenlijk geoffreerd en waar hebben we het in hemelsnaam over? Als dat geen diepzeetunnels zijn, of keukenblokken, of iets anders dat ik kan aanraken, zijn het dan eigenlijk wel objecten? We weten in ieder geval één ding zeker: het feit dat de DBC's tot de nieuwe administratieve rekeneenheid van de zorgsector zijn uitgeroepen, betekent nog niet dat ze ook echt bestaan als objecten in de wereld. Weliswaar zijn psychotherapeuten getraind om naar de fantasieën van hun patiënten te luisteren, het gaat hier niet om patiënten maar om een machtige moloch, bestaande uit ministerie, zelfstandige bestuursorganen, verzekeraars, beroepsverenigingen, adviesbureaus en andere toeleveranciers, die samen iets in de wereld menen te hebben ontdekt: de zorgenheid als verhandelbaar object. Maar hebben ze iets ontdekt of gefantaseerd? Dat onderscheid kent iedereen die op vakantie graag een keer foto's had willen maken van chimaera's, eenhoorns, cyclopen, centauren, griffioenen, minotaurussen, chupacabra's, enzovoort. Het wachten is op de toeristen uit verre landen die bij ons naar de DBC's komen kijken.

Het is echt waar, ik heb het in mijn dromen zelf gezien, zingt Herman van Veen in *De Clowns*. Maar deze begenadigde regel maakt hem nog niet tot een goede DBC-ontwerper. Reïficatie, heet zoiets. Het woord werd ding. Maar het was niet goed, en niemand zag het.

9.3 Kan psychotherapie wel per stuk worden geleverd?

Als de patiënt meer economische controle heeft over zorgverlening, bijvoorbeeld omdat hij door de wet in de rol van een gezondheidsconsument wordt neergezet, dan gaat hij zich daar ook naar gedragen: hij verlangt succesgaranties en bij gebrek daaraan verlangt hij meer zorg en meer aandacht, dus meer kosten. Hij is toch de klant?

Volgens Porter en Teisberg (2006) is goede gezondheidszorg een dienst waarvan patiënten graag gebruik maken in de hoop dat de dienst effectief wordt geleverd. Patiënten zouden vooral geen ongelimiteerd gebruik ervan willen maken, maar juist snel en goed klaar willen zijn. William Baumol stelt daarentegen: de behoefte aan zorg en schone kunsten is on-eindig¹⁵⁷.

Deze twee posities staan tegenover elkaar. De eerste kan vooral waar zijn als het gaat om goed uitgekristalliseerde genezingsprocedures, technieken dus; de tweede vooral als het gaat om problematiek waarvoor in principe nooit een definitieve oplossing mogelijk is.

Het probleem waar we in de gezondheidszorg voor staan, is dat er meestal geen harde indicatoren bestaan die ons bij aanvang van het werk met zekerheid kunnen zeggen of we met de ene of met de andere categorie te maken hebben, dan wel ergens daartussenin. We zullen dus moeten beginnen, en dan kunnen we merken of de behandeling meer of minder eenvoudig zal worden. Dit geldt voor ingewikkelde oorlogstrauma's, maar het geldt ook voor ogenschijnlijk eenvoudige bloedneuzen die de huisarts te behandelen krijgt. Het afgeven van een succesgarantie is intrinsiek vreemd aan de gehele gezondheidszorg, maar nog belangrijker is dat de geleverde inspanning vaak niet goed onderscheidbaar is van het geleverde resultaat¹⁵⁸.

En daarmee is het economische goed 'gezondheidsdienst' geen product. De behandelaar verplicht zich tot inspanning, niet tot resultaat. Hoe anders gaat dat bij de taxichauffeur, wiens diensten om die reden alleen al zich veel beter lenen voor wekelijkse benchmark. Baumol krijgt wat mij betreft dus gelijk, alleen al om die reden.

Terwijl het dus om de inspanning gaat, is het toch wat vreemd dat de DBC's worden gedefinieerd en geprijsd alsof het groentesoep is die alleen per blik kan worden opengetrokken. Als we maar één liter soep per

¹⁵⁷ Zoals geciteerd door Schuurman et al. (2007).

¹⁵⁸ Zie hierover ook paragraaf 6.4.

tafelgenoot nodig hebben, dan hoeven we ons bovendien toch niet door de winkelier te laten dwingen om telkens een blik van 1,8 liter *per persoon* aan te schaffen? We weten dus niet hoe lang de behandeling gaat duren, maar we zitten wel, qua uitbetaling, vast aan de opgelegde staffeling (250-800 minuten, 800-1800 minuten, 1800-3000 minuten, enzovoort). Zoiets is vreemd, zelfs vijandig, aan de aard van het meeste therapeutische werk, een enkel koud kunstje daargelaten¹⁵⁹.

Door die staffeling ontstaat de suggestie alsof de gepresteerde DBC een soort entiteit is die kan worden genomen als vergelijkingseenheid tussen zorgaanbieders. Hoeveel kost die DBC bij instelling A in vergelijking met B? En hoe tevreden zijn de zorgconsumenten over de gepresteerde DBC?

De DBC's worden zo zelf tot een product omgetoverd, alsof de hulpverlening per stuk wordt betaald. Maar ja, als je mensen per geproduceerd stuk gaat uitbetalen, dan zullen ze zoveel mogelijk stukken trachten te produceren, en als je ze per tijdseenheid betaalt, dan juist zo min mogelijk per tijdseenheid. Dus waarom moet de DBC een betaalbaar productstuk zijn? Omdat, als we eenmaal betaalbare productstukken hebben, we deze met opgeheven hoofd en met trotse blik kunnen declareren, als artikel dat nou eenmaal zijn vaste (marktconforme) prijs heeft. Omdat de adviserende economen zich baseren op boeken zoals van Porter en Teisberg (2006) en omdat ze niet weten hoe 'health effect' anders moet worden gemeten dan in termen van een toestandsverandering bij een persoon of groep. Dan moet er ook een meetbaar 'ding' zijn gedaan, een actiepakket, dat daarmee kan worden gecorreleerd, nietwaar? Maar als zulke 'dingen' er niet zijn, gewoon omdat ze niet bestaan, noch als een industriële assemblagelij, noch als een abstract handelingsprotocol, dan moeten we misschien stoppen met net te doen alsof de gezondheidszorg uit zulke actiepakketjes bestaat. In plaats daarvan kunnen we een marktgerichte financiering van de zorg beter oriënteren aan de extra kosten die kunnen worden uitgespaard, wanneer de zorg in één keer goed wordt gedaan.

¹⁵⁹ Inderdaad, als een huisarts zeker weet dat hij met een bepaald zalfje de voetschimmel weer weg krijgt, dan mag zoiets best door een bureaucraat als een 'gezondheidsproduct' worden gekwalificeerd. Maar ook dat is in principe een gevaarlijke simplificatie, want het vergt wel degelijk ambachtelijkheid vóórdat de huisarts het oordeel 'niets bijzonders' kan afgeven. Gezondheidstechnologie en gezondheidsproducten zijn aldus heel prettig te classificeren als economische goederen, maar alleen binnen de context van een ambachtelijk deskundig oordeel van een behandelaar.

9.4 Alweer een brief van het genie aan de Minister

Excellentie,

U weet niet hoe blij ik was, toen u al mijn DBC-voorstellen¹⁶⁰ ging uitvoeren. Geweldig gewoon! Maar daarna sloeg mijn blijdschap al snel om in bitterheid, toen ik ontdekte dat de NZA ineens negatief ging adviseren over deze fantastische manier van DBC-bekostiging. Terwijl het toch zo goed ging! De NZA wilde ineens niet meer dat er 'strategisch gedrag' plaatsvond bij de zorgaanbieders¹⁶¹. Wat moest ik daarvan nu denken? Daar was het toch allemaal om begonnen, dat er beheersbare prijzen zouden ontstaan, en dat zou toch allemaal gaan lukken juist dankzij die maxima en die zaagtanden?¹⁶² Dan zouden de hulpverleners toch juist 'strategisch gedrag' gaan vertonen en als dolle honden achter het geld van hun patiënten aan gaan jagen.

Had u dat dan niet goed begrepen uit mijn vorige brief, of had de NZA daar eigenzinnig een draai aan gegeven? Na mijn vorige successen bij u was mijn vrouw al bij mij weggelopen, en vonden mijn vrienden mij al onuitstaanbaar geworden. Maar toen ik zag dat de NZA er niet meer achter stond, toen knapte er bij mij iets. De dokter wist niets beters meer dan mij ook maar naar een psychotherapeut te sturen. Waarom geen pilletje? dacht ik nog.

Die therapeut wilde helemaal niet eens weten hoe het voor mij voelde om zo door iedereen te worden verloochend en bespot, in de steek gelaten door de NZA, maar hij emmerde alleen maar of ik h m wel vertrouwde. Ik kon toch moeilijk zeggen: 'Nee, ik vertrouw je niet, want je zit mij hier gewoon te rippen, en je zult mij er straks kostenbesparend uitflikkeren als je n t aan een nieuw DBC-staffeltje met me bent begonnen; maar als je het niet voor het geld doet, dus echt voor mij, dan vertrouw ik je nog veel minder.' En terwijl hij domme vragen voor mij verzong, over mijn jeugd, en of ik mijn ouders wel vertrouwde, en

¹⁶⁰ Zie paragraaf 4.3.

¹⁶¹ Bedoeld worden de volgende passages:

'De productstructuur binnen de hoofdgroepen is erg grofmazig. De totale tijd die een zorgaanbieder besteedt (*sic*) aan een patiënt wordt afgeleid naar een tijdsklasse binnen de hoofdgroep. Deze indeling in tijdsklassen is gemaakt op basis van een analyse van de gegevens, maar kan leiden tot strategisch gedrag bij zorgaanbieders als de bekostiging eraan gekoppeld wordt.'

en:

'Het huidige systeem kent een prikkel bij de grenzen van de tijdsklassen nog een aantal extra activiteiten uit te voeren zodat het hogere tarief in de volgende tijdsklasse gedeclareerd mag worden. Deze prikkel bestaat niet binnen het voorstel van de DBC-matrix.'

Zie: http://www.nza.nl/104107/105763/105857/Consultatiedocument_Verbetering_werking_DBC-systeem..pdf

¹⁶² Zie de zaagtandgrafiek (Bijlage).

ik voor hem domme antwoorden verzoon, besteedde ik de tijd ondertussen zo goed mogelijk, dus voornamelijk tijdens die lange stiltes, waarin hij mij maar wat ruimtegevend zat aan te kijken.

Aan het eind van die serie (hij had toen nét nog geen 800 minuten met me gewerkt), werd het me te erg en besloot ik om open tegen hem te zijn: dat hij vooral zo blij naar mij had zitten luisteren omdat, als ik nog heel even doorzeurde, hij met meer dan 800 DBC-minuten afscheid van me zou kunnen gaan nemen. Hij begreep het onmiddellijk en hij gaf toe dat mijn DBC over 35 minuten inderdaad ruim 1000 euro meer waard zou worden, maar dat hij het allemaal echt alleen maar voor mij had gedaan.

Ik heb geprobeerd of ik dit nog kon geloven, maar na 25 minuten kon ik de spanning niet meer aan, en toen hebben we de therapie 'in onderling overleg' afgesloten (want zo noemde hij dat), en ik heb toch ook maar een positieve evaluatie over de therapie ingeleverd (want hij zat naast me). De therapeut zei ook nog dat hij het wel van me kon begrijpen, en dat het niet erg was, omdat hij toch nog wel minstens tien minuten nodig zou hebben voor het dossierwerk, dus dat ik me niet schuldig hoefde te voelen!

En daarom heb ik haast, Excellentie, om u mijn nieuwste voorstellen voor te leggen. Want dan kan ik, als u ze tenminste weer even wilt laten uitvoeren, met hem verder. U begrijpt dat ik er ditmaal zelf belang bij heb!

Dus ter zake.

Wat ik voorstel is eigenlijk een net iets ander principe, en u hoeft er bijna niets voor te veranderen, dus niemand hoeft erg te schrikken. Want dat zouden we toch niet willen, dat de hele sector opnieuw van iets nieuws zo moet schrikken, toch? Laten we vooral de successtory van de DBC's niet verpesten met iets beters. Het moet wel leuk blijven om een verbetering toe te voegen; het mag geen signaal zijn dat het allemaal eigenlijk voor geen cent klopte. En het mag ook geen enkele erkenning betekenen van het feit dat de huidige DBC-productstructuur op een aantal ernstige denkfouten is gebaseerd. En het moet ook allemaal eenvoudig kunnen worden ingebouwd in het huidige systeem. We willen geen paniek in de softwarehuizen, want die mogen al helemaal niet afhaken. En we willen natuurlijk ook geen paniek bij al die accountancyspecialisten, die hadden gedacht dat ze de GGZ-productgroepen zelf even konden definiëren, vanachter hun laptopjes, op basis van een aantal gemiddelden, en die dan hadden gedroomd dat hun bedenksels ook echte entiteiten zouden zijn dankzij het feit dat ze konden worden bedacht. Een soort woestheid en ledigheid in de gezondheidssector, waarover het administratieve licht kon worden aangeknipt, terwijl er ondertussen eigenlijk een nieuw soort giftige derivatenhandel werd aangezwengeld, handel in niet-bestaande gezondheidspakketjes. Laten we het

daarom gewoon even hebben over de betaling per minuut, per staffel en per inspanning, oké?

De DBC's waren eigenlijk een soort nepentiteiten, bedenkfels met een bedachte prijs, maar helaas met een te lage kostenhomogeniteit, die immers waren opgehangen aan een 'onderscheidende activiteit' die de DBC-bedenkers zelf niet helemaal goed hadden begrepen. Daar ging het niet echt allemaal van deugen, toch? Die kostenhomogeniteit was zo laag, omdat veel hulpverleners toch nog veel meer dure behandelsessies per DBC deden dan declaratietechnisch verantwoord was. Zo hebben die uitslovers het eigenlijk verpest voor de anderen, voor hen die wel commercieel wilden meedenken, en die dus alleen maar het bedoelde minimum aantal minuten van de onderscheidende activiteit in de DBC stopten. En op die manier kwamen er natuurlijk nóóit heldere en kostenhomogene DBC's op de gezondheidsmarkt, ik bedoel dingen waar de markt zelf een concrete prijs aan kon gaan toekennen, eenduidige koopwaar, herkenbaar aan een eenduidig DSM-etiket.

Waarom dan toch maar niet een inspanningsmarkt, en dan deze bijvoorbeeld optuigen met bonussen? We kunnen daarbij de productgroepen gewoon laten bestaan, en we kunnen het toch aantrekkelijk maken om sneller te werken, door bijvoorbeeld de minuutprijs te staffelen: voor de eerste 800 minuten zoveel per minuut, en daarna telkens iets minder per minuut. Dus geen getrut meer om de patiënt niet langer en vooral niet korter dan 801 minuten te houden, of 1801, of 3001, en gewoon betaling naar het aantal gewerkte minuten¹⁶³. Zo krijgt de zorgaanbieder een stimulans om gewoon snel te werken, zonder dat het werk opgerekt of afgeraffeld moet worden tot voorbij het betalingsmaximum, en dat soort ongein¹⁶⁴. En ook hoeft hij niet meer een lange lijst van wachtende patiënten te kweken, bij wijze van orderportefeuille, want hij verdient nu juist meer per minuut als hij sneller met iemand klaar is.

Tevens kunnen we de gewerkte minuten per activiteit gaan tellen, en de minuutprijzen per staffel contractueel afspreken. Laten we dan ook meteen per type activiteit een weefactor aan die minuten hangen. Ik dacht: laten we zoiets een 'array-DBC' noemen, want 'matrix-DBC' klinkt inmiddels ook alweer zo achterhaald. Array-DBC klinkt bovendien een stuk Amerikaanser, en maakt alleen al daarom een betere kans om in de smaak te vallen bij de spelers in het veld. Dan kunnen de activiteiten van een zorgaanbieder een prijs krijgen per type activiteit, alsook

¹⁶³ Dit lijkt in de verte op het beleid van sommige telecomproviders om telefoongesprekken niet langer per seconde te berekenen, maar in hele minuten naar boven toe afgerond (NRC-Handelsblad, 12-11-2010).

¹⁶⁴ De opletende lezer herkent hier natuurlijk het aangrijpende verhaal over de DBC van mevrouw Dinges, die zo nodig net in de laatste week van het DBC-jaar nog even naar de kapper moest en haar therapeut daardoor de hogere DBC-vergoeding door de neus dreigde te boren (zie bijlage, zie ook de zaagtandgrafiek aldaar).

gestaffeld naar het totale aantal minuten dat de behandeling van die patiënt heeft geduurd.

Misschien mogen die twee weggelopen directeuren van DBC-Onderhoud dan ook weer terug? Want die zullen heus niet nog een keer de verwachtingen voor 2010 gaan verwisselen met de resultaten over 2008, of zoiets. Sneu toch eigenlijk, als je met je statistische kostprijswerk helemaal losgezongen raakt van de werkelijkheid, vindt u ook niet? Terwijl zingen juist zo belangrijk is, ook als het gaat om het bezin- gen van toekomstige DBC-kosten op basis van onvolledige en verouderde gegevens. En terwijl een zogenaamde activity-based costing-methodiek (ABC) juist zo modern aandoet. Een woord waar al heel veel muziek uit klinkt. Dan wil je toch eigenlijk niet de verkeerde kostendragers weggooiden, en dan wil je toch eigenlijk kun- nen meten welke activiteiten er in zo'n DBC worden gepropt? Nou, dat gaat dus juist heel fijn met zo'n array-DBC.

De DBC-bouwers hebben zich misschien wel laten inspireren door de ideeën van Kaplan en anderen over de bepaling van activity based costs. Maar dan hebben ze iets toch een beetje gek gedaan. Kaplan en Atkinson (1998, p. 111) stellen bij- voorbeeld dat de prijsbepaling voor ABC doorgaans gebruikmaakt van schattingen, omdat meer gedetailleerde informatie over verrichtingen meestal onevenredig duur is. Maar, had ik gedacht, van de geproduceerde DBC's is toch de meest gedetailleerde informatie over de behandelingen reeds volledig aanwezig in de databanken van het DIS? En dan nog wel zonder extra kosten. Er is dus in het geheel geen reden om er bij de statistische analyse alsnog ruwe intervallblokken van te maken, zoals die van 250-800 minuten, of van 800-1800 minuten, enzovoort. Die ruwe blokken corres- ponderen niet met behandelbeden, of met wat voor entiteiten dan ook. Het zijn schattingen, bedoeld om behandelingen in klassen in te delen, zodat er verhandel- bare derivaten ontstaan. Maar waarom schattingen als de details beschikbaar zijn? Kunnen er geen kostenplaatjes worden berekend als er met de echte data wordt ge- werkt, in plaats van met de schatters? Ik hoor het ze al roepen: 'We hebben die ruwe blokken nodig, omdat we ze in de vorige jaren ook hebben gebruikt.' Natuurlijk, zeg ik dan, maar over de vorige jaren zijn toch ook alle detailgegevens beschikbaar? Reken die dan ook nog even uit. En de kostenhomogeniteit kan toch ook uit de detailinformatie worden afgeleid? Dus daarvoor hoeven ze het ook al niet te laten.

En ik hoor ze nu ook al roepen: 'We hebben die ruwe blokken nodig, omdat daarmee het gedrag van de betrokken zorgaanbieders beter kan worden beïnvloed.' En dan verwijzen ze natuurlijk naar de vakliteratuur waarin staat dat je het voor- al allemaal heel begrijpelijk moet houden als het gaat om aansturing van gedrag

van mensen door middel van tarieven¹⁶⁵. Nou, dat is dan in ieder geval alvast goed gelukt: alle zorgaanbieders begrijpen hoe ze hun tarieven maximaal kunnen opschroeven met de huidige DBC-productgroepen! En dat zoiets ook wel een tikkeltje kostenverhogend kan zijn af en toe, tja, dat staat ook al in dezelfde leerboekjes, en dat rechtvaardigt dan gewoon weer het bouwen van andere en meer accurate kostprijsmodellen, en het rechtvaardigt dat er nog meer verplichte gegevens nog vaker moeten worden aangeleverd. Begrijpelijk, want we willen een markt opzetten in derivaten van gezondheidspakketjes.

Maar er is nog meer. Want wat zou u ervan denken als straks de DSM-V komt, compleet met geheel nieuwe probleemclassificaties? Gaat men dan de productgroepen ook helemaal ‘moderniseren’? Dat wordt lachen! De enige manier om de vergelijkbaarheid met de voorgaande jaren dan nog te bewaren, is dat men nu al overstapt naar de array-DBC’s.

En het gaat in de sector toch ook om de kwaliteit van zorg, tegenwoordig? Daarvoor zou er bijvoorbeeld een bonus kunnen worden uitbetaald aan de zorgaanbieder, telkens wanneer een patiënt zich binnen een paar jaar na afsluiting van een behandeling nog steeds niet ergens opnieuw heeft aangemeld met psychische klachten. Ik zei ‘een paar jaar’, maar in principe kan het aantal jaren vrijgekozen worden, en tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kan een overeenkomst worden opgesteld voor een bonus, als de patiënt langer dan een afgesproken periode klachtenvrij blijft. De hoogte van de bonus kan dan afhangen van

- a) de lengte van de wachttijd voordat de behandeling begon;*
- b) de lengte van de totale behandeling (hoe langer de therapie geduurd heeft, des te lager de bonus);*
- c) de therapievrije termijn na afloop van de behandeling (hoe langer die termijn, des te hoger de bonus).*

U heeft vast nog wel ergens een paar werkzoekende stuurgroepjes zitten, die het leuk zouden vinden om zoiets een keer uit te zoeken.

Kaplan en Atkinson (1998, p. 774), maar ook bijvoorbeeld Bonin (1976) bespreken de manier waarop managers in het sovjetstelsel met bonussen werden beloond bij hogere productievoorspellingen, maar vooral met hogere bonussen bij voorspellingen die ook echt werden waargemaakt. Voor dat soort bonussen zijn toen leuke formules bedacht door de sovjetaccountants. Welnu, zolang de prijzen bij ons ook nog centraal worden geleid, zijn die sovjetformules misschien wel handig en bruikbaar als uitgangspunt voor zo’n bonusstuurgroepje, en ze zijn in ieder geval

¹⁶⁵ Bijvoorbeeld: ‘... activity-based systems deliberately designed to influence behavior tend to be simpler than systems designed to report accurate product costs.’ (Cooper & Kaplan, 1991, p. 397).

beter doordacht dan de averechtse bonussen die thans in de GGZ-productstructuur ingebouwd zitten.

Het is ook denkbaar dat hier in de toekomst een weddenschapmodel wordt gehanteerd, zoals Hofstee (1980) dat heeft voorgesteld. Beide partijen wedden dan om de termijn waarbinnen de patiënt zich heraanmeldt. De risico's van dergelijke weddenschappen kunnen in aparte verzekeringen worden ondergebracht; of er worden opties verhandeld op de te verwachten bonusuitkeringen. Allemaal zinvolle commerciële activiteiten die de kwaliteit van het eigenlijke werk belonen, in plaats van aantasten, denkt u ook niet? Dus dan wordt er op waardetoeename gewerkt, in de zin van Porter en Teisberg.

We weten dan weliswaar niet hoe we echt de kwaliteit van psychotherapie moeten meten; we weten wél wat het kost als iemand zich overnieuw aanmeldt. Dat kost namelijk een nieuwe behandeling, en dan zal de vorige behandeling wel niet goed genoeg zijn geweest, net als die van mij! Welnu, we weten dus wat we uitsparen als een behandeling goed gelukt is, en van dat geld zou misschien een bonus kunnen worden afgeleid voor de laatste zorgaanbieder. Om die bonus niet mis te lopen, zouden zorgaanbieders er zelfs voor kunnen kiezen om een zich snel heraanmeldende patiënt gratis nog even een paar gesprekken te geven, precies zoals u en ik dat ook doen met de noclaim van de autoverzekering: de kapotte antenne betalen we liever uit eigen zak, bijvoorbeeld als we die in de wasstraat niet hadden ingeklapt. Maar ook zou het prettig zijn als we een te vroeg afgesloten DBC weer gewoon zouden mogen openen voor een paar follow-ups, en de reeds ontvangen betalingen naderhand verrekenen. Zoiets is dan aanzienlijk goedkoper voor de verzekeraars, dan wanneer een geheel nieuwe DBC moet worden aangevangen.

Lijkt dat u ook niet veel handiger? Nou, ik hoor het graag zo snel mogelijk natuurlijk weer.

Hoogachtend,

Uw genie.

PS: Zo'n vrijwillige heropening van een te vroeg afgesloten behandeling zou bovendien de zorgaanbieder een faire herkansing geven om op een later moment alsnog te wedden met de verzekeraar.

PS2: Dit is natuurlijk allemaal erg lastig voor benchmarkers die gemakkelijk en goedkoop iets willen vergelijken, of voor beleidsmakers die gemakkelijk iets willen plannen, maar nu zitten we toch alleen maar met artefacten te rekenen.

PS3: Hoe vindt u de kwantificering van 'kwaliteit' die hier eventjes wordt voorgesteld: **de kwaliteit van een behandeling is de hoeveelheid geld die op de langere termijn door die behandeling wordt uitgespaard.** Geweldig, nietwaar? De kwaliteit van een sinaasappel is de hoeveelheid griep die ik ermee voorkom. 'Never be clever for the sake of showing off', zoals Glenn Gould zegt¹⁶⁶. De kwaliteit van een goede definitie is de hoeveelheid misverstand die ermee wordt vermeden! De kwaliteit van een goed systeem is de hoeveelheid onzin waarvoor wij worden behoeft, toch? En dan noemen ze mij arrogant! Maar ik heb het helemaal niet eens zelf bedacht. Het idee is van Chaitin (bijvoorbeeld 2005), waarbij ik 'kwaliteit' invul waar hij het heeft over 'elegantie'. Eigenlijk dus het idee van Porter en Teisberg over goede zorg als de productie van een economisch goed dat een waarde toevoegt, maar dan met 'kwaliteit' als een meetbaar criterium voor die waarde. En natuurlijk is het de verdienste van Abbass¹⁶⁷ om eens te kijken naar hoeveel ziektekosten er zoal kunnen worden uitgespaard met zijn psychotherapeutische behandelingen. We kunnen dit principe ook toepassen op de eerstelijns psychologische zorg. Want als de psychologische hulp in de eerste lijn er bijvoorbeeld voor heeft gezorgd dat een patiënt een jaar lang geen beroep meer doet op de GGZ (eerste of tweede lijn), dan zou daarvoor een bonus aan de eerstelijns hulpverlener moeten worden betaald. Dat leidt er dan toe, dat de eerstelijns zorg niet onnodig lang wordt voortgezet bij patiënten die later toch naar de tweede lijn worden doorgestuurd, en het leidt er toe dat de eerste lijn een echte preventieve werking gaat krijgen, en dus veel kosten gaat besparen. Nog algemener: elke professionele hulpverlening die aantoonbaar leidt tot kostenbesparing in de toekomst, mag worden beloond met een of andere bonus. Zo stimuleer je een goedkopere gezondheidszorg, zonder dat je de zorgaanbieder gek hoeft te maken met bonussen voor een of ander favoriet behandelbeleid, zoals pilletjes of elektroshocks.

PS4: Heeft u wel eens Barenboim alle vijf pianoconcerten van Beethoven zien spelen terwijl hij ondertussen het orkest met zijn ogen dirigeert (bijvoorbeeld de serie in Bochum, 2007)? Zo ziet u maar weer, dat er op muziek nog heel veel meer bezuinigd kan worden, zonder dat het er slechter van gaat klinken. En als hij zoiets kan, dan kunnen wij in de gezondheidszorg dat toch zeker ook? Een beetje psychotherapeut kan toch heel prima op zijn eigen integriteit blijven letten en tegelijkertijd op zijn portemonnee? Doet u dat niet ook als u Kamervragen beantwoordt?

¹⁶⁶ So you want to write a fugue? (Glenn Gould, 1964).

¹⁶⁷ Over het werk van Abbass: zie ook hierboven in paragraaf 4.5.4.2

PSS: Kent u de uitspraak van Aristoteles (Politica, VIII.5) dat muziek een medicijn is voor de ziel? Maar zoiets is uit dubbelblind RCT designed onderzoek toch zeker nooit gebleken? Integendeel:

'Remember the war against Franco?

That's the kind where each of us belongs.

Though he may have won all the battles,

We had all the good songs.¹⁶⁸

Ik bedoel maar.

9.4.1 Een informeel ambtelijk briefje

Bovenstaande brief krijgt een memootje toegevoegd van de bevoegde ambtenaar P:

van: P / aan: Afdeling / betreft: 'array-DBC'

Beste collega's,

Deze querulante meneer heeft alweer een paar zogenaamd goede ideeën naar de Minister gestuurd. Straks wordt hierover de mening van onze Afdeling ook nog gevraagd. De briefschrijver beweert dat een DBC niet een entiteit met een vaste prijs zou moeten zijn, maar een aantal gewerkte minuten waaraan een variabele prijs moet hangen. Die prijs is dan een uitdrukking van het aantal reëel gewerkte minuten, met een aflopende minuutprijs per staffel, gewogen naar de beroepsgroepen die erbij betrokken zijn. Toe maar! De kwaliteit van het geleverde werk zou dan nota bene moeten blijken uit de geschatte besparingen voor de komende jaren, en dus niet uit de subtiele vragenlijsten die onze stuurgroepen daarvoor hebben laten ont-wikkelen. Zelfs een bonus wil hij ermee laten verdienen door de behandelaars. Met evenveel gemak stelt hij in een volgende brief voor dat de patiënten zelf een bonus gaan krijgen als ze zich binnen vijf jaar niet opnieuw ergens aanmelden. Ik zie onze adviseurs hierover al grijnzen. Ze zullen zeggen dat het natuurlijk allemaal gemakkelijk ingebouwd kan worden in het bestaande systeem, maar wij weten inmiddels waar zoiets toe leidt.

Q zou jij s.v.p. even een opzetteje willen maken, waaruit blijkt dat dit soort praatjes natuurlijk nooit gaan lukken? We moeten wel voorbereid zijn; straks vindt iemand van hierboven dit soort fantasieën nog interessant!

¹⁶⁸ The Folksong Army (Tom Lehrer, 1965).

9.4.2 Een intern ambtelijk concept-notaatje

Van: Q/ Aan: P en afdeling/ Betreft: 'array-DBC'

Ik behandel eerst het voorstel van de tariefstelling (A) en daarna het voorstel van het bonussysteem (B).

A.

Onderstaande berekening mag als uitwerking dienen van het bedoelde voorstel:

Voorbeeldje

Een patiënt ondergaat achtereenvolgens de volgende activiteiten, bij de DSM-classificatie 'depressieve stoornis, eenmalige episode':

		<i>DBC kost cumulatief:</i>	
		<i>in 2010:</i>	<i>in 2012:</i>
<i>– intake</i>	<i>135 minuten</i>	<i>€ 271</i>	<i>€ 261</i>
<i>– intakevergadering</i>	<i>200 minuten</i>	<i>€ 501</i>	<i>€ 501</i>
<i>– psychosociale begeleiding</i>	<i>270 minuten</i>	<i>€ 956</i>	<i>€ 1061</i>
<i>– farmacotherapie</i>	<i>20 minuten</i>	<i>€ 1161</i>	<i>€ 1061</i>
<i>– psychotherapie</i>	<i>174 minuten</i>	<i>€ 1161</i>	<i>€ 1061</i>

De DBC is nu precies 799 minuten jong. Als de psychotherapeut het waagt om één minuut langer door te werken, dan kost de hele DBC meteen € 2234 (in 2010) of € 2129 (in 2012). Onze kameraden van DBC-Onderhoud hebben bij nader inzien ontdekt dat er toch geen duidelijk kostprijsverschil was tussen behandelingen met een zogenaamde 'onderscheidende activiteit', dus de DBC werd in 2012 niet meer zomaar ineens duurder vanwege farmacotherapie, of vanwege psychotherapie, of wat dan ook. Geen gedoe, alles is gewoon even duur, of goedkoop, gelet op de Schippers-korting van 2012. Onze kameraden kregen met al die zogenaamd empirisch gebaseerde bonusactiviteiten alleen maar ellende, en gelukkig nog geen Kamervragen. Ergens in 2011 hebben ze bedacht dat al die onderscheidende activiteiten leiden tot een niet-stabiele productstructuur¹⁶⁹. Gelukkig net op tijd en zonder gezichtsverlies.

Nu het voorstel van de querulant. Hij wil een minuutprijs, die bovendien nog eens na zoveel minuten afneemt, en hij wil dat de diverse minuten een verschillend gewicht krijgen:

¹⁶⁹ Onze ambtenaar heeft duidelijk kennis van de meer subtiele tactische terugtochten van DBC-Onderhoud. Zie ook voetnoot 71.

Uitgangspunten

✓ *gewicht per verrichting*

activiteit	gewicht per minuut
<i>intake</i>	100%
<i>psychotherapie</i>	100%
<i>psychiatrisch consult farmacotherapie</i>	120%
<i>psychosociale ondersteuning/begeleiding</i>	75%
<i>indirecte tijd</i>	65%
<i>enzovoort.</i>	

✓ *minuutprijzen per staffel*

staffel	minuutprijs
<i>1-199 minuten</i>	€ 2,00 (tarief 1)
<i>200-799 minuten</i>	€ 1,80 (tarief 2)
<i>800-1799 minuten</i>	€ 1,50 (tarief 3)
<i>1800-2999 minuten</i>	€ 1,20 (tarief 4)
<i>1800-2999 minuten</i>	€ 1,10 (tarief 5)

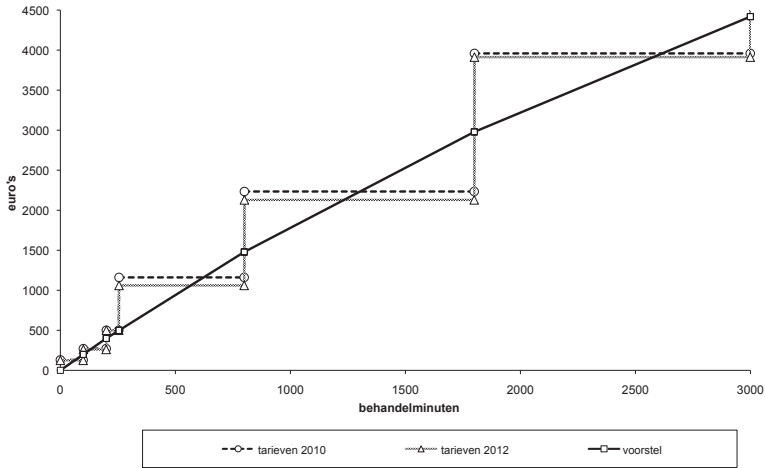
Wat gaat dit dan kosten?

	<i>minuten:</i>	<i>kosten</i>	<i>minuutprijs:</i>
	<i>ongewogen/ gewogen</i>	<i>cumulatief:</i>	
- <i>intake</i>	135 / 135	€ 270	€ 2
- <i>intakevergadering</i>	98 / 64	€ 398	€ 2
- <i>intakevergadering</i>	102 / 66	€ 517	€ 1,80
- <i>psychosociale begeleiding</i>	270 / 203	€ 882	€ 1,80
- <i>farmacotherapie</i>	20 / 24	€ 925	€ 1,80
- <i>psychotherapie</i>	174 / 174	€ 1238	€ 1,80

We komen dan uit op € 1238. Dat is natuurlijk duurder dan die € 1161 of € 1061. Maar wacht. Wat gebeurt er nu als de psychotherapeut een minuutje langer zou doorwerken? Precies: € 1239,50. Dat is natuurlijk wel iets goedkoper dan die € 2234 of € 2129.

Ik heb het even in een schema gezet, waarbij we in de grafiek zelf niet kunnen zien welke weefactor er voor de minuten is gebruikt. Netto betekent dit een lagere minuutprijs voor de ongewogen minuten. Oftewel: bij 800 gewogen minuten is er in het voorgestelde systeem waarschijnlijk reeds meer dan 800 ongewogen minuten gewerkt.

DBC-tarieven voor de behandeling van depressie



We zien in de grafiek het voorbeeld van de depressie-DBC nader uitgewerkt. Bij 100, 200, 250, 800, 1800 en 3000 minuten springen de officiële tarieven ineens omhoog, telkens ongeveer naar een verdubbeling, terwijl de tarieven in het voorstel van onze briefschrijver een geleidelijke stijging laten zien, met afnemende hellingshoek bij elk volgende blok.

Gemiddeld genomen lijken de tarieven ongeveer met elkaar overeen te stemmen. Het voornaamste voordeel wordt hier behaald omdat er in de voorgestelde benadering geen enkele drijfveer meer bestaat bij de behandelaar om de DBC snel te 'upgraden' tot boven een staffelgrens. Komt men boven zo'n grens, dan is de DBC niet meteen tweemaal zo duur, maar juist per minuut iets goedkoper. Langdurige therapie, maar ook het oprekken van kortdurende interventies tot net boven de 250 minuten, wordt daarmee op een vriendelijke manier ontmoedigd, in plaats van royaal aangemoedigd.

Kortom: dit voorbeeldje doet ernstig vermoeden dat het voorstel met de gewogen en gestaffelde minuten goedkoper is, upgradering tegengaat, sneller werken stimuleert, alsook overhaast afraffelen van de behandeling tegengaat. De briefschrijver heeft dus misschien toch wel een punt, en we zullen dit voorstel voorzichtig moeten zien af te handelen.

Ik ben ook nog even zijn verwijzing naar Cooper en Kaplan nagelopen. Helaas lijkt bij ook hier een punt te hebben: de indeling van de DBC's in blokken was waarschijnlijk bedoeld om ze begrijpelijk te houden voor de marktpartijen.

B.

Dan hebben we nog het voorgestelde bonussysteem.

Het idee van onze vriend komt neer op een varkenscyclus: de bonussen voor kostenbesparing moeten worden gebaseerd op schattingen van de hoeveelheid uitgespaarde ziektekosten. Naarmate dat een groter bedrag is, zullen de bonussen hoger kunnen worden en zullen de feitelijke ziektekosten van de populatie dus weer dalen. Hierdoor zullen de bonussen ook weer lager kunnen worden, waardoor de eerste lijn weer minder kostenbesparend wordt, zodat dan de ziektekosten van de populatie weer stijgen, enzovoort. De tarieven van de bonussen en van de marktprijzen reageren op elkaar, met een vertraging.

Bijkomend voordeel is natuurlijk wel dat de psychotherapeuten (en tweedelijns GGZ in het algemeen) niet vet worden als de eerstelijns GGZ effectief preventief gaat werken. Ook mogen we rekenen op extra ruzie binnen de GGZ. Te denken valt aan iets wat lijkt op de jarenlange animositeit tussen medische specialisten en de huisartsen, gewoon omdat de huisartsen de patiënten vaak niét instuurden en daarmee veel kosten bespaarden (dat wil zeggen broodroof voor de specialisten). Dit idee van de bonussen zou ook interessant kunnen zijn als alternatief voor een stelsel van ziektekostenpolissen waar een bonus of malus aan hangt, zoals bij de autoverzekering. Want zo'n polis met een malus ontmoedigt natuurlijk bij de patiënten wel de behoefte aan GGZ, maar het stimuleert behandelaars niet om op de lange termijn goedkoper werk af te leveren, en dat doet het bonussysteem van onze briefschrijver weer wel.

Samenvattend: we krijgen nog een hele kluit aan een fatsoenlijk beargumenteerde afwijzing van deze voorstellen.

PS Wisten jullie dat Beethoven zijn vijfde symfonie wel heel erg vaak overnieuw heeft geschreven? Er is een oud filmpje met Bernstein, een Omnibus-lezing, waarin hij een paar afgekeurde gedeelten laat horen¹⁷⁰. Moeten wij ook iets overnieuw doen?

¹⁷⁰ http://www.youtube.com/watch?v=Paqj1Nz_2g4

10 Assepoester: the director's cut



Laten we het even hebben over het sprookje van Assepoester. Wist u dat er ook een director's cut van bestond? Dat is de versie van het verhaal, zoals oorspronkelijk door de regisseur van de film was opgenomen en gemoniteerd. Een samenvatting:

Assepoester gaat dezelfde nacht nog terug naar het paleis. Enkele uren tevoren was ze uit angst en schaamte weggevlucht, bang dat ze in haar armoedige kloffie zou worden ontmaskerd. Nu, om half drie 's nachts, neemt ze de moed op om zich bij de prins te melden, zonder te verbergen wie ze in werkelijkheid is.

De fee is het hier niet mee eens en dreigt de filmmaatschappij met juridische stappen. Daarom besluit de producer om dit deel uit de film te schrappen en om Assepoester opnieuw te contracteren voor aanvullende opnamen en te zorgen dat de prins haar pas weer terugvindt als hij het land doorreist op zoek naar haar. Maar in werkelijkheid had ze zelf genoeg lef om het initiatief te nemen en haar geluk te pakken.

U wist dit nog niet? Geeft niet. Waar het om gaat is dat we iets als een vaststaand feit kunnen behandelen, maar dat zogenaamde vaststaande feit kan blijken te bestaan uit illusies en misverstanden, waarna nieuwe vaststaande feiten worden ontdekt. Feiten bestaan totdat ze worden ontmaskerd. Er is geen definitieve zekerheid dat de bekende feiten ook de laatste feiten zullen zijn. Dat is zo in de natuurkunde, bijvoorbeeld de feiten van Newton bleken een bijzonder geval te zijn bij Einstein. En zo zal het blijven. Zo ook de feiten van historische of prehistorische gebeurtenissen. Opeens blijkt er een evangelie van Judas te bestaan, en het blijkt al veel langer bekend te zijn dan de meesten van ons wisten. En dit werpt dan nieuw licht op iets wat wij altijd gedacht of geloofd hadden. Of iemand blijkt als kind te zijn geadopteerd, en heeft dit nooit geweten. Of er moet een kikker worden gekust, en na afloop zegt de prinses dat ze altijd al gedacht had dat hier een betoverde prins te halen was. Of iemand krijgt in een therapie meer respect voor zichzelf en herontdekt dat hij dit

respect eigenlijk altijd al had gevoeld, dus dat hij eigenlijk alleen maar iets ontdekt heeft, wat hij al wist.

10.1 Feiten en constructies

Feiten en zekerheden zijn dus nogal rekbaar, en een deel van de therapeutische arbeid bestaat erin, deze rekbaarheid terug te vinden. U houdt niet meer van elkaar en wilt scheiden? Of wilt u scheiden omdat u elkaar niet meer verdraagt? Dat is wel heel iets anders. Of zegt u dat u niet meer van elkaar houdt, omdat u niet weet hoe het anders nog verder moet? Tja, wat zijn de feiten?

Feiten in de GGZ zijn nog onduidelijker dan elders. Een belangrijk feit is bijvoorbeeld de diagnose, maar ook of de therapie resultaat heeft, of de patiënt tevreden is. Tevredenheid gaat trouwens niet altijd samen met het behaalde resultaat en wordt zelfs soms ermee verward door onderzoekers die van de patiënten willen weten of ze ‘tevreden’ over de behandeling zijn.

Wetenschapstheoretisch gezien is er heel wat af te dingen op het concept ‘feit’. Is een feit iets objectiefs? Is het voor discussie vatbaar of staat het vast? Kan een feit worden gemeten met behulp van een opiniërende enquête? Na hoeveel tijd is die mening dan het best te vernemen?

We hebben de natuurwetenschappelijke opvatting dat feiten zich aandienen, gevonden en geregistreerd kunnen worden. We hebben ook de postmoderne opvatting, dat feiten worden geconstrueerd in menselijke interacties, zoals gesprekken.

Wetenschappelijke onderzoekers van psychotherapeutische processen hebben in de jaren zeventig en tachtig eindeloos gedebatteerd over welke feiten van enige betekenis zouden zijn voor het meten van wat er in een psychotherapie gebeurt, en voor wat er uit zo’n therapie komt. Ze kwamen er niet goed uit, zowel wat betreft vragen over de processen als over de therapie-uitkomsten. Feiten zijn dus niet altijd gemakkelijk vast te stellen in deze sector. Vaak begrijpt de therapeut het zelf ook niet, en weet hij pas na een tijdje wat er gebeurde en wat niet, wat relevant was en wat niet.

De Wraak van de Pennenlikker heeft hier maximale helderheid gebracht. Feiten zijn voortaan de antwoorden die ingevuld staan op het formulier, de vinkjes in de hokjes, de scores op de prestatie-indicatoren-website. Feiten zijn gewoon de dingen van de wereld zoals ze genoteerd staan.

U, lezer met een hogere economische en administratieve inslag, beseft dat het afdwingen van een score weliswaar niet altijd de ware stand van zaken oplevert, maar dat zoiets ook helemaal niet zo erg is. De antwoorden kunnen immers nog op een vervolformulier worden verbeterd, en andere antwoorden zijn natuurlijk ook niet helemaal correct, dus dat middelt elkaar wel uit. Volgend jaar kunnen we altijd nog een correctie noteren op het eindformulier van dat jaar. Dus laten we praktisch zijn, zegt u; het hoeft niet allemaal meteen te kloppen en laten we alvast iets noteren. Het echtpaar wil scheiden en dat kunnen we dan opschrijven. Laten we dat dan ook maar doen. We verwijzen ze naar echtscheidingsbemiddeling. Als daar blijkt dat ze toch liever therapie willen, dan komen ze vanzelf wel weer terug.

Is dat erg? Soms wel, omdat het noteren van een prematuur antwoord dan te veel invloed krijgt op het verloop van een therapie. Dat op zich is al niet de bedoeling van administratie. Erger nog, als de therapeut iets moet opschrijven wat hij nog niet goed kan beoordelen, dan stoort dat zijn openheid om feiten later alsnog, op een meer geschikt moment, te gaan ordenen en begrijpen. Assepoester kan dan nooit terug naar het paleis, gewoon omdat het script al geprint is en de regieassistenten zich anders opnieuw moeten inlezen. Een stuklopend huwelijk is er niet bij gebaat als men in eerste instantie alvast naar de verkeerde hulpverlener wordt verwezen.

Het herschrijven van beleidsafspraken met de patiënt (voortaan meer aandacht voor dagelijkse conflicten), het herschrijven van diagnose (voortaan partner-relatie-probleem), van setting (voortaan echtpaartherapie) is altijd mogelijk. Maar we kunnen dan aan het herschrijven blijven, omdat mensen een aantal vervelende verschilpuntjes hebben ten opzichte van dossiers.

10.2 Toestanden van personen en van dossiers

✓ Een dossier heeft een toestand.

Het moderne begrip 'toestand' is afkomstig van Newton, die er een samenvatting mee bedoelde van alle processen in een fysische entiteit die niet zelf als een natuurwet worden aangenomen. Zo kan van een kanonskogel de massa en de snelheid op een bepaald tijdstip als de toestand worden opgevat, waarbij de zwaartekracht en de traagheid als natuurwetten invloed uitoefenen, met de kogelbaan als resultaat.

Maar zo'n toestandsbegrip is niet bedoeld geweest voor biologische systemen, en is daarvoor ook ongeschikt.

De diagnose die een patiënt krijgt, is evenmin een toestand van de patiënt. Eerder is het een archeologische laag; als we dieper graven, krijgen we weer een andere diagnose en er komt vaak geen harde ondergrond. De toestand van een fysisch systeem kan nooit afhangen van een latere toestand, maar uitsluitend van een eerdere (vergelijk Rosen, 2000, p. 216). Laat dat nou net bij biologische systemen wat lastig zijn, want deze hebben een doelgerichte functionaliteit, die niet met natuurwetten en toestanden is te beschrijven. Dit geldt ook voor mensen, en zelfs voor GGZ-patiënten. Ook zij gedragen zich doelgericht, en hun problematiek is veelal te zien als een worsteling die als doel heeft om zich minder te laten hinderen door een problematisch verleden. Dat is bij dossiers niet zo. De toestand van het dossier is de verzameling van alle ingevulde hokjes en vakjes, tabjes en regeltjes.

- ✓ Een dossier kan worden ingezien.

Het inzien van een patiënt is wat lastig. De ene keer is hij meer open dan de andere keer; niet alleen kan de stemming wisselen, maar ook het vertrouwen in de toekomst, de hoeveelheid verdriet over vroegere ervaringen, de hoeveelheid vertrouwen in de behandelaar, en nog veel meer. Hoe de vlag erbij staat, is telkens een nieuw ervaringsgegeven; een therapeut die meent dat hij dat ongezien wel kan weten, heeft zijn vak niet goed begrepen. Sommige delen van het verhaal van de patiënt zijn voor hem zelf ook niet goed begrijpelijk, niet helder, niet goed voelbaar; andere delen benadrukt hij misschien te sterk. Dat is bij dossiers een stuk eenvoudiger.

- ✓ Een dossier kan worden bijgewerkt, zonder gevoelens van dankbaarheid.

Het bijwerken van een patiënt is een klusje dat ook wel 'therapie' wordt genoemd. Toch is een psychotherapeutische verandering niet af te dwingen. Het succes staat of valt met de inspanningen die de patiënt zelf bereid is te leveren, en levert. Een goede psychotherapeut mag daarom altijd dankbaar zijn als een behandeling heeft gewerkt; dankbaar aan de patiënt, voor het vertrouwen dat deze heeft willen geven; dankbaar aan eerdere patiënten, wier lijdenswegen in de therapie er nu aan hebben bijgedragen dat het ditmaal allemaal wat beter en sneller ging. Cecilia Bartoli, de grote mezzosopraan, noemde in een interview

voor de Vlaamse tv haar dankbaarheid jegens de componisten van wie ze de muziek mocht uitvoeren. Ook van Pablo Casals, de cellist, wordt gezegd dat hij na een trionsonate zijn collega's bedankte voor wat er had mogen ontstaan. Kijk, dankbaarheid is geen bewijs van onvermogen. Bij dossiers daarentegen is het bijwerken gewoon een kwestie van vlijt. De nieuwe toestand van het dossier ontstaat doordat iemand, bijvoorbeeld de behandelaar, er iets aan wijzigt. Geen ondankbaar werk, mits het gebeurt ten behoeve van de behandeling zelf, en niet voor de show, om de schijn van een goede administratie hoog te houden. Maar echt dankbaar kunnen we nooit worden van een aangepast dossier.



11 Consumptie of nood?



Het idee van een gezondheidsmarkt is dat de patiënt eigenlijk een gezondheidszorgconsument is en dus een wens of een doel heeft. Maar dat is in de tweedelijns GGZ maar zeer beperkt het geval, en het is ook niet erg logisch. Juist omdat iemand zichzelf de verkeerde doelen en de verkeerde eisen stelt, de verkeerde analyses over zichzelf maakt of de verkeerde gevoelens zit weg te drukken, de verkeerde personen blijft vertrouwen enzovoort, wordt de vraag om hulp veelal getekend door een onderliggend probleem. Er is niet zomaar een behoefte aan een dienst, zoals een taxirit; er is behoefte aan hulp bij iets wat de patiënt zelf niet begrijpt of overziet, iets waarin hij verstrikt zit en waaruit hij zich op eigen kracht niet kan bevrijden.

De patiënt weet vaak niet wat hij nodig heeft; de afhankelijkheid van een therapeut die dat samen met hem wil gaan uitzoeken is veelal een onvermijdelijke fase, die veel verder gaat dan het bekijken van diverse keukendesigns.

Juist deze onthandheid van de patiënt, zijn onvermogen om de situatie waarin hij verkeert te overzien, maakt dat hij patiënt is en niet zomaar iets naar eigen vrije keuze komt kopen of huren. Er is nood, en wel omdat de beschikbare hulpbronnen niet toereikend zijn om zich als een onafhankelijke consument op te stellen. Deze nood bepaalt ook de manier waarop de hulpvraag wordt gesteld: niet als een vrije keuze, maar als een probleem waarin de patiënt is verstrikt. De doelen van een behandeling zijn daarmee eveneens niet zo simpel vast te stellen en niet zo simpel te beoordelen als een rechtgeaarde administrateur wel zou wensen.

11.1 De evalueerbare doelstelling van de behandeling: een goedbedoelde storing

Een vergelijkbaar fenomeen zien we bij het vaststellen en evalueren van de doelstellingen van een behandeling. Het onjuiste uitgangspunt is dat

je het probleem van een patiënt logisch zou kunnen benaderen. Dat is meestal niet zomaar het geval, en zo ontstaan dan slechte adviezen. De beste persiflage van dit soort misplaatste logica vinden we bij Alice in Wonderland, waar de koning een bruikbaar advies beoogt te geven: *Begin at the beginning and go on till you come to the end: then stop.*

Zo ook denkt de administratieve filosoof dat een psychotherapeutische behandeling begint met een afspraak tussen twee partijen, over wat er moet worden gedaan aan een probleem, een doelstelling dus. Logisch toch? Een dergelijke afspraak moet dan worden vastgelegd in een zorgovereenkomst. Tussentijds en naderhand moet de behandeling dan worden getoetst aan de doelstellingen (en beleidsplannen) die in die zorgovereenkomst staan. Evalueren heet dat.

Zo is het in de wet (WGBO) bedoeld, en die wetgeving beschermt patiënten tegen dubieuze en willekeurige opsluiting in een gesticht¹⁷¹. Deze wet beschermt patiënten ook tegen eindeloze ambulante behandelingen bij types die, zogenaamd om ‘therapeutische redenen’, niet willen prijsgeven waar de behandeling goed voor zou moeten zijn, en die, uit ‘betrokkenheid’, de behandeling ook beslist niet voortijdig zouden willen afronden. Deze wet is niet verkeerd en helaas allerminst overbodig, maar de dagelijkse praktijk is dat een zorgovereenkomst de behandeling alleen maar ophoudt, als zo’n zorgovereenkomst er al moet zijn voordat de therapie mag beginnen. Want om goed te kunnen werken, moeten we eerst kunnen beginnen met behandelen, dan pas kijken wat er aan de hand is, dan pas afspraken maken, en dan pas ontdekken wat de eigenlijke hulpvraag is. We moeten ons dus juist laten leiden door het proces en niet het proces afstemmen op de overeengekomen doelstellingen, noch op de stappenplannen die zeggen wanneer het behandeldoel helder moet zijn. Die doelstellingen kunnen niet separaat van het proces bestaan (vergelijk Varela, 1984). Ook patiënten vinden het vaak niet prettig als ze te snel een behandelovereenkomst voorgezet krijgen; die willen eerst eens een beetje kunnen wennen aan de behandelaar, voordat ze goed kunnen beoordelen of de overeengekomen doelstellingen en plannen wel hout snijden. Dat is niet vreemd; ook patiënten willen kunnen inschatten of een behandelaar geloofwaardig is, ongeacht of de zorgovereenkomst wel rationeel kloppend geformuleerd is. Ook is het van belang dat het sluiten van de

¹⁷¹ Desondanks zijn er in onze tijd nog altijd uitzonderingen te vinden, mensen die kennelijk tegen hun wil en zonder geldige opdracht worden opgesloten in de psychiatrie (Goudsmit, 2009b).

zorgovereenkomst niet de suggestie wekt dat de patiënt kan gaan zitten wachten tot de overeengekomen doelen geleverd zullen worden.

Een vergelijkbaar probleem betreft het evalueren van de bereikte resultaten. Hoe simpel klinkt het niet: ‘Wat is het effect van de behandeling?’ Maar zo’n evaluatie is niet een eenvoudige meting, als dat effect in wezen inhoudt dat de patiënt zich sterker voelt en beter in staat om eigen boontjes te doppen; hoe kan de patiënt dan *voelen* dat hij het ‘aan de therapie te danken heeft’, als hij toch zelf zo hard gewerkt heeft, zoveel wanhoop heeft ervaren, zoveel moed heeft moeten opbrengen om alle tijgers recht in de ogen te kijken, angst en verdriet te trotseren, en zo meer? Hij kan soms wel beseffen dat hij iets aan de therapie te danken heeft, maar dat niet altijd ook echt voelen; vaak zal hij het gevoel hebben dat het juist vanwege zijn eigen inspanning is geweest, en soms ook omdat de therapeut ‘nou eenmaal niet zoveel zei’, of zelfs omdat de therapeut het ‘nou eenmaal niet goed begreep’, of, nog erger, omdat de therapeut wel iets zei en iets begreep, maar toch vaak de patiënt zelf liet bepalen hoe hij uit zijn dal moest klimmen. Hoe kan de patiënt dan nog te goeder trouw de effecten van de behandeling aan de therapie toeschrijven?

Het is nog erger. Volgens Coughlin della Selva¹⁷² is juist een van de belangrijke non-specifieke factoren van psychotherapie dat de therapeut de patiënt ervan kan overtuigen dat het effect dankzij de *eigen* inspanningen van de patiënt is bereikt. Hoe moet dit dan worden verenigd met het idee van effectmeting via vragenlijsten (‘Heeft u baat gehad bij de therapie?’)? Juist het zich toe-eigenen van het behaalde effect door de patiënt is van belang. Dit toe-eigenen moet bovendien gebaseerd zijn op goede gronden, dus het moet de patiënt niet worden aangepraat als een politiek correct vernisje.

Daarnaast is het mogelijk dat de evaluatievragen te zeer betrekking hebben op de bejegening, in plaats van op de behandeling zelf. Zo kan een patiënt zelfs boos zijn en blijven op de therapeut en toch een goed-

¹⁷² ‘Research confirms the notion that enhancing the patient’s sense of mastery is crucial to positive outcome’ (1996, p. 175).

therapie hebben ontvangen¹⁷³. ‘Kwaliteit van bejegening’ neemt in evaluaties de plaats over van ‘kwaliteit van behandeling’, als het erom gaat de kwaliteit van de behandeling te meten. Lang leve de Wet van de Hamer!

Bij het afspreken van de behandel doelstellingen is dus de administratieve structuur glashelder, terwijl we in de praktijk liever niet de volgorde van stappen geforceerd willen zetten. Ook bij het evalueren van behaalde resultaten is de operationele realiteit van de praktijk complexer en weerbarstiger dan de administratieve regelgeving kan verzinnen. Het resultaat is dat de behandelaar gedwongen wordt om, meer of minder, met de administratieve regels te smokkelen, als hij wil dat het effect van zijn werk niet te zeer lijdt onder de regelgeving. Naarmate de kwaliteitscontroles strenger zijn, zal er minder gesmokkeld kunnen worden en zal de administratieve helderheid het winnen van de therapeutische handigheid.

Een psychotherapie is geen planbaar traject, het is een crisis. De crisis maakt creatief, opent nieuwe deuren, nieuwe perspectieven, nieuwe paden. Een psychotherapie zonder crisis is eigenlijk mislukt, maar kan als

¹⁷³ Zo liet een patiënt mij weten, zich onbeschoft behandeld te hebben gevoeld, omdat ik een e-mail was begonnen met ‘geachte heer’, en daarbij niet zijn naam had geschreven. Op de eerstvolgende zitting zei hij: ‘Ik ben toch geen hond, ik heb een náám!’ In een normaal gesprek kan het zin hebben om dan te antwoorden dat een hond ook een naam heeft, of dat het allemaal zo niet was bedoeld. Maar op spitsvondigheden van de therapeut zat deze patiënt helemaal niet te wachten. In een therapie gaat het erom, samen te onderzoeken wat er zo beledigend of kwetsend was, ongeacht of het gevoel nou wel of niet ‘redelijk’ mag heten. De overdrachtsrelatie was hier belast met sterke negatieve gevoelens die samenhangen met het ontvangen van zorg. Als het ontvangen van zorg een pijnlijke, soms zelfs onverdraaglijke, aangelegenheid is, dan is zoiets een kwestie van hard werken, voor beide partijen. Een evaluerende vragenlijst, bijvoorbeeld een wekelijkse Routine Outcome Measurement, zou hierbij niet passen. Twee soorten storing zijn dan denkbaar: a) de vragenlijst belemmert het doorwerken van de overdrachtgevoelens; de patiënt zou zich bij elke evaluatievraag realiseren dat de therapeut het natuurlijk zo niet had bedoeld en dat een hond ook een naam heeft, of b) het therapeutische proces beïnvloedt de score die de patiënt invult over zijn beoordeling van de bejegening en van de tussentijds behaalde behandelresultaten.

Een vertekening van dit tweede type lijkt ook te worden gesignaleerd in een technische evaluatie door het Trimbos-Instituut van de alom geprezen CQI: “... dat er sprake is van ‘cliëntbias’, tevredener klanten die positiever tegen hun behandeling aankijken. Dit laatste lijkt het geval te zijn. Dat zou echter betekenen dat de CQI toch een vorm van waardering of tevredenheid meet en niet zuiver de objectieve ervaringen van cliënten.” (Van Wijngaarden, Meije & Kok, 2008, p. 44). Inderdaad, patiënten die positief terugkijken op hun behandeling, herinneren zich bij het invullen van het evaluatieformulier beter dat ze een behandelovereenkomst hadden afgesloten, dan minder tevreden patiënten; zozeer zelfs dat de tevreden afsluiters soms abusievelijk noteren dat ze wel een behandelovereenkomst hadden afgesloten en, omgekeerd, dat minder tevreden patiënten zich soms helemaal niet meer kunnen herinneren dat ze wel degelijk zo’n overeenkomst in tweevoud hadden ondertekend en halfjaarlijks hadden geëvalueerd.

coaching wel degelijk nog zeer geslaagd zijn. Willen we een stappenplan en een behandeltraject, zodat de gezondheidsmanagers er blij van worden? Laten we zoiets dan coaching noemen. We kunnen er bovendien btw voor laten betalen. Veel mensen zijn er goed mee geholpen, zoals met een ritje in een taxi. Maar voor sommige problemen is een taxi niet goed genoeg. Als we zorg willen leveren die recht doet aan de psychische problemen waarmee de mensen komen, dan kan het zomaar gebeuren dat een beleidsmatig denkende manager zulke zorg niet helemaal kan herleiden tot een stappenplan. Dit mag geen vrijbrief voor ons zijn om zomaar iets te doen; we zullen wel degelijk ons werk moeten verantwoorden. Maar we mogen ook eisen stellen aan hen die onze verantwoording willen of moeten aanhoren. Durven we dat nog?

11.2 Psychische nood en consumentisme

Kan het zijn dat gezondheid een economisch goed is? Hier, in deze vraag, zien we een kolonisatie vanuit een ander vak, we zien een ander deel van onze cultuur binnensijpelen en binnenstormen in de gezondheidssector. Het idee van een gezondheidsmarkt is dat een persoon met bijvoorbeeld een gebroken linkerbeen de *wens* heeft om dit been te laten herstellen, alsof hij een nieuwe linkerachterband voor zijn auto belijft.

Zo'n persoon gaat dan naar een soort gespecialiseerde garage, overlegt met de behandelend arts over de parameters van het zorgtraject, enzovoort. Kortom, zo iemand is een consument. Iemand die ergens geld aan wenst te besteden is een consument. Nou, de brekebeen wenst heus wel iets te betalen voor zijn herstel; dus is hij een consument. Simpel?

Heeft de brekebeen een keuze? Is zijn wens tot herstel een vrijwillige, arbitraire wens? Kan hij ook zonder linkerachterpoot verder leven? Is zijn wens om de integriteit van zijn lichaam te herstellen een uiting van westers consumentisme? Hebben de mensen in ontwikkelingslanden niet juist geleerd dat je met beperkingen ook gelukkig kunt zijn? Kortom, is er wel een recht op gezondheid of is dat alweer zo'n modieuze westerse uitvinding¹⁷⁴?

Dit is niet helemaal onschuldig. Als er namelijk zo'n recht wordt erkend, dan is de wens tot herstel van het gebroken been geen vrijblijvende wens van een verwende westerling, geen passie voor nieuwe wasdrogers.

¹⁷⁴ Tegenwoordig heet zoiets misschien wel een 'linkse hobby'.

Nee, zo'n wens is dan een concreet geval van een intrinsieke waarde die in onze cultuur wordt erkend, namelijk van de gezondheid. Een wens tot herstel ligt bovendien in het verlengde van een biologisch principe, waarbij het organisme zichzelf tracht te onderhouden en zo nodig te herstellen.

Maar laten we oppassen. Want dan is de brekebeen geen consument, maar een eiser, iemand die iets vraagt waar hij recht op heeft. En dat is natuurlijk veel te duur. Al die mensen in de derde wereld zouden ineens recht hebben op voedsel, of zelfs medicijnen. Dus bedenken we een praktische formule: gezondheid is weliswaar een mensenrecht, maar ja, je moet er ook wel voor verzekerd zijn. Want we zijn de Elburgse niet.

Hoe zit het dan met psychische klachten? Als iemand altijd angstig is of depressief, is hij dan een consument en *dus* verantwoordelijk te houden voor zijn handelwijzen? Dat zou handig zijn. Dan kan zo'n consument immers op de markt een oplossing voor zijn problemen kopen en kiezen of hij het liever zus of zo heeft, of toch liever een nieuwe wasdroger.

Psychische gezondheid is niet expliciet erkend als een mensenrecht, dus hier heeft het marktdenken een kans. U heeft geen recht op herstel als u er niet voor betaalt. Uw wens tot herstel is een vrije keuze; u kunt het ook zo laten, gewoon angstig of depressief blijven, of beide, als u dat wenst. U kunt er heel oud mee worden.

Klopt het zo? Ik ben er niet helemaal van overtuigd. De suggestie wordt gedaan dat niet alleen het herstel van psychische klachten een vrije keuze van een consument is, maar dat ook het ontstaan ervan een keuzemoment bevatte en derhalve tot de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt gerekend moet worden. Verzekeraars zijn dol op dit soort redeneringen; het scheelt immers erg veel of iemand zich voor onheil en overmacht verzekert, dan wel gewoon voor zijn eigen grillen. Straks wil de verzekerde 'heel graag' een nieuwe auto, en claimt bij de verzekeraar hiervan de kosten; hij is immers verzekerd voor kosten die voortkomen uit 'diepe geestelijke nood', welke in dit geval eruit bestaat dat hij elke ochtend door de buurman spottend wordt aangekeken als hij weer in zijn oude kar stapt.

Klopt het zo? Zijn er psychische aandoeningen die juist niet een kwestie zijn van eigen verantwoordelijkheid? Is het denkbaar dat iemand in geestelijke nood verkeert om iets wat niet triviaal is? Ja, dat is denkbaar. Ja, dat soort nood bestaat en daar kunnen we tegenwoordig vaak iets aan doen.

11.2.1 Elitair positivisme: *xinix ergo tisnix*

Eerst een algemeen voorbehoud. Een patiënt die zelf glashelder en consistent in woorden komt vertellen in nood te zijn, dan wel te lijden onder iets, zonder dat de buitenstaander er ook maar een spat van kan herkennen of het ook maar ergens aan kan merken, heeft op zijn minst recht op zorgvuldig onderzoek! Het feit dat de nood of het leed niet te zien is, zegt niets. Het is een beruchte fout van veel medisch specialisten: ‘Als ik niets kan vinden, dan is er ook niets.’ Deze denkwijze kunnen we ‘vulgair positivisme’ noemen, ook al beschouwen de beoefenaren ervan zichzelf doorgaans allerminst als vulgair. Enig zoekwerk, graafwerk, spitwerk, geduldwerk, zenuwenwerk, kan nodig zijn voordat een hulpvraag kan worden herkend als een serieus probleem. Zo niet, dan dient de behandelaar te overwegen zich te excuseren voor zijn onvermogen om het probleem goed in beeld te krijgen; dus niet: de patiënt met zijn beweerde probleem wegwuiven; en dus ook niet: de behandeling toch maar beginnen omdat het zo leuk verdient.

11.2.2 Contaminatie van de hulpvraag door het probleem zelf

Bij iemand die uit nood om hulp komt vragen, zijn de hulpvraag en/of de manier van hulpvragen vaak gecontamineerd geraakt door het probleem waarvoor de hulp wordt gevraagd. Zoals iemand die zijn been heeft gebroken niet goed meer zelf naar het ziekenhuis kan sprinten, zo heeft de patiënt die zich aanmeldt vanwege psychische problemen een verhaal dat op zijn minst gekleurd is door het probleem. Dit betekent dat psychische problematiek zich niet altijd in een eenduidige hulpvraag presenteert en dat de afwezigheid van zulke eenduidigheid een aanwijzing kan zijn voor de nood waarmee (en waarvoor) men komt.

Dat is slecht nieuws voor alle kwaliteitsmanagers, alle certificeringsauditors, alle evaluatievragenlijstonderzoekers! Want het betekent dat er weliswaar aan het begin van een hulptraject een zogenaamde ‘hulpvraag’ gesteld kan worden door de patiënt, maar dat deze niet de echte problematiek behoeft te bevatten. Het is ook goed mogelijk dat de eerste hulpvraag meteen juist wél de diepste kern treft, maar het hoeft niet en het is ook niet nodig voor een goede hulpverlening. Wat wel nodig is, is dat therapeut en patiënt samen gaan zoeken naar wat er aan de hand is, dus wat dan wel de eigenlijke hulpvraag is, datgene wat niet goed lukt, wat pijn doet, waar die pijn op lijkt, waar hij in het lichaam gevoeld wordt, welke beelden daarbij opkomen, welke afweermechanismen daarbij een rol spelen, enzovoort.

Een echte hulpvraag, dus een hulpvraag uit nood, is veelal vertekend door de nood. ‘Mijn vrouw is weggelopen’, zegt de zich aanmeldende patiënt, ‘en nu weet ik het niet meer.’ Moet de therapeut nu zeggen: wat precies weet u nu niet meer? Wat verlangt u van deze hulpverlening? Wilt u misschien meer persoonlijk evenwicht gaan ervaren? Is het probleem misschien een tijdelijke verstoring van uw evenwicht? Dan hebben we misschien te maken met een aanpassingsstoornis met depressieve stemming. Ik geef u cognitieve gedragstherapie en ik zal de bijbehorende DBC voorbereiden. Ja, zeg de patiënt, doe dat maar, dat lijkt me wel iets.

Nee, iemand die met zo’n half verhaal binnenkomt, geeft aan dat hij het niet meer goed weet, en de hulpvraag zelf is ook niet erg helder. Zo klopt het, althans qua aanmelding. Of hij zegt: ‘Ik wil mijn persoonlijk evenwicht weer als een uitdaging leren ervaren’ (want hij heeft te veel pulpboeken uit onze sector gelezen), maar het blijkt dat hij niet goed weet wat hij met die formulering bedoelt.

11.2.3 Wat is de bedoeling van een behandeldoel?

Iemand zegt: ‘Mijn vrouw is weggelopen en de huisarts zei dat u mij kon helpen omdat ik vanaf vier uur elke nacht wakker lig.’ Moet de psychotherapeut met deze patiënt in een behandelovereenkomst afspreken dat gewerkt gaat worden aan de slaapproblematiek? Of aan een depressieve stoornis, eenmalige episode? Of moet er een overleg met de weggelopen partner worden gearrangeerd? Of moet er gekeken worden vanwege welke dingetjes deze weggelopen partner het niet meer uithield? Op zijn minst moet de hulpvraag hier worden onderzocht en geherformuleerd, en zelfs dán is het niet duidelijk of een behandeling uiteindelijk zal opleveren dat de vrouw terugkomt, dat de nachtrust beter wordt of dat het inzicht stijgt. Hoe moet hier van tevoren een behandeldoel worden vastgesteld? Dit is een probleem, want de behandeling moet eerst eens goed op weg zijn, voordat er helderheid kan komen.

Door een hulpvraag aan het begin van de therapie vast te stellen en een behandeldoel overeen te komen, leggen behandelaar en patiënt samen iets vast wat gemakkelijk prematuur kan zijn en juist daardoor schadelijk. Gelukkig hebben de meeste patiënten begrip voor de situatie waarin de therapeut zich bevindt en mopperen ze niet over alle papieren rompslomp. Maar daarmee is de schade aan de therapie nog niet weggenomen.

We kunnen wel onszelf wijsmaken dat we een behandeldoel vastleggen, bijvoorbeeld in een dossier opschrijven wat de bedoeling is van een therapie, maar correspondeert dat dan ook echt met de nood van de pa-

tiënt? Nee, het behandeldoel laat zich niet even vaststellen en naderhand evalueren, zoals dat met consumptieartikelen of met concrete diensten wel kan ('Bevalt de nieuwe wasdroger? Kende de taxichauffeur de route?'). Kunnen we de therapeut dwingen om dat dan toch maar te doen, omdat er bijvoorbeeld een kwaliteitscontrole wordt uitgevoerd en omdat zo'n behandeldoel als een kwaliteitscriterium wordt gebruikt? Jazeker, we kunnen de therapeut dwingen om een behandeldoel te formuleren. Het ziet er dan op papier goed uit, maar het is dan ook gemaakt om er goed uit te zien, zodat de kwaliteitsaudit goed kan worden overleefd. Dat is toch niet echt de bedoeling van kwaliteitscontroles, toch?

Een voorbeeld van een hulpvraag die nog niet helemaal klaar is, kan er zo uitzien:

- ✓ Verantwoordelijkheid en enthousiasme in balans leren brengen met zorg voor het eigen welbevinden. Deze crisissituatie benutten om eruit te halen wat er in zit en te komen tot wezenlijke verschuivingen.

De patiënt heeft duidelijk nagedacht, maar zijn denken is beïnvloed door het probleem waaronder hij lijdt. Deze patiënt heeft geleerd om zoveel eisen aan zichzelf te stellen, zoveel verantwoordelijkheid te nemen, zo bewust bezig te zijn, dat hij alleen al dáárvan veel last heeft. Verantwoordelijkheid en enthousiasme staan kennelijk tegenover zorg voor zichzelf. Waartoe deze hulpvraag moet leiden, zal ook hier voorwerp van exploratie moeten zijn.

Malan en Coughlin¹⁷⁵ geven hiervan een mooi voorbeeld:

Pt: I don't like it. I mean, you don't tell me about your life and I don't really want to know. It doesn't matter, but it's the same discomfort I have being called a patient – any position of powerlessness makes me uncomfortable. Then I ask myself why.

Th: Well, let's not go to why yet, because you have a tendency to go to your thoughts. I asked you how you experienced your irritation, and you tell me about your thoughts, not the feeling.

Pt: Why is that not the feeling?

Soms moet de hulpvraag zelfs expliciet worden bestreden! Meegaan met de hulpvraag en doen alsof het een legitieme hulpvraag is, leidt dan juist tot extra en onnodige schade bij de patiënt.

¹⁷⁵ 2006, p. 165.

Iemand formuleert zijn hulpvraag aldus:

- ✓ *Meer vertrouwen kunnen krijgen in medemens?*
- ✓ *Assertiviteit: nee leren zeggen en hier dan ook succes mee hebben. Maar nog belangrijker: zeggen wat ik wil en dat dit dan ook lukt.*
- ✓ *Zelfvertrouwen hebben en dit ook naar buiten kunnen brengen?*
- ✓ *Minder piekeren en gewoon genieten ook als je even niets te doen hebt.*
- ✓ *Interpreteer ik dingen op sociaal vlak verkeerd?*

Deze patiënt is er duidelijk van overtuigd dat hij van alles fout doet, maar het idee dat hij juist van zijn zelfbeschuldigingen en zelfveroordelingen somber en onzeker zou kunnen worden, staat bij hem weer net niet op de voorgrond.

Zou de therapeut de geformuleerde hulpvraag accepteren, en voorstellen om samen op zoek te gaan naar dat wat hij kennelijk fout doet, dan zou daarmee tevens de bevestiging zijn gegeven dat de patiënt wel degelijk de fout bij zichzelf moet blijven zoeken. De therapie begint dan al met een achterstand.

Wanneer het probleem niet triviaal is, dan is een vraag om hulp niet automatisch een consumptievraag van het type *'doet u mij nog een zenuwpil, dokter'*. De patiënt is dan mogelijk in nood, en dan is hij dus niet zomaar een consument. De markt is dan geen vanzelfsprekende plaats voor hulp.

Voor werkgevers van patiënten is dit niet prettig. Ware de hulpvraag niet uit nood maar op basis van een vrijwillige keuze, dan kon de baas weigeren om dure werktijd beschikbaar te stellen voor bezoek aan de therapeut. Sommige bazen proberen het en roepen: *'Dat doet u dan maar in uw eigen tijd, als u dat zo graag wilt.'* Maar zo graag wil de patiënt niet naar de therapeut; hij wil graag van zijn ellende af. Soms ziet een baas een zakelijk voordeel bij spoedig herstel en wil dan nog wel eens zeer coulant zijn. Soms zelfs stuurt de baas een werknemer naar een cursus, bijvoorbeeld als hij niet voldoende efficiënt met zijn tijd omgaat, te veel klussen uitstelt naar de volgende dag en er daardoor alleen al angstiger wordt.

- ✓ Een hoogopgeleide manager meldt zich aan voor psychotherapie omdat hij last heeft van *'minder efficiënt functioneren'*. Hij stelt te veel klussen uit tot de volgende dag en merkt dat hij daardoor angstiger wordt. Kan daar iets aan gedaan worden, vraagt hij. Jazeker, zegt de psychotherapeut in het eerste telefoongesprek. U zou een coach kunnen nemen. Ik heb al een coach, zegt de man, maar ik

ben niet erg tevreden over hem. Dan moet u een andere coach nemen, zegt de psychotherapeut. Als u bij mij zou willen komen, dan heeft u eerst een verwijzing van uw huisarts nodig. U zou dan met de huisarts moeten bekijken of psychotherapie wel geïndiceerd is. Tja, zegt de man, ik heb mijn huisarts niet zo hoog, ik kan er wel eens langsgaan maar ik weet niet wat dat oplevert. Tja, zegt de psychotherapeut, dan moet u misschien ook een huisarts zoeken voor wie u wat meer respect kunt voelen.

Deze tamelijk letterlijk weergegeven dialoog is een voorbeeld van een hulpvraag die op consumentisme lijkt te zijn gebaseerd. Waarom? Niet omdat de patiënt geen respect voor zijn huisarts heeft, en evenmin omdat hij ontevreden over zijn coach is, maar wel omdat hij zichzelf als een product presenteert waaraan gesleuteld moet worden. Een hardloper die een knieblesure heeft zou zo'n vraag aan zijn huisarts kunnen voorleggen: 'Repareer mijn knie, zodat ik weer goed kan rennen.' Ook dat is geen hulpvraag uit nood, maar primair vanuit vrije keuze, een wens om zus of zo te zijn of te worden. Moeten we zo'n consumerende houding dan maar opvatten als een uiting van een of ander dieperliggend probleem? Het zou kunnen, maar dan had ik graag dat er eerst een verwijzer geweest is, bijvoorbeeld de huisarts, die hem had willen doorverwijzen. De genoemde manager vraagt resultaten, en hij heeft geen boodschap aan de mensen die hij wel tot zijn beschikking heeft. 'Repareert u nou maar even snel mijn efficiencybeperking', zou hij zeggen, 'de rest komt nog wel eens een andere keer.'

Maar als er wel nood is, dan begint een goede hulpverlening juist bij het analyseren van de vraag van de patiënt, bijvoorbeeld: 'Waardoor word ik zo depressief, wat doe ik fout?' Als de therapeut nu met goede raad en tips komt, dan bevestigt hij daarmee impliciet de zelfbeschuldiging die de patiënt uitsprak. Bijvoorbeeld: 'U denkt te veel aan wat u fout doet; u zou eens wat meer moeten kijken naar wat wel goed lukt.' De depressief makende zelfbeschuldigingen zijn niet zomaar te stoppen. De patiënt zal moeten ontdekken dat hij deze zelfbeschuldigingen eigenlijk niet prettig vindt, in plaats van dat hij zich voortdurend identificeert met de beschuldigende partij. De hulpvraag die werd gesteld, was gecontamineerd door deze identificatie.

Ditzelfde vinden we ook in hulpvragen van het type 'help me meer controle te krijgen over mijn gevoelens', en 'help me minder gevoelig te worden', 'help me te leren leven met mijn hoge eisen aan mezelf'. Dit zijn

allemaal vragen waar iets mee aan de hand is, en die niet klakkeloos kunnen worden geaccepteerd. Het uitzoeken hiervan is een onlosmakelijk deel van de behandeling zelf; het is niet een voorafje, af te handelen door een stagiaire die wat gesprekstraining moet oefenen.

Een jurist zegt: 'Help me, want mijn vrouw is niet meer ervan te overtuigen dat ze bij me terug moet komen. Ze wijst al mijn argumenten af.' De intaker vraagt: 'Moet u wel argumenteren met uw vrouw? Heeft u een waterdicht argument waarom u tegen uw vrouw waterdichte argumenten zou moeten gebruiken?' De man is perplex. Nee, hij heeft daarvoor geen waterdichte argumenten. 'Maar wat moet ik anders?' vraagt hij.

Nood is daar waar de hulpvrager de oprechte inzet van iemand anders nodig heeft en niet een routineuze bejegening, uitgevoerd volgens het meest evidence based protocol. Als dat laatste voldoende is, dan hebben we niet te maken met nood, maar eerder met een technisch probleem¹⁷⁶, waarmee veel geld verdiend kan en mag worden. 'Heeft u nog een tip?' vraagt de patiënt dan, en die tip verkopen we hem dan. Maar laten we de term 'psychotherapie' blijven beschermen, want dat is toch echt nog iets anders dan het leveren van tips.

Het vaststellen van een behandeldoel is daarmee geen onschuldige taak. Het begint met een reflectie op de formulering van de hulpvraag, en het gebruikt deze reflectie om de dynamiek van het probleem te exploreren. Het eindigt meestal met het verhelderen van een conflict dat de patiënt met zichzelf heeft. Het doel van een behandeling wordt dan het uitwerken en doorwerken van dat conflict. Maar hoe zoiets er dan uitziet, tja, dat weten we niet van tevoren.

¹⁷⁶ Van Kooten en De Bie hebben dit thema lang geleden al eens belachelijk gemaakt: dankzij de nieuwe technologie zijn hartklachten geen probleem meer waarmee iemand in nood komt. Zo kon het gebeuren dat een patiënt bij een hartspecialist kwam voor controle na zijn dotteroperatie. Waar is de operatie uitgevoerd?, vraagt de specialist. Door de buurman, met de cd-rom, antwoordt de patiënt. De specialist explodeert van boosheid, heeft hij daarvoor zo lang gestudeerd? En inderdaad, als het met een cd-rom ook lukt, en als de buurman die voor ons bij het Kruidvat kan kopen, dan is de patiënt niet meer in nood. Hij doet dan gewoon een volgende keer voor zijn buurman ook eens de boodschappen.

12 Wat is psychotherapie eigenlijk?



Hoewel we het in dit boek over psychotherapie dachten te hebben, is het tot nu toe goed gelukt om voorbij te gaan aan wat dat eigenlijk is. Zo simpel is het om helemaal op te gaan in administratieve onderwerpen. Toch is dat jammer. Laten we een poging wagen om iets te zeggen over datgene wat zich toch zo moeizaam laat vangen in de administratieve sleepnetten die de overheid voor onze sector zo keurig had uitgehangen. Laten we daarbij het accent eens leggen op een paar zaken die zich wat minder goed verdragen met de administratieve cultuur die over ons is afgeroepen. De lezer zij bovendien gewaarschuwd dat de visie op psychotherapie, die in dit hoofdstuk wordt gepresenteerd, niet erg gangbaar is en dat er, met uitzondering van een proefschriftcommissie¹⁷⁷, tot nu toe weinig mensen erg blij van zijn geworden.

Dit hoofdstuk is niet geschikt voor hen die zijn afgestudeerd, of binnenkort hopen af te studeren als accountant met de hoofdrichting psychotherapie. Het bevat elementen die aanstootgevend en onnodig kwetsend kunnen zijn voor de goede smaak, bij eenieder die waarde hecht aan ordentelijk gesorteerde feiten en gebeurtenissen. De prudente en in zedelijk opzicht evenwichtige lezer met een kalme geest, die zich desondanks mentaal wil voorbereiden op hetgeen in dit hoofdstuk wordt aangekaart, zou te rade kunnen gaan bij Smullyan (1987) of bij Louie (2009) voor een speelse introductie van zelfverwijzing, respectievelijk voor een geavanceerde uitwerking ervan in biologische systemen, waarbij niet de tijd-

¹⁷⁷ Goudsmit, 1998. Mijn argumenten gingen toen vooral over de opdringerigheid van de gedragstechnologie, maar ze zijn thans des te meer bruikbaar, nu het gaat om een stelling tegen de administratieve systemen.

relaties maar de logische relaties centraal staan¹⁷⁸. Want zelfverwijzing, beweer ik, is het logische draaipunt van de psychotherapie. Het is het stuk van de werkelijkheid waar onderzoekers gemakkelijk aan voorbijgaan, omdat het, als een zwart gat¹⁷⁹, de ordentelijkheid uit de onderzoeksmethode wegzuigt. Degelijke onderzoekers komen gemakkelijk om de zelfverwijzing heen, maar de prijs van hun rechtlijnigheid¹⁸⁰ is hoog, want wat men verkrijgt is uiteindelijk gedragstechnologie, gebaseerd op correlaties tussen variabelen. Omgekeerd kennen praktiserende therapeuten heel goed de fenomenen die met zelfverwijzing samenhangen, echter veelal zonder daarbij de formele concepten te gebruiken. Kortom, er is weinig theorievorming over de principes van psychotherapie. Er zijn vooral diepzinnige mensvisies, er zijn praktische behandeltechnieken en er zijn correlaties. Wat in de literatuur ontbreekt, is een onderliggend principe dat herkenbaar blijft in de beroepsuitoefening. Er is onvoldoende theorie over wat de praktijk is en hoe wetenschap hier functioneert.

De praktijk is geen toepassing van elders ontdekte wetenschappelijke wetmatigheden, maar heeft zijn eigen regels, waarmee wetenschap kan worden beoefenend én gedefinieerd. Dit inzicht dank ik aan Piet van Strien (bijvoorbeeld 1986) en het was mijn houvast bij het beschrijven van psychotherapie als een *radicale*¹⁸¹ empirie.

¹⁷⁸ Ik sluit hierbij aan bij de zogenaamde ‘relational biology’ (Rosen, 1991, 2000; Louie, 2009; Fernández, 2010), waarin niet de materiële structuur van een organisme centraal wordt gesteld, maar de logische relaties die *tussen* de diverse materiële processen in het organisme plaatsvinden. Dit soort denken is in de jaren veertig geïnitieerd door Rashevsky en lijkt recent nieuwe aandacht te krijgen met het onderzoek naar buitenaards leven, nu er meer zogenaamde exoplaneten worden ontdekt. Ook als er geen water, zuurstof et cetera beschikbaar zou zijn, is het denkbaar dat een organisme kan bestaan met andere materialen en dus ook met andere chemische interacties, maar toch met eenzelfde soort coherentie. De hamvraag is dan: hoe moet zo’n coherentie worden begrepen? Rosen zocht antwoorden hierop in netwerken van relaties tussen processen, waarin gesloten circuits ontstaan tussen processen die elkaar specificeren. Concepten als ‘organisatie’ en ‘sluiting’ (closure) zijn later ook door Maturana en Varela (1980) gebruikt in hun beschrijving van de autopoïese.

Naar mijn idee zijn dit soort concepten en het soort wiskunde waarmee ze kunnen worden beschreven, veel zinvoller als basis voor een ‘biologische’ theorievorming in de psychologie, dan de neuro- en de farmacotechnologieën die ons vakgebied thans overspoelen.

¹⁷⁹ Goudsmit, 1990.

¹⁸⁰ Interessant is ook dat wij ons in dit land graag verontwaardigd tonen over hooggeleerde onderzoekers die hun gegevens uit hun duim blijken te hebben gezogen, maar dat wij daarentegen geen morele afkeuring voelen bij de opzettelijkheid waarmee onderzoekers rechtlijnig wensen te blijven in een bochtig onderzoeksterrein. Zelfs de ontwerpers van hogesnelheidstrajecten voor treinen houden nog rekening met de eigenschappen van het landschap. Zie ook voetnoot 149.

¹⁸¹ James, 1904, § 1

12.1 Nét geen psychotherapie

Het is nuttig om eerst een tweetal aspecten van het werk aan de duiden waar ik het niet over wil hebben: informatieoverdracht en leerprocessen. Deze beide worden vaak aangezien voor psychotherapie, terwijl ze het nét niet zijn.

12.1.1 Informatieoverdracht

In de eerste plaats krijgen patiënten uitleg over de aard van de aandoe-ning. Dat wil vaak al erg veel rust en duidelijkheid opleveren, soms opluchting omdat ‘het’ nu een naam heeft, soms erkenning dat ‘het’ wel degelijk iets voorstelt. Vaak is er ook al een echt curatief effect, wanneer een vicieuze cirkel in het functioneren van de patiënt kan worden aange- wezen en uitgelegd door de therapeut. Zodra de patiënt begrijpt dat hij actief bijdraagt aan deze vicieuze cirkel, wordt het eenvoudiger en aan- trekkelijker voor hem om deze te doorbreken. Wanneer bijvoorbeeld de eigen copingstrategieën en oplostactieken van de patiënt leidden tot ver- slechtering van het probleem, wordt het voor de patiënt interessant om niet meer te trachten het probleem te blijven ‘oplossen’, zodra zichtbaar wordt dat zoiets toch averechts werkt.

De stressklachten die veroorzaakt worden doordat de patiënt zich zorgen maakt over de stressklachten, het slechte slapen dat veroorzaakt wordt door het piekeren over de eigen slapeloosheid, zijn meestal gebaat bij informatieve sessies waarin de vicieuze cirkels worden toegelicht.

12.1.2 Leerprocessen

In de tweede plaats kunnen patiënten dingen aanleren of afleren. Dat is nog iets anders dan alleen maar begrijpen hoe het moet, hoe het zit, hoe het komt, enzovoort. Hier spelen angsten, gewoonten en (sociale) vaar- digheden een grote rol.

In het aanleren en afleren van probleemgedrag, vooral angsten, heeft de (cognitieve) gedragstherapie zijn grootste triomfen mogen beleven, en terecht. Want als een probleem met training en oefening, gewenning en volharding kan worden overwonnen, dan moeten we vooral niet laten om het zo te helpen oplossen.

Ook in de psychodynamische en experiëntiële psychotherapieën wordt het leervermogen van de patiënt aangesproken en ingezet om met name angsten weg te trainen. Het gaat dan vooral om specifieke angsten voor specifieke emoties, bijvoorbeeld angst voor boosheid op de eigen ouders,

die het immers altijd zo goed hebben bedoeld, zelf zo'n moeilijke jeugd hadden, enzovoort. Deze emoties worden nog wel eens massief afgeweerd, waardoor elke vorm van verwijt of bitterheid geen enkele kans meer krijgt om gevoeld te worden, en waardoor de patiënt liever in zijn eigen woede stikt, dan dat hij een onvertogen gedachte denkt, laat staan een onvertogen gevoel voelt.

Het trainen van vaardigheden en het gewennen aan beangstigende stimuli is een buitengewoon belangrijk deel van elke behandeling. Maar het is niet de kern van de psychotherapie. De enige echt grote fout die (cognitieve) gedragstherapeuten hebben gemaakt, is dat ze regelmatig meenden dat alle problematiek tot leerprocessen te herleiden was, en dus ook in een leerproces kon worden genezen, dat wil zeggen met (cognitieve) gedragstherapie.

12.2 Een moeilijk meetbaar deel van de wereld

Maar er is nog iets, een stuk moeilijker te beschrijven dan informatie-overdracht en leerprocessen. Het wordt in de vakliteratuur doorgaans aangeduid in termen van (psychodynamisch) procesgericht en/of ervaringsgericht werken, en deze literatuur beschrijft de wijze waarop de patiënt met zichzelf omgaat, alsook met de therapeut, en hoe het gesprek in deze zelfbejegening en in deze therapeutische relatie kan interveniëren. Diverse scholen geven daarvan hun eigen theoretische en technische uitwerkingen.

Met betrekking tot de therapierichtingen die ik zelf het interessantste vind, neemt Malan (1979) een sleutelpositie in binnen de hedendaagse psychotherapeutische theorieën. Het verbindt de oude psychoanalytische voorgeschiedenis aan datgene wat pas later STDP (short-term dynamic psychotherapy), nog later EDT is gaan heten: de experiëntieel-dynamische psychotherapie, met Davanloo als medegrondlegger naast Malan, en als leerlingen, volgelingen, afvalligen of anderszins afgeleiden: Coughlin, Neborsky, Abbass, Osimo, Frederickson, Ten Have-de Labije, McCullough, Fosha en nog veel anderen.

Veel klassieke en moderne therapeutische literatuur kan worden samengevat in de principes die Malan beschrijft: onderliggende affecten proberen een uitweg te zoeken, worden door angst of schaamte belemmerd en leiden tot gedrag dat dient om te pijnlijke of te moeilijke affecten af te weren en te verbuigen. Gewoon Freuds idee, maar dan ontdaan van

veel gedateerde poespas. In de therapeutische situatie komen thema's en patronen bij elkaar die heden en verleden verbinden, alsook de relatie met de therapeut verbinden aan andere gebeurtenissen in het leven. De therapeut jongleert voortdurend met deze verbanden en probeert de patiënt ondertussen te brengen naar een grotere ontvankelijkheid voor zijn eigen gevoelens. Veel auteurs, van uiteenlopende scholen en richtingen, hebben beschreven hoe ze dat doen, welke concepten ze daarbij gebruiken, welke technieken.

Veel wetenschappelijk onderzoek naar behandelingen daarentegen gaat over harde feiten, in het bijzonder over uitkomsten, en dat is niet vreemd. Men wil immers effectieve behandelmethoden kunnen selecteren. Als onderzoeksuitkomst krijgt men dan correlaties tussen veranderde scores of observaties (het verschil tussen vóór en na de behandeling) en de specifieke interventies of technieken. Soms worden er zelfs correlaties gevonden met genetische processen (bijvoorbeeld wijzigingen in de interpretatie van de genetische code) of met gedetailleerde hersenfuncties. Dit is allemaal erg interessant, maar het zegt weinig over hoe een therapeutisch proces nou eigenlijk tot stand komt en hoe het vruchten kan afwerpen.

In plaats van onszelf als beroepsgroep te verbeelden dat we tot een bijzondere diersoort behoren, zo hoog gestegen dat de meeste onderzoekers onze diepzinnige en o zo subtiele praatjes toch niet kunnen waarderen, zouden we als behandelaars ook aandacht kunnen vragen van de onderzoekers, voor de variabelen en de processen die wel relevant zijn binnen onze beroepsuitoefening, ook als de onderzoekers daarvan niet meteen blij worden, of als het niet onmiddellijk de meest flitsende correlaties oplevert. Waar het om gaat, is dat wij ons niet laten intimideren door een onderzoeksmethodologie die niet adequaat is voor belangrijke onderdelen van ons vak.

Het is van belang voor de ontwikkeling van het vak, dat er onderzoek wordt gedaan naar variabelen die echt corresponderen met datgene waar een therapeut ook daadwerkelijk mee bezig is tijdens zijn werk, en niet omgekeerd, dat psychotherapie geacht wordt zich aan te passen aan het beschikbare onderzoeksrepertoire. Maar het is ook van belang voor de financierende partijen om te weten waar en hoe het huidige onderzoek tekortschiet.

Laten we eens kijken naar een paar moeilijk te operationaliseren, en dus moeilijk te meten, aspecten van psychotherapieën: openheid, projec-

tieve identificatie en performatief taalgebruik. Ze zijn voorbeelden van de complexiteit van ons werk.

12.2.1 Openheid

De potentiële oneindigheid van iemand betekent dat er een openheid kan komen in zijn manier van leven, waarbij hij zichzelf niet meer als een vaststaande entiteit definieert. Dit is het centrale concept van de 'kwade trouw', zoals uitgewerkt door Sartre (1943). Deze kwade trouw betekent dat iemand zichzelf een definitie aanmeet, zoals een karakter, een identiteit, of, laatste mode, een 'lifestyle'. Zo'n definitie kan dan houvast bieden, en psychische problemen kunnen ermee worden verklaard, maar er tevens mee worden vastgepind: 'Ik ben nou eenmaal zo.'

Het kan veel inspanning vergen om zo'n definitie weer te kunnen loslaten, en de openheid die er dan voor in de plaats komt kan veel pijnlijker of beangstigender zijn. Zulke openheid vooronderstelt ook een openheid van de kant van de therapeut. We kunnen dit vergelijken met de openheid die een kind soms mist als het niet kan inslapen. De liefhebbende ouder kan dan niet volstaan met een stappenplan om het kind in slaap te krijgen, maar zal, althans in principe, 'alle tijd van de wereld' moeten maken. Zodra die tijd er is, of althans de bereidheid daartoe, kan het kind slapen. Het afdraaien van een aantal formules, bijvoorbeeld een liedje zingen, een slokje water drinken, een kruik brengen, geeft pas soelaas als de ouder het geeft náást het bieden van 'alle tijd van de wereld'. Dit principe is beschreven door Bion (1962, p. 36) in termen van de *rêverie*, de dromerigheid die een moeder moet zien te bereiken als ze wil dat haar baby goed kan drinken, en meer in het algemeen als een houding van openheid tot de emoties van het kind. Uiteraard geldt zoiets ook voor vaders die flesjes geven, en het kan zelfs belangrijke inzichten opleveren voor de proefschriften die sommige vaders soms proberen te schrijven.

Evenzo moet een psychotherapeut zich trainen in een openheid waarmee hij zowel zijn eigen intuïties kan onderkennen, alsook kan voelen wat de patiënt met hem doet en in hem oproept. Dit vraagt een tamelijk ascetische werkhouding die, in ieder geval tijdelijk, van de therapeut verlangt dat de eigen angsten en financiële bijgedachten niet worden uitgeleefd in het contact met de patiënt.

Laing (1960) had het over 'verstening' (petrification), in navolging van Sartres 'kwade trouw'. Het gaat daarbij om een zelfdefinitie, een identiteit, waarachter iemand zich kan verschuilen en daarmee zichzelf als een object gaat beschouwen. Evenzo maakt Frederickson (2009), een van de

groten in de EDT-cultuur, gebruik van Heideggers onderscheid tussen ‘ontisch’ en ‘ontologisch’, en stelt dat het in psychotherapie gaat om het laten ontdekken van de opening tot oneindigheid, die door de pathologie verstopt was geraakt.

Het idee van de openheid, zowel bij de patiënt als bij de therapeut, betreft geen meetbaar gedrag. Net als het timmermansoog verdwijnt de openheid zodra de beoefenaar ervan overtuigd is dat hij het allemaal wel goed genoeg in de vingers heeft. Het gaat hier om een subjectieve, intentionele kwaliteit, een die niet betrekking heeft op objectiveerbaar gedrag¹⁸² of op de registreerbare opinies; om de bereidheid van de therapeut om bij zichzelf te onderkennen dat iets *niet* met de reeds beschikbare middelen begrepen kan worden. Uiteraard kan de openheid door therapeuten worden gesimuleerd. Dat kan er dan zo geloofwaardig uit zien als de praatjes die in onze vaderlandse tv-producties als psychotherapie worden neergezet. De therapeuten formuleren hier empathisch klinkende volzinnen, maar zonder dat de wanhoop van de patiënt ook maar ergens raakt aan hun eigen verwondering. Echte openheid bij de psychotherapeut kan door patiënten worden ontdekt *in* het contact. Deze kan bovendien tot sterke gevoelens van dankbaarheid leiden, zelfs wanneer de therapeut niet erg vriendelijk is, of wanneer hij vragen stelt over ‘vervelende’ onderwerpen.

De prestatiegerichtheid die, qua arbeidsmoraal, in ons systeem van gezondheidszorg zo heerlijk ingebouwd zit, kan soms botsen met de openheid die we als hulpverlener nodig hebben in het werk zelf. Het kan ook vaak heel goed wél worden gecombineerd, wanneer we binnen de afspraken zelf even de tijd kunnen nemen om de tijd te vergeten. Er ontstaan dan eilandjes van concentratie op de actualiteit van de beleving; er kan dan soms iets worden aangevoeld wat zich niet direct laat formuleren in de reeds beschikbare conceptuele structuren¹⁸³. Het is dan mogelijk om het proces, de actuele interactie, de prereflexieve ervaringen nog even niet meteen te waarderen op de diverse reeds beschikbare maten en dimensies.

Deze eilandjes hoeven niet aan elkaar vast te groeien tot een groot continent van structuurloze verhalen, maar ze mogen ook niet helemaal

¹⁸² Vergelijk Goudsmit, 2007.

¹⁸³ Zie ook Devereux (1967) over de gespannen relatie tussen een metende versus een betrokken opstelling door een onderzoeker. In wezen gaat het om de complementariteit tussen gebruik en observatie. Bij ‘gebruik’ wordt iets tot een *manier* om iets te doen, zoals de stok van een blinde wordt gebruikt om de straat te betasten (Merleau-Ponty, 1945, p. 167). Evenzo zijn in het therapiegesprek de onderwerpen en gedragingen *manieren* om het contact met de patiënt te ontwikkelen.

worden weggesaneerd. Ze vormen, in potentie, de tunnels naar radicale veranderingen. De processen die erin plaatsvinden zijn zelfsturend en hebben zichzelf als kompas, als vaartuig en als stuurman¹⁸⁴. Dit soort processen heeft een autonoom karakter; ze zijn anders dan mechanische processen. We komen hier uit op precies hetzelfde thema als de blinde vlekken (zie paragraaf 4.2.2). Wat ik hier aanduid als ‘openheid’ is precies datgene waarin een levend wezen zich onderscheidt van een regelsysteem: het levende wezen kan op zoek gaan naar zijn eigen blinde vlekken, het kan boven zichzelf uitstijgen en het kan zich veelzijdiger en complexer betonen dan een mechanisme, omdat het nieuw gedrag kan uitvinden en toepassen, nieuwe manieren van aanpassing kan onderzoeken¹⁸⁵ en nieuwe concepten kan vinden om zijn ervaringen mee te ordenen.

12.2.2 Projectieve identificatie

Als het concept ‘openheid’ niet al moeilijk genoeg is, dan is ‘projectieve identificatie’ het wel. Dit concept, ook uitgebreid behandeld en uitgewerkt door Bion, heeft doorgaans betrekking op de onbewuste communicatie tussen mensen. Het gaat dan om gevoelens die nauwelijks hanteerbaar of verdraagbaar zijn voor iemand. Deze gevoelens worden dan gemakkelijk gedeponereerd, weggeduwd, naar de andere persoon. Dit is normaal bij jonge kinderen, die hun ouders ermee opzadelen (denk aan de hoeveelheid energie die een huilende baby bij zijn ouders kan losmaken) maar ook in psychotherapie komen we het op diverse manieren tegen, telkens wanneer zware onhanteerbare gevoelens worden aangesproken.

Het concept is een gruwel voor zowel theoretische auteurs als voor empirische onderzoekers. Het komt erop neer dat er in het voelen en het denken van de therapeut momenten van onhelderheid ontstaan tijdens het therapeutische werk, welke kunnen worden opgevat als het effect van de zware emoties die de patiënt op hem ‘afvuurt’. Het verminderde vermogen om nog te reflecteren over zichzelf is bij uitstek een kenmerk hiervan. Juist deze fluctuaties van de helderheid en van de eigen reflectiviteit zijn fenomenen die zich bij uitstek onttrekken aan de directe zelfobservatie van de therapeut, en ze zijn pas in terugblik, bijvoorbeeld bij super-/intervisie, te herkennen en te analyseren. Niettemin vormen ze veelal de essen-

¹⁸⁴ De lezer herkent hier Aristoteles’ finale, formele respectievelijk efficiënte oorzaken, zoals door Rosen (1991) geherformuleerd.

¹⁸⁵ In deze context is Maturana’s (bijvoorbeeld 1987, p. 357) begrip van cognitie interessant: elke activiteit van het organisme waarmee het zijn eigen organisatie tegen verstoringen beschermt.

tie van het zwaardere therapeutische werk, waarin de patiënt moet leren om met zeer pijnlijke affecten om te gaan, en waarin de therapeut hem daarin ook vaak zal moeten voorgaan of vergezellen.

De inspanning die een therapeut nodig heeft om de ontvangst van een projectieve identificatie goed bij zichzelf te herkennen en in de therapie te benutten, is door Bion getypeerd als een proces van spijsvertering. Het is geen ‘verrichting’ van een type dat ergens door de therapeut gescoord kan worden, laat staan dat een accountant zou kunnen controleren of de genoteerde verrichting daadwerkelijk zó heeft plaatsgevonden. We zijn hier aangewezen op de morele zuiverheid die de behandelaar jegens zichzelf en jegens de patiënt kan en wil betrachten¹⁸⁶.

Projectieve identificatie vindt plaats aan de grens tussen beide personen, op hun raakvlak, en precies dit maakt het hun moeilijk om te kunnen begrijpen wat er gebeurt terwijl het gebeurt. De onhanteerbare emotie van de patiënt maakt dat de therapeut zijn helderheid verliest, en toevallige verstoringen van die helderheid kunnen, omgekeerd, ook aanleiding zijn tot onhanteerbare emoties. Juist wanneer de therapeut bijvoorbeeld stress heeft vanwege een haperende computer, of gewoon omdat hij slecht geslapen heeft, kan de patiënt menen dat hij, als persoon, niet welkom is in deze therapie, en dat, eindelijk, deze therapeut hem laat voelen hoezeer hij ernaar verlangt dat de patiënt voor altijd ophoepelt. De verontwaardiging die de therapeut kan voelen over dit soort boosaardige suggesties kan bij hem een machteloze razernij losmaken, precies van het type waarin de patiënt zelf voortdurend verblijft en telkens nét niet stikt. Deze razernij kan de therapeut misschien wel goed bij zichzelf binnenhouden, maar zijn kritische zelfbewustzijn is op zo’n moment wel zwaar aangetast, en het kost veel inspanning om hier met elkaar goed uit te komen. Zo wordt het werken aan de projectieve identificatie ook tot een zoektocht naar de (tijdelijke) blinde vlekken. Er is geen recept of procedure beschikbaar die men hier kan volgen. Integendeel, de geloofwaardigheid van de therapeut staat hier op het spel, en deze wordt aangetast

¹⁸⁶ Het zou toch fijn zijn als niet iemand in de toekomst het in zijn hoofd gaat halen om een financiële bonus, of ‘stimulans’, te zetten op dit soort morele zuiverheid. Anderzijds zou dit natuurlijk de weg vrijmaken om declaraties te gaan schrijven voor alle minuten waarin een therapeut fantaseert over wat hij allemaal tegen zijn patiënt zou willen zeggen. Naast de directe minuten, de indirecte minuten en de reisminuten, zouden zo ook de gefantaseerde minuten binnen het DBC-systeem een plekje kunnen krijgen.

bij elke aanpak die zich achter formules of technieken zou verschuilen¹⁸⁷. Een uitweg uit de crisis zal dan ook niet zonder de creativiteit van betrokkenen worden ontdekt. Dankzij een dergelijke crisis en de inspanningen die daarmee samenhangen, krijgt de patiënt nieuwe kansen om uit zijn moeras te klimmen. Projectieve identificatie kan worden begrepen als een aantasting van de autonomie van de therapeut, vanuit de gemankeerde autonomie van de patiënt, en de doorwerking ervan kan worden begrepen als het gezamenlijke herstel daarvan.

12.2.3 Performatief taalgebruik

Laten we het hebben over het oudtestamentische begrip ‘zegen’. Wie zegen uitspreekt over iemand, doet een uitspraak over de toekomst, maar dan wel in de vorm van een wens of aansporing, dus niet in de indicatieve modus. In het Nederlands hebben we nauwelijks nog conjunctieven om zoiets uit te drukken. Conjunctieven zijn ouderwets en zegeningen al evenzeer. Toch is een therapie een plaats waar de patiënt een bepaald gevoel kan ontwaren, en dat kan zomaar iets van doen hebben met gezegend te worden.

Het volgende fragment is niet afkomstig uit een slechte tv-soap op een foute zender:

th: Je kijkt van me weg.

pt: Ik wil niet dat je mij aardig vindt.

th: Wat voel je dan?

pt: Dat ik er mag zijn, en dat wil ik niet voelen, want dat klopt niet.

th: En als je naar me kijkt?

pt: Dan kan ik het gevoel niet meer weghouden.

(Zoals direct na afloop van de sessie tamelijk letterlijk genoteerd)

Wat in dit korte fragment plaatsvindt, is dat de patiënt bij zichzelf iets ontdekt, noem het een gevoel, alsook de manier waarop dat gevoel wordt weggehouden, omdat het te pijnlijk is. Dit gevoel gaat over welkom zijn. Wat de lezer misschien wil aannemen is dat dit veel oud verdriet oproept over ouders die dat ‘welkom’ destijds niet konden bieden. Geen wonder dat de patiënt dit uit de weg gaat. Een psychotherapie heeft op zijn zachtst gezegd een kleine aanloop nodig, voordat iets dergelijks kan gebeuren, maar als het dan gebeurt, is het iets wat zich niet in de aantonnende wijs

¹⁸⁷ Buber (1952, pp. 10-11) stelt dat de therapeut zich niet achter zijn deskundigheid mag blijven verschuilen, maar tevoorschijn moet komen om zelf de afgrond te trotseren en daarin de demonische kwaliteiten (Dämonien) onder ogen te komen.

laat navertellen. Op een zeer seculiere manier wordt hier een zegen gegeven en ontvangen. Het ontvangen van deze zegen is geen handeling die de patiënt uitvoert, noch is het geven ervan een therapeutische verrichting waarvan op bestelling een paar bliken kunnen worden opengetrokken.

Het taalgebruik dat hier plaatsvindt, is performatief¹⁸⁸: het uitspreken zelf is een handeling, zoals de handeling ‘beloven’ plaatsvindt doordat de belofte zelf wordt uitgesproken. Deze handeling vindt bovendien plaats *vanuit*¹⁸⁹ de context waarin hij wordt uitgesproken; het uitspreken is niet een beschrijving geven van een situatie die elders plaatsvindt, maar van de situatie van het uitspreken zelf. Ook hier schieten de reguliere onderzoeksmethoden tekort, omdat daarin de gebeurtenissen doorgaans worden gescoord op een bepaalde dimensie, maar niet worden geanalyseerd in termen van de context van de handeling.

12.3 Zelfverwijzing

Met deze term wordt een identificatie bedoeld tussen een act van aanwijzing en datgene wat wordt aangewezen¹⁹⁰. De klassieke logica verbodt zelfverwijzing, omdat die tot paradoxen kan leiden. In de theoretische biologie wordt zelfverwijzing veelal gezien als een cruciaal kenmerk van de manier waarop levende wezens zijn georganiseerd. Levende systemen schuiven als het ware de paradoxaliteit voor zich uit, en verblijven in een soort permanente overgangsfase¹⁹¹. Beschrijving van de ‘toestand’ van levende systemen, zoals gebruikelijk bij een machine, is daarbij principieel onmogelijk, en niet een kwestie van corrigeerbare meetfouten.

In psychotherapie vindt zelfverwijzing plaats. Het is een complex kenmerk, dat niet gedefinieerd kan worden als een specifiek gedrag of als een specifieke reeks van handelingen. Zelfverwijzing is een kenmerk van de relaties tussen bepaalde processen; tamelijk abstract dus. We vinden in de psychotherapeutische vakliteratuur, van velerlei richtingen en scholen,

¹⁸⁸ Vergelijk Austin, 1962.

¹⁸⁹ Shotter (bijvoorbeeld 1985) spreekt hier van ‘knowing from’.

¹⁹⁰ We zien zoiets in de prent van Escher ‘Tekende handen’ (zie bijvoorbeeld: http://en.wikipedia.org/wiki/Drawing_Hands). We zien zoiets ook in *Gonzofon* van Drs P.: ‘Kijk eens wat ik doe, ik blaas op een kazoo, en voeg aldus weer iets aan de muziek-historie toe.’ Niet alleen verwijst de tekst hier naar de handeling van het lied zelf, maar ook naar de muziekhistorie waarin dit lied genoemd zal worden.

¹⁹¹ Dit komt bij diverse auteurs aan de orde; zie bijvoorbeeld Gunji, Ito & Kusunoki (1998, p. 182).

tallose beschrijvingen ervan, maar nooit in termen van de formeel logische figuur die het eigenlijk is. Ik begeef mij op dit gladde ijs en probeer een paar stapjes.

12.3.1 Binnen versus buiten de situatie

De logica van zelfverwijzende processen in psychotherapie is moeilijk te filmen. Het gaat erom dat de patiënt iets kan gaan voelen bij zichzelf, met zichzelf en met de therapeut in contact kan komen, dankzij een therapeutische relatie waarbinnen het mogelijk wordt om gevoelens te exploreren. Dat gebeurt binnen een serie gebeurtenissen die zichzelf tot onderwerp van gesprek gaan hebben, dan wel binnen een gesprek dat gebeurtenissen genereert waar het gesprek zelf tot dan toe over ging. Dit is de genoemde identificatie tussen een act van aanwijzing en het object ervan. Hoe film je zo iets? Hoe leg je zo iets bovendien uit aan een geïnteresseerde buitenstaander, zoals bijvoorbeeld een goedbedoelende DBC-ontwerper of een welwillende zorgfinancier? Hoe zorg je dat een lezer, bijvoorbeeld de lezer van dit boek, begrijpt wat er wordt bedoeld, op het moment dat hij deze regels leest en zich afvraagt waar dit naar toe gaat?

Het verschil van positie, binnen versus buiten de situatie waarin het zelfverwijzende proces zich afspeelt, is bepalend voor de mogelijkheden om de therapeutische situatie te beschrijven. Vanuit het externe perspectief is de zelfverwijzendheid niet goed zichtbaar als relevante therapeutische gebeurtenis. Vanuit het interne perspectief daarentegen is de zelfverwijzing van het proces juist wel goed voelbaar in de actualiteit waarin deze ontstaat.

Zoiets heet in therapeutentaal meestal ‘procesgericht werken’, ‘aandacht voor de ervaring in het hier en nu’, ‘actualisatie van de emotie’, ‘doorwerken van de overdracht’. Het is van belang, voor een goed begrip van deze processen, te beseffen dat de kern ervan niet bestaat als een specifieke serie handelingen, maar juist als een specifieke relatie tussen handelingen. Het is een circulaire relatie tussen handelingen, en deze kan niet als protocol of stappenplan worden beschreven.

De zelfverwijzing van therapeutische processen betekent dat het proces gaat samenvallen met de ervaring van het proces¹⁹², dan wel dat de bespreking van het gevoel van de patiënt gaat samenvallen met het gevoel

¹⁹² Bijvoorbeeld: de patiënt merkt hoe moeilijk hij het vindt om zijn eigen gevoel te voelen en hoe gemakkelijk het daarentegen is om voortdurend deze lacune te vullen met bedenkensels over wat hij ‘misschien wel zou kunnen voelen’.

zelf¹⁹³, dan wel dat het uitspreken van de overdrachtsgevoelens (de probleemgerelateerde gevoelens van de patiënt jegens de therapeut) naadloos overgaat in het uiten van andere, moeilijk toegankelijke, gevoelens¹⁹⁴, dan wel dat het verhaal van de patiënt overgaat in gedrag dat zich als een realisatie van dat verhaal ontwikkelt¹⁹⁵. Dit samenvallen is een kwestie van *ononderscheidbaar* worden voor de betrokkenen¹⁹⁶, zodat een realiteit ontstaat die niet alleen wordt gezegd, maar ook ervaren; een gevoel dat niet alleen als eigen beleving wordt waargenomen, maar ook als een gebeurtenis in het eigen lichaam, mogelijk een gebeurtenis die langdurig moest worden ontkend, onderdrukt, vermeden, enzovoort.

De fenomenologisch geïnspireerde literatuur spreekt hier van ‘doorleefde ervaring’, ‘sens vécu’, ‘felt sense’ van een individu, die in de therapie wordt gezocht en gestimuleerd. Ook met deze termen blijft de zelfverwijzendheid van de ervaringen zeer onderbelicht en wordt de formeel logische kwaliteit ervan niet verhelderd. Maar het is wel waar het om draait, namelijk dat de patiënt iets kan gaan voelen en zeggen wat onmiddellijk kloppend is, dus wat hij niet via een aantal denkstappen hoeft af te leiden. Dit is typerend voor een grote verscheidenheid aan situaties die in psychotherapie worden gezocht of gecreëerd, waarin een onmiddellijke

¹⁹³ Bijvoorbeeld: de patiënt merkt hoe blij hij is dat iemand begrijpt wat hij bedoelt en waarom hij daarover zo blij is. Of: de patiënt merkt hoe eenzaam hij is in het gevoel van (alweer) niet begrepen worden.

¹⁹⁴ Dit is een fenomeen dat veelal in de kortdurende dynamische psychotherapieën wordt benut: sterke gevoelens jegens de therapeut worden ineens niet meer onderscheidbaar van sterke gevoelens jegens anderen, bijvoorbeeld wanneer de therapeut een zelfverwijzende vraag stelt: ‘*How do you experience this rage here with me, if you look into my eyes and tell me how you experience this*’ (Davanloo, 1990, p. 85).

¹⁹⁵ Bijvoorbeeld: de patiënt stagneert in zijn verhaal, wendt zich hoofdschuddend af van de therapeut, terwijl hij juist probeert te vertellen over een beschamende ervaring waardoor hij iets tegen iemand niet meer durfde te vertellen.

Een dergelijke figuur vinden we ook bij Mattheus (26:13): ‘*Voorwaar zeg Ik u: Alwaar dit Evangelie gepredikt zal worden in de gehele wereld, daar zal ook tot haar gedachtenis gesproken worden van hetgeen zij gedaan heeft.*’

Deze uitspraak van Jezus heeft als onderlaag het feit dat er beschreven wordt hetgeen zal gebeuren op het moment zelf van de lezing: er wordt daadwerkelijk herinnerd aan de goede daad van de vrouw uit Bethanië. Doordat en terwijl het verhaal wordt voorgelezen, ontstaat de gebeurtenis die erin wordt beschreven!

¹⁹⁶ Gadamer (1960) heeft de term ‘esthetische niet-onderscheiding’ gebruikt voor het verdwijnen van het onderscheid, voor een waarnemer, tussen waarnemingsproces en object van waarneming.

ervaring kan plaatsvinden, een die niet meer wordt gesouffleerd door gedachten of interpretaties¹⁹⁷, maar die daarmee wel congruent is.

Het navertellen van wat er in een psychotherapiesessie zoal gebeurde, is doorgaans ook een frustrerende ervaring, die menig patiënt heeft gehad wanneer de partner thuis belangstellend vroeg hoe het vandaag bij de therapeut weer eens was geweest. We kunnen deze moeilijkheid begrijpen in het licht van de zelfverwijzendheid van de gebeurtenissen. Het navertellen van een therapiezitting gaat zelf niet meer over de momentane actualiteit van het gesprek, terwijl het therapeutische gesprek die juist wel voortdurend zoekt en af en toe ook bereikt. Dit verschil tussen situatiebeschrijvingen die wel of niet zelfverwijzend zijn, is allesbehalve triviaal. De realiteit van de doorleefde ervaring van binnenin de therapiezitting bestaat doorgaans niet op het moment van het externe navertellen.

12.3.2 Veranderende relaties tussen inhoud en gebeurtenis

Zo kunnen er, voor een externe waarnemer, twee niveaus worden onderscheiden, die we 'inhoud' en 'gebeurtenis' kunnen noemen. Het gaat dan bij zelfverwijzende processen om twee overgangen¹⁹⁸ tussen deze niveaus. Deze kunnen we als een soort faseveranderingen zien. Deze fasen volgen elkaar niet alleen op, maar ze zijn ten opzichte van elkaar ook uitwerkingen van vorige fasen, of specificaties van volgende fasen. De twee overgangen kunnen als volgt worden omschreven:

1. De actuele therapeutische gebeurtenissen worden zelf gespreksinhoud. De gebeurtenissen worden waargenomen en ervaren als iets waar beiden (therapeut en patiënt) aan deelnemen; dit kan onder woorden worden gebracht, evenals de manier waarop dat gebeurt.
2. De actuele gespreksinhoud wordt zelf tot gebeurtenissen in de therapie.

¹⁹⁷ Merleau-Ponty (1964) heeft dit uitgewerkt in termen van een ongereflecteerde modus van existentie, die hij 'vlees' (chair) noemt. Het gaat dan niet meer om een bepaald type ervaring, maar om een samenvallen van *zijn* en *weten*, van ontische en epistemische categorieën. We zijn dan aan de grenzen van wat we met reflecteren (denken) kunnen benaderen. Om die reden wordt dit type filosofie gerekend tot de traditie van de 'negatieve weg' (via negativa). Meetgrage empirici worden hier niet altijd blij van, maar er is geen goede reden om niet te blijven zoeken naar meetmethoden waarmee we het ontstaan van onmiddellijke ervaringen wel empirisch kunnen benaderen. Het hoeft niet altijd met de hamer, als er een schroef moet worden geraakt.

¹⁹⁸ Deze twee transities zijn uitgebreid bestudeerd door Löfgren (bijvoorbeeld 1990).

De besproken thema's kunnen worden gevoeld, terwijl (en doordat) ze zijn benoemd, en de manier waarop ze besproken worden, is zelf ook een gebeurtenis in de therapie.

Het onderscheid zelf tussen deze niveaus kan voor de betrokkenen, vanuit een intern perspectief, groter worden of juist kleiner. Er kunnen divergenties ontstaan, zodanig dat het gesprek en het proces beter onderscheidbaar worden, of juist convergenties, zodat ze minder goed onderscheidbaar worden. Dit vinden we bijvoorbeeld in datgene wat psychodynamische therapeuten verstaan onder het werken met een verhoogde overdracht. Moeilijk verdraagbare gevoelens worden dan in de relatie met de therapeut gevoeld en, zo mogelijk, besproken. De spanning kan hierbij aanzienlijk oplopen. Deze spanning kan zich op diverse manieren tonen, bijvoorbeeld in de spierspanning van de patiënt (een belangrijk punt van observatie in de diverse EDT-technieken), maar ook in die van de therapeut, of in andere lichamelijke sensaties¹⁹⁹. Met name hoe dergelijke spanning zich ontwikkelt in een sessie is een belangrijk en voortdurend punt van aandacht voor de therapeut²⁰⁰, en de techniek om deze te hanteren vraagt veel training²⁰¹.

De in paragraaf 12.2 genoemde thema's (openheid, projectieve identificatie, performativiteit) hebben telkens een kenmerk van zelfverwijzing. Het gaat hier respectievelijk om het zoeken van de eigen blinde vlekken, dan wel om de aantasting en het herstel van de eigen autonomie, dan wel om de convergentie van een uitspraak met een handeling. Essentieel in deze voorbeelden is telkens een veranderende relatie tussen de inhoud van het gesprek enerzijds en anderzijds de gebeurtenissen in de zitting.

Zo ontstaat er een netwerk van processen die elkaar bij herhaling circulair beschrijven, toepassen of specificeren, vaak ook gelijktijdig. Gebeurtenissen (bijvoorbeeld een fysieke beweging of een chemische reactie) vinden niet plaats 'an sich', maar als onderdeel van een groter proces, meestal van meerdere processen²⁰² tegelijk. Voor een goed begrip van het systeem

¹⁹⁹ Een toevallig in de kamer aanwezige blindengeleidehond kon een keer de oplopende spanning tijdens een stilte in een sessie niet meer aan en begon te janken. Een op concrete ('objectieve') feiten georiënteerd gedragsonderzoeker zou daarentegen geen feiten hebben kunnen aanwijzen, waar die spanningstoename uit zou hebben moeten blijken. Er gebeurde op dat moment immers 'niets'?

²⁰⁰ Zie bijvoorbeeld Coughlin della Selva (1996) voor een uiterst leesbare introductie in deze lastige werkvormen.

²⁰¹ Vergelijk Lebeaux (1999).

²⁰² Kampis (1991, bijvoorbeeld p. 236 of p. 272) gaat uitgebreid in op het onderzoeken van zulke gebeurtenissen binnen hun diverse contexten.

is het zinvol om te zoeken naar de diverse parallel verlopende functies die zo'n gebeurtenis heeft binnen de diverse simultane processen, en hoe de relaties tussen die processen erdoor worden beïnvloed. Juist de overlap van contexten en van de diverse functies die een gebeurtenis in die diverse contexten heeft, maakt dat er veel tegelijkertijd gebeurt, en dat niet alles tegelijkertijd kan worden benoemd of aangewezen.

Deze circulariteit is het kernstuk van de psychotherapie. Diverse processen gebeuren gelijktijdig, en eenzelfde opmerking kan op verschillende lagen een verschillend effect hebben, bijvoorbeeld een storend effect op de openlijke werkrelatie, maar ondertussen de onbewuste alliantie versterkend²⁰³. Er ontstaan momenten waarop de circulariteit kan worden ervaren, gevoeld, benoemd, benut. De woorden gaan dan over de ervaring van dat moment; de ervaring gaat dan over de woorden van dat moment²⁰⁴. Het zijn de momenten waarop de patiënt nieuwe dingen bij zichzelf kan gaan ontdekken, bijvoorbeeld dat hij wel degelijk wil leven, wel degelijk iemand is, wel degelijk verlangd heeft naar de liefde van zijn hardvochtige vader, enzovoort.

Er worden uitspraken gedaan die betrekking hebben op de situatie waarin de uitspraak gedaan wordt ('ik heb helemaal niet het gevoel dat ik mezelf hier vrij kan uiten'), maar ook uitspraken over trends in de gesprekken ('de laatste tijd ben ik minder op mijn hoede voor u'); of uitspraken over de verbanden tussen trends en de actuele situatie ('ik kan me hier nog steeds niet vrij uiten, ook al ben ik nu minder bang voor u dan een tijd geleden', of: 'ik heb nooit het gevoel dat u mij begrijpt, maar ik vind het wel prettig dat ik u dat nu wel gewoon rechtstreeks durf te zeggen'); of uitspraken over relaties tussen de actuele situatie en situaties van vroeger ('zo zei mijn vader dat vroeger ook altijd'), of situaties van nu ('u kijkt net zo spottend naar mij als mijn baas'). Of er wordt niet veel gezegd, maar vooral veel gevoeld, zoals in het voorbeeld van de zegen.

Het therapeutenjargon heeft hiervoor doorgaans een type woorden dat buitenstaanders nogal eens afschrikt: 'harmonie met zichzelf', 'contact met het eigen ik', 'gevoel van authenticiteit', 'onbewuste alliantie' enzovoort. Dit zijn uitdrukkingen die nogal gemakkelijk een weë geur

²⁰³ 'Ik vind uw vragen heel vervelend', zegt een patiënte, 'maar u laat zich niet afpoeieren, en dat geeft me toch wel vertrouwen.'

²⁰⁴ Let wel: het aanwijzende deel en het aangewezen deel zijn niet identiek voor de kritische waarnemer (wij kunnen immers beide apart benoemen), maar zijn dat wel voor de betrokkenen en deze identiteit is (doorgaans) ook geen thema van het gesprek. Zie Goudsmit (1992, 1998, 2009) over 'kritisch' versus 'naïef'.

verspreiden, maar waarmee wel gebeurtenissen worden bedoeld die binnen meer dan één context een functie hebben.

12.3.3 Psychotherapie als het herstel van zelfverwijzing

Psychotherapeuten zorgen dat er een stroom van ervaringen en betekenissen op gang komt, die betrekking hebben op het ingebrachte probleem, op de therapeutische situatie zelf, én op de dwarsverbanden daartussen. In de therapie wordt dan gepraat over hoe het proces verloopt, maar ook krijgt het gesprek zelf proceskenmerken. Er zijn erg veel manieren waarop dit kan worden uitgevoerd:

- ✓ lichaamsgericht: *Wat voelt u op dit moment in uw lichaam?*
- ✓ relationeel: *Hoe voelt u zich tegenover mij? Hoe ervaart u mij? Als ik u irriteer met mijn vragen, kunt u mij dat dan zeggen?*
- ✓ zuiver gespreksmatig: *Hoe vindt u mijn vraag?*
- ✓ experiëntieel: *Hoe vindt u het om stil te staan bij uw gevoel? Welk gevoel komt er? Kunt u het merken?*
- ✓ afweer-uitdagend: *Merkt u dat u van mij wegstijgt? Wat ziet u als u wel naar mij kijkt?*
- ✓ overdracht-gericht: *Kent u dat, wat nu u tegenover mij voelt, ook uit andere situaties? Gedragen anderen zich ook zo tegen u?*

Allemaal vragen die, in een normaal gesprek, snel een erg vreemde bij-smaak krijgen. Het zijn technische interventies, gericht op het op gang helpen van zelfverwijzende exploratieprocessen. De gebeurtenissen die dan in de zitting plaatsvinden, worden onderzocht (onder woorden gebracht, gevoeld) in hun relatie tot de diverse processen waarin ze een rol spelen. Niet alles kan tegelijkertijd worden opgemerkt of benoemd. Sommige betekenissen worden pas langzaam zichtbaar, sommige beschrijvingen zijn slechts zeer kort houdbaar. Voor de complexiteit van psychotherapeutische processen is veelal intensieve super/intervisie nodig om de lijnen in kaart te brengen²⁰⁵.

Deze stroom van ervaringen en betekenissen bevat veel relaties tussen processen die op verschillende niveaus plaatsvinden. Cruciaal is dat er op een of meer manieren een circulariteit komt. De zelfverwijzing geeft de therapie een levende kwaliteit en is essentieel om de gestagneerde processen van betekenisstoekenning bij de patiënt te kunnen vlottrekken. Veel

²⁰⁵ Dit is iets anders dan systematisch onderzoek naar de (behandel)effecten van geïsoleerde variabelen. Om die reden heb ik (1998) voorgesteld dat ook onderzoekers gebruik gaan maken van supervisietechnieken.

van de problematiek die mensen in psychotherapie inbrengen, kan worden begrepen als een storing van hun autonome functioneren en daarmee als een storing van de processen waarin zelfverwijzing behoort plaats te vinden. Psychotherapie kan begrepen worden als een activiteit die juist op die haperende zelfverwijzing aangrijpt, doordat in het therapeutische contact een nieuwe zelfverwijzende structuur gezamenlijk wordt gegene-reerd.

Deze complexiteit van de processen, de circulariteit tussen beschrijvin-gen en ervaringen, is de reden waarom psychotherapie zich zo moeizaam empirisch laat onderzoeken, maar het is geenszins een reden om empi-risch onderzoek dan maar te laten zitten; integendeel. We zullen onze concepten moeten verbeteren, zodat we beter gaan begrijpen waar we op moeten letten in het onderzoek. Alle traditionele onderzoek is gericht op het registreren en analyseren van elementaire gebeurtenissen, zoals uit-spraken, opinies of gedragingen, die natuurlijk gemakkelijker meetbaar zijn dan logische relaties tussen processen. Toch zijn deze relaties veel belangrijker dan binnen de huidige onderzoekstraditie wordt veronder-steld. Deze logische relaties worden doorgaans niet in de procesbescrij-vingen van therapieën gerapporteerd. De fluctuaties in helderheid van hetgeen wordt besproken, is voor onderzoekers doorgaans geen thema. De mate waarin inhoud en proces aan elkaar gerelateerd zijn evenmin, laat staan de convergenties of divergenties daartussen, en laat staan de gelaagdheid van een interactie.

Bijvoorbeeld, wanneer de therapeut helpt om de angst van de patiënt te reguleren, kan gelijktijdig de behandelrelatie opnieuw worden gedefini-eerd, zowel op het niveau van de expliciete werkovereenkomst, als op het niveau van onbewuste overdracht. Het is zoals de zet van een schaakstuk op een bord die voor meerdere relaties tegelijk bepalend is. Schaakanaly-ses kunnen deze relaties zichtbaar maken, maar in de empirische studies van psychotherapie worden de diverse relaties hooguit opgemerkt, en dan overgeslagen in de rapportage, omdat ze te vaag, te subjectief, te zeer 'ge-interpreteerd' worden geacht. Ze worden ook niet goed in scene gezet in de genoemde tv-programma's over psychotherapie, waardoor het resul-taat vlak en ongeloofwaardig is, ook wanneer de ingrediënten op zichzelf allemaal wel door de beugel kunnen.

13 Bij wijze van conclusie: een ambacht van toegepaste logica



Psychotherapie is vol van zelfverwijzingen. Er is geen duidelijk onderscheid tussen het werk en datgene wat erin wordt gemaakt. Het resultaat draagt altijd de sporen van de manier waarop het tot stand is gekomen, en het werk zelf wordt maximaal aangepast aan de bijzonderheden van het individu waarmee wordt gewerkt, en aan de bijzonderheden van het werkproces zelf. Men creëert geen eindtoestand, maar er wordt een ontwikkeling in gang gezet.

Er zijn hier veel wegen die naar Rome leiden, maar telkens wordt er een specifieke logische structuur in het gesprek ingebouwd, die het de patiënt beter mogelijk maakt om gezamenlijk met de behandelaar toegang te krijgen

- a) tot diepe affecten,
- b) tot de wijzen waarop deze worden afgeweerd en waarop ze kunnen worden gedeeld met anderen, en
- c) tot de beschikbare manieren om dat (b) te veranderen.

Dit is wat we de doorwerking noemen. En in de correctieve ervaringen die dit kan opleveren, ervaart de patiënt zichzelf op een nieuwe manier en met nieuwe mogelijkheden. De zelfverwijzende structuur van het therapieproces kan dan autonoom door de patiënt worden voortgezet en uitgebouwd.

Dit is iets anders dan uitleg en inzicht, of oefenen met beangstigende situaties. Er is hier geen protocol of procédé mogelijk dat kan worden afgewerkt, zoals dat in moderne stappenplannen behoort te gaan. Het is een zoekproces, waarin telkens opnieuw moet worden gekeken hoe het gesprek en het therapieproces zich tot elkaar verhouden. Er zijn geen trucs voor het vinden van nieuwe inzichten, nieuwe betekenissen, nieuwe toegang tot gevoelens, nieuwe openheid. Hoezeer we ook trachten ons werk te systematiseren, een stappenplan of een regelsysteem kan niet zichzelf herschrijven, maar een therapeutisch zoekproces kan juist wel

zichzelf opnieuw uitvinden, en moet dat ook doen. Dit kunnen we opvatten als een levende kwaliteit van ons werk, dat een ambacht is omdat we telkens opnieuw moeten voelen waar we mee bezig zijn, hoe de lijnen lopen, hoe we proces en inhoud aan elkaar kunnen relateren, elkaar kunnen laten specificeren, elkaar tot uitdrukking kunnen laten brengen.

De therapeutische uitkomst draagt alle kenmerken van het voorafgaande traject. Er is geen technologie, die door een anonieme therapiefunctionaris toegepast kan worden, met een trajectloze genezing als uitkomst. Ja, we kunnen natuurlijk wel een techniek definiëren en die dan mechanisch toepassen, en precies datgene doen wat ergens in een tabel staat. Ja, we kunnen zo'n functionaris worden, ons handelen verantwoordwoorden met die tabel en daarmee dan veel administratie heel keurig afwerken. Tja, het kan allemaal wel, en wanneer we onze steekproeven voldoende precies samenstellen, dan kan uit onderzoek heus ook nog wel blijken dat iets een effect heeft, qua techniek. Maar in de echte wereld, dus buiten het gedragslab, lopen mensen rond die niet passen in de schema's waarop een technologie is gebaseerd.

Dit maakt het nodig om ambachtelijk maatwerk te blijven leveren. Dat betekent: het blijft nodig om de technieken en methodieken, hoe modern ook, in te bedden in iets dat zelf geen techniek of methodiek is, maar wel op een verantwoorde en verantwoordbare manier moet worden beoefend. Dit vraagt van ons een praktische wijsheid, een die zich niet van tevoren in regels laat formuleren, maar een die telkens opnieuw moet worden uitgevonden. Het vraagt ook dat we onszelf niet gaan meten naar de eisen die onze administratie aan ons stelt, maar wel dat we blijven zoeken naar maten en metingen die beter toegesneden zijn op ons werk.

Bergmans film *Wilde aardbeien* begint met een nachtmerrie, waarin de hoofdpersoon droomt dat er vanuit een doods-kist aan hem wordt getrokken door degene die in de kist ligt, namelijk hijzelf. Psychotherapie beoogt ook zoiets, maar dan in de andere richting: de patiënt helpen om zichzelf terug te sleuren naar het leven. Deze levende kwaliteit is uiteindelijk ook hetgeen hij bij zichzelf gaat ontdekken, of terugvinden, waardoor hij merkt hoe het leven anders, beter, kan zijn dan zoals hij het gewend was. Dáár doen wij het voor, en het is van belang dat we dit werk en dit vak vooral niet laten bederven door alle binnenwaaiende onzin, die onze hoofden leeg maakt en die onze tijden vult.

14 Literatuur



- Abbass, A.A. (2002). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and Cost Effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 225-232.
- Abbass, A.A., Town, J., & Driessen, E. (2012). *Harv. Rev. Psychiatry*, 20, 97-108.
- Austin, J.L. (1962). *How to do Things with Words: The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*. Ed. J. O. Urmson. Oxford: Clarendon.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV-TR)*. Arlington: APA.
- Anzieu, D. (1984). Au fond du soi, le toucher. *Revue française de Psychanalyse*, 48(6), 1385-1398.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. New York: Basic Books.
- Bonin, J.P. (1976). On Soviet Managerial Incentive Structures. *Southern Economic Journal*, 42(3), 490-495.
- Buber, M., (1952). Vorwort. In: H. Trüb, *Heilung aus der Begegnung. Ein Auseinandersetzung mit der Psychologie C.G. Jungs*. Stuttgart: Klett.
- Chaitin, G.J. (2005). *Meta math!: the quest for omega*. New York: Pantheon Books.
- Clarkin, J.F. (2004). Foreword. In: J.J. Magnavita (ed.), *Handbook of personality disorders. Theory and practice*. New York: Wiley.
- Cooper, R., & Kaplan, R.S. (1991). *The design of cost management systems. Text, cases, and readings*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: theory and techniques*. Londen: Karnac Books.
- Dahlke, R. (1992). *Ziekzijn: signalen van de ziel*. Deventer: Ankh-Hermes.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious. Selected papers of Habib Davanloo, MD*. New York: Wiley.
- DBC-Onderhoud, Hoofdlijnen wijzigingen RG04 (RG12a) (ingangsdatum 1-1-2012). Besluitvormingsdocument 2e go / no-go. Versie 1.0.

- 30-3-2011. Zie: http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=521&Itemid=143
- Derksen, J.J.L. (2010). De organisatiestructuur van de ggz-instellingen is een drama voor de kwaliteit van de zorg. *Column. GZ-Psychologie*, 2(8), 46.
- Devereux, G. (1967). *From anxiety to method in the behavioral sciences*. Den Haag: Mouton.
- Dreyfus, H.L., & Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Ehrenreich, B. (2009). *Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America*. New York: Henry Holt.
- Fernández, E. (2010). Taking the relational turn: biosemiotics and some new trends in biology. *Biosemiotics*, 3, 147-156.
- Frederickson, J. (2009). Multiplicity and relational psychoanalysis: a Heideggerian response. In R. Frie, D.M. Orange (red.), *Beyond postmodernism---New dimensions in clinical theory and practice* (pp. 52-68). London: Routledge.
- Gadamer, H.G. (1960). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: Mohr.
- Gadamer, H.G. (1977). *Die Aktualität des Schönen. Kunst als Spiel, Symbol und Fest*. Stuttgart: Reclam.
- Goudsmit, A.L. (1989). On blindness and incomprehension. In A.L. Goudsmit (ed.), *Self-Organization in psychotherapy: demarcations of a new perspective*. Berlin, New York: Springer Verlag.
- Goudsmit, A.L. (1990). The black hole of psychotherapy research. Organizational closure in psychotherapeutic processes. In F. Heylighen, E. Rosseel, F. Demeyere (eds.), *Self-steering and cognition in complex systems. Toward a new cybernetics*. New York: Gordon & Breach.
- Goudsmit, A.L. (1992). A one-sided boundary: on the limits of knowing organizational closure. In G. van de Vijver (ed.), *New perspectives on cybernetics; self-organization, autonomy, connectionism*. Dordrecht: Kluwer.
- Goudsmit, A.L. (1998). *Towards a negative understanding of psychotherapy*. Groningen: academisch proefschrift. zie: <http://irs.ub.rug.nl/ppn/174290861>
- Goudsmit, A.L. (2000). On the construction of mental objects in third and in first persons. *Foundations of Science*, 5, 399-428.
- Goudsmit, A.L. (2001). Hechting aan de methode of egestelling? *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 3, 197-204.

- Goudsmit, A.L. (2005). De plaats van 'phronese' in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap*, 48(9), 454-458.
- Goudsmit, A.L. (2007). Some reflections on Rosen's conceptions of semantics and finality. *Chemistry and Biodiversity*, 4(10), 2427-2435.
- Goudsmit, A.L. (2009a). Sense and self-referentiality in living beings. *Bio-semiotics*, 2(1), 39-46.
- Goudsmit, A.L. (2009b). Wil mevrouw opgenomen worden? Een bijzonder leerzame ervaring. Video-documentaire. Maastricht: EDT Maastricht.
- Gould, S. J. (1994). *The Mismeasure of man: Revised edition*. New York: Norton.
- Gunji, Y.-P., Ito, K., & Kusunoki, Y. (1998). Ontological measurement. *Biosystems*, 46, 175-183.
- Habermas, J. (1968). *Technik und Wissenschaft als 'Ideologie'*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hofstee, W.K.B. (1980). *De empirische discussie: Theorie van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.
- James, W. (1904). *A world of pure experience*. [New York? : s.n.]. zie: <http://psychclassics.yorku.ca/James/experience.htm>
- Kampis, G. (1991). *Self-modifying systems in biology and cognitive science. A new framework for dynamics, information and complexity*. Oxford: Pergamon.
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: methodology for behavioral science*. San Francisco: Chandler.
- Kaplan, R.S., & Atkinson, A.A. (1998). *Advanced management accounting*. 3rd ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Kindermans, G., (2011). 'Je moet er wat voor over hebben'; onderzoek in een praktijksetting. *De Psycholoog*, 46(9), 30-37.
- Laing, R.D. (1960). *The divided self. An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin.
- Lebeaux, D. (1999). The rise of the transference in Davanloo's technique of ISTDP: principles, technique and issues for training. *Int. J. Short term Dynamic Psychotherapy*, 13, 3-16.
- Löfgren, L. (1990). The partiality of self-reference. In F. Heylighen, E. Rosseel, F. Demeyere (eds.), *Self-steering and cognition in complex systems. Toward a new cybernetics*. New York: Gordon & Breach.
- Louie, A.H. (2009). *More than life itself. A synthetic continuation in relational biology*. Heusenstamm: Ontos Verlag.

- Lutz, C.L. (1984). *Zwischen Sein und Nichts. Der Begriff des 'Zwischen' im Werk von Martin Heidegger. Eine Studie zur Hermeneutik des Metaxy*. Bonn: Dissertation.
- Madison, M. (2001). Is Stephen Hawking Modern?: A Study of A Brief History of Time in Relation to the Theories of Bruno Latour. <http://www.janushead.org/gwu-2001/madison.cfm>
- Malan, D. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. Oxford: Butterworth.
- Malan, D., & Coughlin Della Selva, P. (2006). *Lives transformed: a revolutionary method of dynamic psychotherapy*. Londen: Karnac Books.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition. The realization of the living*. Dordrecht/Boston: Reidel.
- Maturana, H.R., (1987). The biological foundations of self-consciousness and the physical domain of existence. In E.R. Caianiello (ed.), *Physics of cognitive processes. Proceedings of the International Symposium on physics of cognitive processes, Amalfi, Italy, 16-20 June 1986*. New Jersey: World Scientific Press.
- Meijer, R., & Rutgers, H. (2010). Health-care costing in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.*, 10 (Suppl 2): A20. Zie ook: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/S2/A20>
- Mengelberg, K., (2010). Clara Meijer-Wichmann Lezing, 10 december. zie: <http://www.enrgin.nl/xdata/devrijepsych/Downloads/Clara%20Meijer-Wichmann%20lezing%20.pdf>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard.
- Os, J. van, Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Hoogendijk, W.J.G., Hemert, A.M. van, Hodiament, P.P.G., Scheepers, F., Delespaul, Ph.A.E.G., Leentjens, A.F.G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(3), 245-252.
- Osimo, F. (2003). *Experiential Short-Term Dynamic Psychotherapy, a Manual*. Bloomington: Authorhouse.
- Pencil, M. (1976). The salt passage research: the state of the art. *Journal of Communication*, 26(4), 31-36.
- Pol, F. van de (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(11), 1095-1107 (zie ook: <http://www.ggzbeleid.nl/artikel/marktwerkingGGZ.pdf>)
- Porter, M.E., & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.

- Reik, Th. (1948). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Grove.
- Rosen, R. (1991). *Life itself. A comprehensive inquiry into the nature, origin and fabrication of life*. New York: Columbia Univ. Press.
- Rosen, R. (2000). *Essays on life itself*. New York: Columbia Univ. Press.
- Sartre, J.P. (1943). *l'Être et le Néant; Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.
- Schuurman, J.G., Moelaert El-Hadidy, F., Krom, A., & Walhout, B. (2007). *Ambient intelligence. Toekomst van de zorg of zorg van de toekomst?* Den Haag: Rathenau Instituut.
- Shotter, J. (1985). Accounting for place and space. *Environment & Planning D: Society & Space*, 3, 447-460.
- Smullyan, R.M. (1987). *Forever undecided: a puzzle guide to Gödel*. New York: Knopf.
- Spinhoven, Ph. (2000). Idolen van de klinisch psycholoog. *De Psycholoog*, 35, 160-166.
- Strien, P.J. van (1986). *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*. Assen: Van Gorcum.
- Varela, F.J. (1984). Das Gehen ist der Weg. In R. Kakuska (Hrsg.), *Andere Wirklichkeiten*. München: Dianus-Trikont.
- Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Verhaeghe, P. (2011). De effecten van een neoliberale meritocratie op identiteit en interpersoonlijke verhoudingen. *Oikos*, 56(1), 4-22.
- Verheul, W., (2007). Het volgen van de voortgang van cliënten in psychotherapie: eerste ervaringen met monitoring. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 45(3), 51-61.
- Wijngaarden, B. van, Meije, D., & Kok, I. (2008). Het onderscheidend vermogen van een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut. zie: http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/Vragenlijsten/Trimbos-rapport_discriminerend_vermogen_CQI_Kortdurende_ambulante_GGZ.pdf
- Woodworth, R.S., & Sheehan, M.R. (1997). *Contemporary Schools of Psychology*. New York: Ronald Press.
- Yalom, I.D. (1997). *Lying on the couch*. New York: Harper Perennial.
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (2010). Factsheet DBC-GGZ-uitvraag, 29-1.

Zuurbier, J., Rijn, W. van, Wagenaar, H. (2007). DBC-kostprijsbepaling: methodiek en resultaat. In J. Zuurbier, Y, Krabbe-Alkemade (red.), *Onderhandelen over DBC's*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Zuurbier, J., Gerven, E. van (2007). DBC's als middel om diffusie van verbeterde werkwijzen in zorg te versnellen. In J. Zuurbier, Y, Krabbe-Alkemade (red.), *Onderhandelen over DBC's*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Bijlage: Brief van 4 augustus 2009 aan de vaste Kamercommissie voor VWS



Deze brief is verzonden²⁰⁶ op 4 augustus 2009, met een cc aan de NZA. Het is niet ondenkbaar dat de NZA deze brief heeft gelezen, juist vanwege het feit dat hij aan de Kamercommissie was gericht.

Echte psychotherapie wordt binnenkort onbetaalbaar, en anders wel onhoudbaar.

In 2005 wilde de toenmalige minister van VWS het hele beroepsregister voor psychotherapie sluiten. Dat is toen bijna gelukt. Er waren, gelukkig, te veel praktische bezwaren. De wijze waarop nu in de ggz de DBC's worden onderverdeeld in tariefgroepen, is naar mijn mening een veel effectievere manier om de psychotherapie als voorziening in de ggz om zeep te helpen. En anders geeft de DBC-regelgeving wel interessante opties om het vak in diskrediet te brengen.

Ik leid een piepkleine (ambulante) ggz-instelling voor psychotherapie. Het gaat ons vooral om de moeilijkere problematiek, waarvoor onze grote zorg-concurrenten niet de tijd of de deskundigheid hebben. Voor ons is het dus van belang dat we psychotherapie betaalbaar kunnen blijven leveren, ook wanneer volgend jaar de financiering in onze sector geheel overschakelt naar de DBC-tarieven. T/m dit jaar (2009) is dat nog niet echt het geval, en worden we nog steeds uitbetaald volgens het oude stelsel, dus naar verrichtingen en niet naar afgesloten DBC's. Zo konden we tot nu toe de DBC's goed overleven, maar dat gaat veranderen.

De prijs van een sessie psychotherapie van 45 minuten die ik aan een freelancer moet kunnen uitbetalen, bijvoorbeeld eur 85, wordt straks onmogelijk en serieuze psychotherapie wordt een verliesgevende hobby met hoogstens enige pr-waarde. Commercieel gezien zal het sponsoren van de plaatselijke voetbalclub binnenkort meer gaan opbrengen.

²⁰⁶ Dit is dus een echte, niet-gefingeerde brief.

De tarieven voor DBC's zijn namelijk zo opgebouwd, dat er niet per sessie wordt afgerekend, maar per blok van zoveel tot zoveel minuten. Een behandeling voor de psychotherapie van bijvoorbeeld de productgroep "depressie vanaf 250 tot aan 800 minuten" schuift nu eur 1189, maar in de direct volgende productgroep, vanaf de 800e tot aan de 1800e minuut, wordt dat meteen eur 2288. Andere DBC-tarieven voor andere productgroepen zijn vergelijkbaar. Dit lijken fatsoenlijke tarieven, maar ze stimuleren vooral om de behandelingen zo kort mogelijk te houden **binnen** een productgroep. Immers, voor een depressie-behandeling van 850 minuten ontvangt de ggz-instelling evenveel als voor een behandeling van 1750 minuten. Het gemiddelde tarief per sessie is op die manier natuurlijk vooral winstgevend als de behandelduur net iets groter is dan de ondergrens van een productgroep. Omgekeerd, als de behandeling langer duurt dan ca 1200 minuten, dan geeft dat verlies bij het genoemde tarief van eur 85 per sessie.

Zou het mogelijk zijn dat ggz-instellingen zich bewust zijn van deze situatie, en met een schuin oogje kijken naar het te verwachten economisch resultaat van de te declareren minuten, derhalve vaker wel dan niet hun best doen om met de registraties in een beter betaalde productgroep te kunnen presenteren.? Zou zulke *upgrading* in Nederland mogelijk zijn? Ik denk het.

Stimuleert dit een ggz-instelling om winst te blijven maken? Jazeker! Maar het stimuleert niet om de behandelingen zo kort mogelijk te laten duren. Het stimuleert vooral om het aantal opgevoerde behandelminuten te laten passen in de opwaartse zaagtanden (zie figuur) en vooral niet in de neerwaartse!

Dus waarom niet nog even doorgewerkt? Wie kan ooit bewijzen dat de depressie van deze patient ook in minder tijd behandeld had kunnen worden? Het feit dát we er zo lang over doen, bewijst in dit systeem immers de ernst van de aandoening. Op die manier worden we als instelling al helemaal niet beloond voor kortere behandelingen, ja zelfs financieel gestraft als we niet uitkijken. Dit kan niet de bedoeling zijn.

Maar ook wat een fantastische mogelijkheden om te frauderen! Want we bieden nu toch zeker behandelingen aan van 7 zittingen psychotherapie per jaar. Na een jaar wordt de DBC gesloten en mogen we een nieuwe ope-

nen. En wat een extra capaciteit hebben we dan om ineens ons uurtarief drastisch te verhogen met al die patienten die maar 7x pj komen (of dan in ieder geval tussen 6x en 12x pj, of desnoods tussen de 18 en 27 keer, of heel desnoods tussen 40 en 47 keer).

Een voorbeeldje:

Mevrouw Dinges heeft in de afgelopen 11,5 maanden in totaal 17 sessies bij mij gehad. Dan belt ze om haar 18e afspraak te verplaatsen. Ik wil dan natuurlijk dat die nog net binnen de jaargrens van de lopende DBC valt; dat scheelt me snel 1100 euro. Maar nee, mevrouw wil net een dag later afspreken. Dus zeg ik tegen haar: nee mevrouw Dinges, dat gaat echt niet, komt u vooral een dag eerder. Ja maar dan heb ik een afspraak bij de kapper. Dan raak ik natuurlijk in paniek en ik zeg: als u die afspraak verzet, dan krijgt u van mij de helft van die extra centen, dus 550 euro, en dan betaalt u de kapper daarvan weer de helft als genoegdoening, maar, alsjeblieft, zeg ik, kom niet een dag later want dat kost me te veel! En dat doet ze dan. Vervolgens vraagt ze waarom ze niet elke keer zoveel geld van me krijgt als we een afspraak een dag eerder plannen. Vervolgens vraagt haar kapper waarom ze niet elke keer geld meebrengt als ze een afspraak uitstelt.....

Zo worden de behandelingen binnen de ggz vanzelf duurder, terwijl bij een andere structuur van de tarief-groepen dit probleem niet zou ontstaan. Te denken is aan een schijven-systeem, waarbij in een volgende schijf de prijs per behandel-minuut telkens afneemt. Hierdoor immers zou een veel zuiverder economische stimulans worden gegeven om de behandelingen zo kort mogelijk te houden, zonder deze fraude-mogelijkheden en zonder risico dat de (meeste) psychotherapie onbetaalbaar of verliesgevend zou worden.

Maar er is nog veel meer mogelijk om te frauderen met deze DBC's. Want een dure psychotherapeut hebben we helemaal niet altijd nodig om een DBC toch te mogen declareren in de dure variant 'met psychotherapie'. Daarvoor is binnen de DBC-definities slechts vereist dat een psychotherapeut meer dan 0 minuten betrokken is geweest bij de behandeling. Een enkele sessie psychotherapie van 45 minuten, gevolgd door 17 sessies bij een verpleegkundige, is dus al ruim voldoende om het hoge tarief te kunnen opstrijken. En dat is bovendien heel geschikt als tegenwicht tegen de korting van enkele procenten voor de hele sector, die de minister van VWS al heeft aangekondigd voor 2010.

Ik hoop werkelijk dat mijn geachte collega-instituten zo snugger zullen zijn om deze fraude-variant te vermijden. Immers de minister zal dan met des te meer reden kunnen beweren dat psychotherapie eigenlijk overbodig is, omdat het vooral misbruikt wordt voor dure declaraties. De minister zal bovendien kunnen beweren, op grond van geregistreerde DBC-gegevens, dat behandelingen 'met' en 'zonder' psychotherapie nauwelijks van elkaar verschillen anders dan qua prijs. Het feit dat 'met psychotherapie' op een wel zeer aparte manier is gedefinieerd in de DBC-regelgeving, zal dan zeker niet opvallen. Bovendien zal de ggz-sector het aan zichzelf te wijten hebben, wanneer er dankzij deze fraude-variant straks geen verschil meer kan worden gevonden tussen deze wel zeer verdunde psychotherapie en andere behandelvormen.

Dit kan worden voorkomen wanneer psychotherapie op een degelijke manier zou zijn gedefinieerd in de DBC-regelgeving, bijvoorbeeld zodanig dat minimaal 80% van de contact-minuten uit (echte) psychotherapie bestaat.

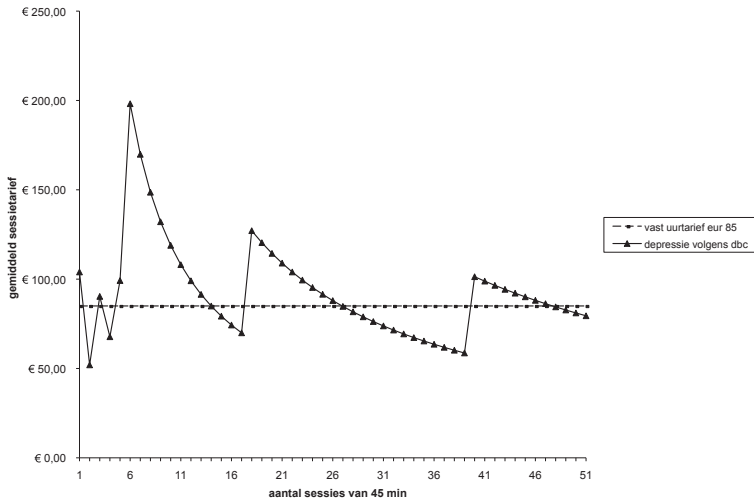
Thans echter is er sprake van defecte DBC-regelgeving, met het risico van misbruik door de declarerende ggz-instellingen, waardoor een onnodige disqualificatie van psychotherapie op grond van oneigenlijke administratieve registraties. Is dit zoals wij het hebben willen?

Voor het moment blijven voor mij de volgende vragen onbeantwoord:

1. waarom kunnen de DBC's niet uitbetaald worden volgens een schijven-tarief, zodat er geen kunstmatige verlenging van behandelingen wordt gestimuleerd?
2. waarom wordt een behandeling technisch reeds aangemerkt als 'met psychotherapie' zodra er meer dan 0 minuten worden geregistreerd? Zo krijgen we toch geen zinvolle onderscheiding ten opzichte van andere behandelmethoden?

Arno Goudsmit, Maastricht
4 augustus 2009

Bijlage: Brief van 4 augustus 2009 aan de vaste Kamercommissie voor VWS



Deze grafiek toont de zaagtandlijn die de gemiddelde sessie van 45 minuten kost, afgezet tegen het aantal sessies dat een behandeling duurt. Bij elke nieuwe zaagtand begint een nieuwe tariefgroep, en we zien dat gemiddelde prijs dan korte tijd zeer gunstig is, om snel te zakken. Dit tariefsysteem stimuleert het afsluiten van behandelingen aan het begin van een nieuwe zaagtand en het ontmoedigt pogingen om de gemiddelde behandelduur te verkorten

Colofon

Psychotherapie in Tijden van Administratie
Afgevinkte frustraties over de nieuwe gekte in de geestelijke gezondheids-
zorg
Arno Goudsmit

ISBN 978 90 8850 348 1
NUR 770

Foto omslag
Bigstockphoto.com

Vormgeving
Redactie bureau Ron Heijer, Markelo

Uitgever
Paul Roosenstein

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:
Postbus 257, 1000 AG Amsterdam
Telefoon: (020) 330 72 00
Fax: (020) 330 80 40
E-mail: swp@mailswp.com
Internet: www.swpbook.com