

Meningsverschillen en nepnieuws

Willem Gotink, Hoofdredacteur GGZTotaal

De GGZTotaal van maart 2019.

Het is niet de eerste keer dat ik het hier opmerk en het zal waarschijnlijk ook niet de laatste keer zijn: de moeite die het in de GGZ kost om meningsverschillen te overbruggen is soms spreekwoordelijk. Is dat nou in andere sectoren - onderwijs, welzijn, bankwezen, de bouw - ook zo? En als dat in die andere sectoren hetzelfde is, gaat dat dan ook gepaard met dubieuze informatie, tegenwoordig wel nepnieuws genoemd?

'Nuance is niet sexy', zegt psychiater Christiaan Vinkers. Hij lanceerde een website over anti-depressiva met de bedoeling de vóórs en de tegens objectief tegenover elkaar te zetten. Want het debat daarover is nog wel eens verhit en ongenueanceerd. Leg de [boeken van Vinkers en Peter Gøtzsche](#) maar eens naast elkaar, dan snapt u wat ik bedoel. De site van Vinkers beoogt in ieder geval beide zijden te belichten, een uitzondering in deze tijd.

Ook het debat rond de ROM is ietwat uit de hand gelopen, met fervente voor- en tegenstanders. Daarbij worden aan beide zijden nog wel eens argumenten uit de kast gehaald, die weinig oog hebben voor de inzichten aan de andere kant van het spectrum. Ondertussen is de [Akwa opgericht](#), die de doorontwikkeling van 'ROM nieuwe stijl' vorm moet geven. De vraag is of daarmee aan alle bezwaren van de ROM tegemoet wordt gekomen. Waarom is het in de GGZ toch zo lastig om de kwaliteit te laten meten?

"Best ingewikkelde materie", meldde Stijn Ekkers bij het aanleveren van zijn column. Na alle bezwaren op de ROM, zoals privacy, methodologische bezwaren en bureaucratie, voert Ekkers een nieuwe mogelijkheid aan: zelfevaluatie. 'Slagers kunnen best hun eigen vlees keuren'.

Niet controversieel, maar ook gelijk een stuk minder bekend, is het zorgafstemmingsgesprek (ZAG). Het ZAG kent een lange geschiedenis als hulpmiddel bij het organiseren en stimuleren



van ambulante zorg in gezamenlijkheid met de cliënt, naasten en betrokken professionals. Koen Westen gaat terug in de tijd om de oorsprong van het ZAG te achterhalen om daarna het proces te volgen tot de huidige en recent ontwikkelde ZAG-werkwijze.

In zijn recensie van De biografie als medicijn, de zin van levensverhalen in de zorg, van Suzanne Kruijs loopt Johan Atsma tegen een heel andere tegenstelling aan. Hij ziet de biografische dialoog (de onderwerp van het boek) zeker als mogelijkheid. Maar wel voor een beperkte groep: mensen die zich de luxe in tijd, verbale mogelijkheid, bewustzijn en levensstandaard kunnen veroorloven. Voor een groot deel van de Nederlandse samenleving een niet-haalbare illusie.

Gisele Vranckx is in haar maandelijkse gedicht duidelijker. "Nergens een lichtpunt, die mijn hart kan vervullen, totdat alles een geheel wordt. Ik niet meer hoeft te schuilen."

Tot slot, nepnieuws of geen nepnieuws, maar wel een beladen onderwerp: marktwerking in de zorg. Vorige week [stelde minister De Jonge](#) in een interview in het Algemeen Dagblad, dat 'de marktwerking in de zorg is doorgeslagen'. Daar heeft hij helemaal gelijk in. Maar was deze minister niet van het CDA, dat toch minstens medeverantwoordelijk is geweest voor die marktwerking? De verkiezingen komen er aan, maak uw borst maar nat.

BETER WORDEN DOE JE THUIS

AMBULANTISEREN MET HET ZORGAFSTEMMINGSGESPREK

Het zorgafstemmingsgesprek (ZAG) kent een lange geschiedenis als hulpmiddel bij het organiseren van transmurale zorg en het stimuleren van ambulante zorg in gezamenlijkheid met de cliënt, naasten en betrokken professionals. Dit artikel gaat terug in de tijd om de oorsprong van het ZAG te achterhalen om daarna het proces te volgen tot de huidige en recent ontwikkelde ZAG-werkwijze.

De oorsprong

In 1983 stuurde de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid op onderzoek naar verantwoorde alternatieven voor opname in de GGZ. Een vorm van dagbehandeling met bijpassende ambulante behandeling, als alternatief voor opname, werd voorgesteld. Met dit doel initieerde men in 1984 het Substitutieproject Drenthe geïnitieerd en dat betekende een afname van bedden in de GGZ en de opkomst van ambulante zorg. Een opname in de kliniek verving het volgen van therapie in een dagcentrum binnen de kliniek, waarna de cliënt in de avond weer naar huis kon: de Opname Vervangende Deeltijd Behandeling was geboren.

Cliënten en hun naasten verwachtten bij aankomst in de kliniek echter een opname en geen dagbehandeling. Het eerste contactmoment vergde veel van zowel de cliënt als de hulpverlener. Er moest onder andere een kennismaking plaatsvinden, informatie verstrekt worden en de veiligheid moest gewaarborgd kunnen worden. Patiënt en familie moesten hun verwachtingen (opname) bijstellen en akkoord gaan met een nieuw soort dagbehandeling. Om deze reden werd 'de screening' ontworpen. De screening was een gestructureerd overleg aan de hand van een checklist, tussen ambulante en klinische hulpverleners, deels samen met cliënt, diens netwerk en verwijzer, om te zoeken naar mogelijkheden om de gevraagde opname om te zetten in dagbehandeling. Mede door het gebruik van de screening bleek de dagbehandeling voor 40% van de cliënten een nuttig alternatief.

Een tussenstap: ZorgAfstemmingsOverleg

Met de overstap van Van Veldhuizen naar GGZ Noord-Holland Noord, net na de eeuwwisseling, ontstond er daar een variant op de Opname Vervangende Deeltijd Behandeling, namelijk de Acute Dag Behandeling, met ook daar een variant op de screening, namelijk het zorgafstemmingsoverleg. Het zorgafstemmingsoverleg zette men in om cliënten en diens naasten te informeren en afspraken rondom de zorg goed af te stemmen.

Flexibiliteit was hierbij belangrijk. Het doel van het zorgafstemmingsoverleg: zo flexibel mogelijke afspraken maken met de cliënt en diens naasten. In het zorgafstemmingsoverleg maakte medewerkers afspraken tussen patiënt en het steunsysteem, bijvoorbeeld over middelengebruik of veiligheid: wat te doen als het thuis niet goed liep. Het zorgafstemmingsoverleg bood ook de mogelijkheid om in te gaan op de belasting van naasten, hun zorgen en hen in hun veerkracht te steunen.



Het belangrijkste van een zorgafstemmingsoverleg op een kliniek bleek de aanwezigheid van het ambulante team, wanneer een cliënt, onder behandeling van een ambulant team, tijdelijk opgenomen werd. De aanwezigheid van het ambulante team zorgde voor een betere afstemming van behandeling. Het ambulante team had hierdoor de mogelijkheid keuzes toe te lichten en de langere termijn te schetsen. Tevens bood de aanwezigheid van het ambulante team geborgenheid voor de naasten. Naasten hoefden op deze manier niet nog eens uitleg te geven over de situatie en het ontstaan ervan. Na het zorgafstemmingsoverleg werd een behandelplan opgesteld voor de cliënt, met hierin de gemaakte afspraken.

Naar het Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)

Het zorgafstemmingsoverleg ontwikkelde zich binnen GGZ Noord-Holland Noord verder tot het zorgafstemmingsgesprek (ZAG). De ontwikkeling en implementatie van het zorgafstemmingsgesprek ontstond vanuit het streven naar transmuraal werken. In eerste instantie betrof het de samenwerking van de ambulante teams met de crisisafdeling. Het ZAG bleek succesvol en werd lokaal en landelijk geïmplementeerd. Dat het middel succesvol was, bleek uit de volgende observaties:

- Door een goede afstemming zaten alle betrokkenen op een lijn.
- De opnameduur werd korter.
- De afstemming over de behandeling, het doel en de wensen van alle betrokkenen werd meegenomen in het behandelplan.
- Hersteldoelen liepen door tijdens een klinische interventie.
- Tevredenheid van cliënten en netwerk van de cliënten werd groter.

Het ZAG werd een middel om communicatie, verwachtingen en verantwoordelijkheden te bespreken vooraf, tijdens en na opnames met de cliënt, zijn of haar netwerk, de

kliniek en het verwijzende ambulante team. Het doel bleef om de klinische interventie een korte onderbreking te laten zijn van de leidende ambulante behandeling, want beter worden doe je thuis.

“het zorgafstemmingsoverleg is een praktische fine-tuning op het behandelplan.” (J.R. Van Veldhuizen).

ZAG in het heden

Mevrouw A.:

“Het maken van afspraken met mijn ambulante begeleiders met al die andere mensen erbij was toch wel handig. In eerste instantie wilde ik mijn moeder er niet bij hebben, liever alleen m'n broer. Uiteindelijk nam hij haar toch mee naar het gesprek. Het gaf me al snel een goed gevoel dat mijn begeleider de mensen van de kliniek goed kende en dat ze leuk met elkaar omgingen. Dat maakte hen toch wat minder bedreigend. Het maken van afspraken ging allemaal wat langs mee heen, hoewel ik wel het gevoel had dat ik hier en daar mijn mening kwijt kon. Ik vond het fijn dat ze in het gesprek meteen mijn ontslagdatum wilden plannen. Dat maakte voor mij duidelijk dat iedereen aan tafel hetzelfde voor ogen had en begreep dat ik ook niet lang wilde blijven.”

Persoonlijk begeleider:

“Mevrouw A. was aanwezig samen met haar broer, moeder en ambulant begeleider. Zelf was ze heel afwezig, dus het was fijn dat haar broer het één en ander kon vertellen over haar situatie. De uitleg van de ambulante casemanager over hoe de behandeling tot nu toe was verlopen en wat er allemaal al was geprobeerd hielp ons om het beleid voor de opname te bepalen. We hebben duidelijke doelen gesteld en direct taken verdeeld waarin de broer, moeder en ambulant behandelaar ook een rol spelen. Zo kunnen we toch een soort van warme overdracht en ambulante continuïteit borgen.”

De meeste GGZ instellingen in Nederland maken gebruik van zorgafstemmingsgesprekken voor het afstemmen van zorg met hulpverleners, cliënten en de betrokken formele en informele resources. Daarnaast maakt het zorgafstemmingsgesprek zijn intrede in Sociale Wijkteams, voornamelijk wanneer het cliënten betreft met psychiatrische problematiek én bij meerdere vormen van hulpverlening. Ter ondersteuning is na uitgebreid onderzoek de ZAG-werkwijze ontwikkeld om de aloude visie op zorgafstemming voor de toekomst ook in praktische zin te borgen.

In een tijd waarin het netwerk van zorg en hulpverlening rondom een cliënt met psychiatrische problematiek uit steeds meer verschillende formele en informele partijen bestaat, neemt het afstemmen met externen een steeds belangrijkere plaats in. Het zorgafstemmingsgesprek en de ZAG-werkwijze in het bijzondere ondersteunen cliënten, naasten en professionals in de GGZ en het sociaal domein om met elkaar het goede te doen.

Zie www.ccaf.nl voor de ZAG-werkwijze en het boek *Zorg voor Afstemming* (Peeters & Westen, 2018) voor meer informatie over zorgafstemming tussen teams, professionals en domeinen.

Over de auteurs:

Mw. Rowie Jacobs, voormalig student HBO-Verpleegkunde aan Avans Hogeschool, is verpleegkundige bij Novadic-Kentron.

Mw. Devany Lamers, voormalig student HBO-Verpleegkunde aan Avans Hogeschool, is verpleegkundige bij de Pompestichting.

Dr. Pim Peeters is werkzaam als Docent-Onderzoeker bij Avans Hogeschool.

Dhr. Remmers van Veldhuizen is psychiater, voormalig directeur zorgontwikkeling van GGZ NHN en erebestuurslid van het CCAF.

Dhr. Koen Westen is werkzaam als Docent Verpleegkunde bij Avans Hogeschool en Vicevoorzitter van het CCAF.



“Zou deze moeder haar kinderen ook gedood hebben zonder antidepressivum Seroxat?” kopte de internet-versie van de Volkskrant twee dagen vóór ons interview. Het ging daarbij over de zaak Aurelie, die in 2013 haar twee kinderen ombracht. Het gebruik van Seroxat zou daar de oorzaak van zijn.

De papieren versie maakte maar liefst vier pagina's vrij voor de komende rechtszaak, met iets minder retorische koppen: 'Fatale kortsluiting' en 'Dramatische bijwerkingen'.

“Nuance is niet sexy”, zegt psychiater Christiaan Vinkers. Anderhalf jaar geleden verscheen zijn boek 'Even slikken', over de zin en onzin van antidepressiva dat hij met ziekenhuis-apotheker Roeland Vis schreef. Het doel daarvan was genuanceerde informatie over antidepressiva te geven, zowel positief als negatief. Afgelopen halfjaar ontwikkelde hij met Roeland Vis en de redactie van De Jonge Psychiater, de website www.antidepressiva.nl, met hetzelfde uitgangspunt. De teksten legde hij niet alleen aan collega-psychiaters voor, maar ook aan ervaringsdeskundigen.

“Nuance over antidepressiva is niet sexy”

Website moet compleet beeld geven over voor- en nadelen van antidepressiva

Waarom een website over antidepressiva?

“Ik vind het belangrijk dat er goede informatie over medicijnen voorhanden is. Het stempel op depressie en antidepressiva is groot. Die drempel wordt alleen maar groter, als er zo'n vooroordeel dat 'je een zombie met moordneigingen wordt' rondzingt.

Voor sommige mensen is het gebruik van antidepressiva levensreddend. Patiënten vertellen me bijvoorbeeld dat ze met het gebruik van antidepressiva meer kwaliteit van leven hebben. Daarmee zeg ik niet dat er geen nadelen zitten aan het gebruik van antidepressiva, maar het is wel één van de behandelopties.”

“Er is veel op internet te vinden, maar de vraag is altijd wat er wel en wat er niet klopt. Er zijn veel vooroordelen als het gaat om antidepressiva. Aan de ene kant hebben mensen het soms over 'geluk uit een potje' en soms wordt er een direct verband met agressie en suïcide. Geen van beiden is zondermeer waar. Toch zijn er ook patiënten die weinig baat bij antidepressiva hebben”

Belangrijk detail: “Deze website krijgt geen sponsoring met de farmaceutische industrie en mijn salaris wordt er ook niet door beïnvloed.” Bovendien: “Het is nog best een hele klus.”

Hebben de tegenstanders een punt, worden antidepressiva te vaak voorgeschreven?

“Het getal van 1 miljoen antidepressivagebruikers is te kort door de bocht”, zegt Vinkers. “Ten eerste wordt het heel vaak ook voor andere aandoeningen dan depressies voorgeschreven. Denk aan angststoornissen, slapeloosheid en pijnklachten. De helft van antidepressiva worden tegen depressie gebruikt, en een kwart van de gebruikers haalt maar 1 keer het recept op, maar telt wel mee in het getal van 1 miljoen gebruikers. Wij berekenden dat 150.000 antidepressivagebruikers in Nederland ze langer dan een jaar tegen depressie gebruiken, tegenover 800.000 mensen met jaarlijks een depressie.

Er zal ook een groep mensen zijn die antidepressiva ten onrechte gebruiken, maar hoe groot die groep is weten we niet goed. Daar tegenover staat een groep mensen die er bij gebaat zouden zijn als ze het wél gebruiken, maar het niet doen.”

Waar komt dat onbehagen over antidepressiva dan vandaan?

“Een kop als ‘Zou deze moeder haar kinderen ook gedood hebben zonder antidepressivum?’ leest natuurlijk als een detective. Het is spannend en spreekt tot de verbeelding. Maar wat moet je nou als je dat leest en je het zelf al een jaar slikt? Je zult ook nooit een krantenkop tegenkomen als ‘Zou deze man nog leven zonder antidepressiva?’ Al is dat even relevant.”

De maandag na de publicatie van het artikel kwamen de eerste telefoontjes al bij hem binnen. Van mensen die een antidepressiva gebruikten, met de vraag of ze het middel wel moesten blijven slikken.

“Je moet je in ieder geval afvragen of dit verhaal voor jouw situatie relevant is”, zegt Vinkers. “Die artikelen gaan over hele specifieke rechtszaken. In de wetenschappelijke literatuur is er geen basis dat volwassenen meer risico op agressie hebben. Bovendien: in de

afgelopen jaren is het aantal gebruik van antidepressiva verdubbeld, terwijl het aantal mensen dat slachtoffer was van moord en doodslag is gehalveerd. Als SSRI's (één van de soorten antidepressiva, red.) de kans op incidenten zou verhogen, zouden er dan ook niet logischerwijs meer slachtoffers moeten zijn?”

“Het verband tussen agressie, suïcide en antidepressiva is heel lastig te leggen. Op groepsniveau is het er in ieder geval niet. Bij kinderen en jongeren ligt dat anders, daar zijn die nadelen er wel. Dan nog is de relatie met het plegen van een moord zeldzaam. Maar je moet daar wel eerlijk over zijn en het goed monitoren en begeleiden.”

Vinkers begrijpt niet helemaal waarom antidepressiva zoveel negatieve aandacht krijgen. “Bij Prednison is de kans op suïcidaliteit vier keer zo groot. Daar hoor je weinig over. Maar antidepressiva worden nou eenmaal meer gebruikt en krijgen dus ook veel aandacht. Antidepressiva krijgen ook veel meer aandacht dan benzodiazepinen (oxazepam, temazepam), terwijl die veel meer bijverschijnselen kennen en over het algemeen veel minder goede effecten op de lange termijn hebben.”

Kun je dan zeggen dat antidepressiva nauwelijks bijwerkingen geven?

“Antidepressiva geven zeker bijwerkingen, hoe ernstig ze zijn verschilt per persoon”. Citaat van de website www.antidepressiva.nl: “Antidepressiva kunnen bijwerkingen geven. Vaak gaat dat om misselijkheid, hoofdpijn, gewichtstoename, slecht slapen en libidoverlies. (...) Ongeveer de helft van de mensen die beginnen met antidepressiva krijgt hier last van. De meeste bijwerkingen worden na een paar dagen tot weken een stuk minder of verdwijnen. Toch kunnen sommige bijwerkingen ook na langere tijd aanwezig blijven, bijvoorbeeld gewichtstoename of klachten van seksuele aard, zoals

minder zin in seks, erectiestoornissen of moeilijker een orgasme kunnen krijgen. (...) Bijwerkingen zijn voor 10 tot 20 procent van de gebruikers een belangrijke reden om met antidepressiva te stoppen.”

Alle opties op tafel

De bezoekersaantallen van de website nemen langzaam toe, de reacties zijn overwegend positief. Ook in zijn eigen praktijk wijst hij mensen op de site, zodat ze zich kunnen inlezen vóór ze eventueel iets krijgen voorgeschreven.

“Sommige mensen zijn principieel tegen antidepressiva en zouden willen dat niemand ze gebruikt. Ik vind dat als je last hebt van een zware depressie die je leven vergalt, dan moeten alle opties op tafel liggen. Maar als je principieel ‘tegen’ antidepressiva bent, zal je je ook niet door feiten laten overtuigen.”

Het plan is om de site nog uit te breiden met andere psychofarmaca. Zo zit wellicht een website over antipsychotica nog in de pijplijn en wellicht een site over benzodiazepines. Vinkers: “Het is iets dat ik als psychiater ongelofelijk belangrijk vind: goede informatie op een genuanceerde manier. De websites zijn een uit de hand gelopen hobby naast mijn werk als psychiater, maar ik hoop dat mensen er echt iets aan hebben. Belangrijk is dat de website onafhankelijk is en de voors én de tegens bespreekt. Antidepressiva zijn namelijk geen magische pillen die iedereen beter maken.”

“Nuance is niet sexy”. Daarin lijkt Christiaan Vinkers de volgende dag gelijk te krijgen. Kreeg het artikel over de ‘Fatale kortsluiting’ en de ‘Dramatische bijwerkingen’ maar liefst vier middenpagina's in de zaterdageditie van de Volkskrant, de ingezonden brief van Vinkers, waarin hij één en ander nuanceert, staat op dinsdag in de marge van pagina 22. Weggedrukt door een cartoon over Schiphol en een ingezonden mededeling over de ouderenzorg.

de nacht zal altijd deelgenoot blijven
met dichte ogen sleept hij mij mee
In een droomloze slaap

zowel de taal als de omgeving
veranderen met de kinderen mee
vergeten herinneringen

ik wil niet langer duiken in emoties
terwijl mijn verlangen hoofden in masseert
vraag ik mij af waar ik ben

nergens een lichtpunt
die mijn hart kan vervullen
totdat alles een geheel wordt
ik niet meer hoeft te schuilen

© Gisele Vranckx



Verborggen

Gedicht van Gisele Vranckx



De biografie als medicijn, de zin van levensverhalen in de zorg

Susanne Kruys:

Johan Atsma recenseert het boek

De titel 'De biografie als medicijn' belooft nogal wat, geplaatst in de context van zorg. Susanne Kruys schrijft met die titel een boek waarin ze niet aarzelt namen als Nietzsche en Jung te citeren en een duidelijke visie te ventileren rondom het idee van de biografische dialoog. Het levensverhaal is natuurlijk per definitie een essentieel element in de benadering van en zorg voor mensen die dreigen te kapseizen in hun leven of anderszins op grote problemen en levensvragen stuiten in het dagelijks bestaan. Daar zijn we het binnen de zorg zo langzamerhand wel over eens. Dat een biografische dialoog, samen met een ander je levensverhaal beschouwen, ook als medicijn kan werken is een bewering die Susanne Kruys in dit boek met verve handen en voeten geeft door met een vijftal mensen deze biografische dialoog aan te gaan.

In dit boek interviewt Kruys een vijftal mensen die allen direct te verbinden zijn aan de GGZ in Nederland: we maken als lezer kennis met het levensverhaal van Trudy Dehue, emeritus hoogleraar wetenschapstheorie op het gebied van psychologie en psychiatrie; Carlo Leget, hoogleraar Zorgethiek; Machteld Huber, huisarts en grondlegger van 'Positieve gezondheid'; Dirk de Wachter, psychiater met de nodige bekendheid sinds de publicatie van zijn boek "Borderline times"; Wilma Boevink, oprichter en kopstuk van de Herstelbeweging HEE (Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) en Jim van Os, hoogleraar psychiatrie. Zowaar niet een gering gezelschap en het is zeer boeiend om hun levensverhalen te lezen in de vorm van de biografische dialoog. We lezen zo over drijfveren, valkuilen, persoonlijke crises en overwinningen en al het ander dat een ieder bewoog en heeft gevormd. Kruys toont zich een vaardig gesprekspartner. De gesprekken zijn opgebouwd volgens een vast stramien.

In de woorden van Kruys kun je dat als volgt samenvatten: "Methodisch wordt het levensverhaal verkend, levensthema's en 'rode draden' worden zichtbaar en uiteindelijk ook het levensmotief. Dat kan nieuwe inzichten doen ontstaan en een nieuw en zinvol perspectief van waaruit bewuste keuzes kunnen worden gemaakt voor de toekomst."

Het verslag van de gesprekken wordt gevolgd door theoretische verdieping die Kruys koppelt aan telkens een ander thema dat zich in die zes biografische dialogen aandient. Ze behandelt onderwerpen als de vier dimensies van ons bestaan, ziekte en gezondheid, herstel en ook zingeving. Kruys laat daarna de geïnterviewde tot slot reflecteren op de dialoog. Er zijn ook nog een aantal vragen voor de lezer geformuleerd waarmee je zelf aan de gang kunt gaan. Kruys gebruikt regelmatig de vorm van adequate zelfonthulling om een en ander te illustreren door middel van persoonlijke terzijdes.

In het hoofdstuk 'Het verhaal van deze tijd' aan de hand van de dialoog die Kruys voert met Trudy Dehue staat een dikgedrukte zin die naar mijn idee voor het hele boek van belang is: "De uitdaging van deze tijd is te komen van een uiterlijk naar een innerlijk verhaal, van 'hebben' naar 'zijn'."

In elk van de hoofdstukken lees je daarover. Die persoonlijke zoektochten zijn prachtig om te lezen, soms indrukwekkend, soms heel herkenbaar en bij een ieder zie je een vorm van persoonlijke strijd en ontwikkeling die de persoon brengt tot waar hij of zij nu staat. Telkens komen ook de vier dimensies van het bestaan naar voren: de fysieke, de sociale, de psychische en de spirituele dimensie. Hoofdstuk 2, het verhaal van Carlo Leget, handelt daar specifiek over.

Al lezend ontstaat een beeld van wat de biografische dialoog vermag.

Toch raakt het boek, wellicht ongewild, aan een tendens die bij mij regelmatig vraagtekens oproept. Aan reflectie bij elk van de hoofdpersonen geen gebrek, de biografische dialoog is wat dat betreft een mogelijkheid voor een aantal mensen die zich die luxe in tijd, verbale mogelijkheid, bewustzijn en levensstandaard kunnen veroorloven.

Ik probeer hier het woord elitair te vermijden maar laat het toch klinken. Het 'ik' staat centraal en de persoonlijke ontwikkeling staat voorop. In een tijd waar mythes geen rol meer spelen zouden we nu held kunnen worden in ons eigen verhaal. "Zou er in deze tijd van het ik, van het individu, een oproep kunnen klinken om onze persoonlijke mythe te leven? Het pad van onze zelfverwerkelijking, waarmee we onze diepste zin tot werkelijkheid brengen? Want identiteit en zingeving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden."

Een prachtig ideaal maar ik vrees dat dat voor een groot deel van de Nederlandse samenleving een niet haalbare illusie is die wordt opgegeten door het dagelijks bestaan en dus van weinig sociale realiteitszin getuigd.

Susanne Kruys, De biografie als medicijn, de zin van levensverhalen in de zorg

Uitgeverij LannooCampus; 319 pagina's incl noten en literatuurlijst; Prijs: € 29,99,

ISBN 978 94 014 5643 2



Een slager kan best zijn eigen vlees keuren

Over zelfevaluatie in de GGZ

Door: Stijn Ekkers

Na het ROM-debacle van de Stichting Benchmark GGZ (SBG) lijkt er nu eindelijk een deugdelijke set indicatoren te komen om de kwaliteit van ggz-behandelingen te gaan meten.

Tenminste, Alliantie Kwaliteit in de GGZ, de opvolger van de besmette Stichting, heeft staatssecretaris Blokhuis van VWS belooft dit najaar met een meetinstrument te komen dat wél door patiënt en het werkveld geaccepteerd zal worden.

Het zou een wonder heten. Er was zoveel mis met de door routine outcome monitoring (ROM) gegenereerde data. In 2012 verschijnt in een themanummer over ROM van het Tijdschrift voor Psychiatrie een essay waarin gesteld wordt dat benchmarking op deze manier “wetenschappelijk niet gefundeerd (is), niet gevalideerd en niet ethisch door een aantal onoverkomelijke methodologische problemen: confounding, bias, instrumentenmix en lage sensitiviteit”. Was getekend, alle kernhoogleraren psychiatrie. Niet veel later start een deel van hen de protestbeweging StopBenchmark-ROM. Ook patiënten zelf komen er achter dat de “veilige” en “gepseudonimiseerde” gegevens toch herleidbaar zijn tot individuele gevallen.

Opschorten

De kritiek helpt niet. Vanaf 2017 worden ggz-instellingen verplicht ROM-data aan de SBG te leveren. Anders volgt korting op de DBC-betalingen door de Zorgverzekeraars. Ondanks de mooie woorden over inzicht in de kwaliteit van zorg, lijkt de maatregel vooral ingegeven om de alsmaar stijgende ggz-kosten (bij elkaar ruim 5 miljard) te beteugelen.

Medio 2017 doen er 230 instellingen mee. Anno 2019, na onder andere een zeer kritisch rapport van de Algemene Rekenkamer en een uitspraak van de Autoriteit Persoonsgegevens, zijn daar nog maar 75 van over. GGZ Nederland adviseert zelf haar leden de aanlevering van data aan de SBG op te schorten tot de verantwoordelijke minister met een set indicatoren komt die wel “de privacy van de patiënt garanderen en het mogelijk maken dat zorgaanbieders en professionals in een veilige omgeving kunnen leren en verbeteren”.



Unieke consensus tussen behandelaar en patiënt

Het is ingewikkelde, technische materie. Maar wat je haast zou vergeten: de ggz is eigenlijk vóór systematische evaluatie van de zorg. De behandeling bijsturen en optimaliseren met ROM is immers wel degelijk mogelijk en ook zinvol. Zo beschrijven Van Os en Delespaul in 2018 (TvP 60) een alternatief kwaliteitskader waarin behandelresultaten op wijkniveau worden gemeten. Data zijn hierin niet gebaseerd op ‘symptoom- en GAF-scores’, maar op de unieke consensus tussen behandelaar en patiënt over wat persoonlijk herstel is en hoe die in de loop der tijd bij te houden en te evalueren. In samenwerking met huisartsen en WMO-partners kan de ggz volgens dit kader prima ‘zinnig, zuinig en zorgzaam’ zijn. Dat wil zeggen: dat de schaarse middelen worden besteed aan hen met de ergste problemen en comorbiditeit.

Zelfevaluatie

Iemand die zich bij uitstek sterk maakt voor kwaliteitszorg en de evaluatie daarvan is klinisch psycholoog/psychotherapeut Anton Hafkenscheid. Dat deed hij al in zijn boek de

'therapeutische relatie' (2014), waarin hij aantoont hoe monitorinstrumenten die relatie kan helpen te verbeteren. In zijn laatste boek 'Beter worden in je vak' (2018) richt hij zich op zelfevaluatie van de behandelaar.

Want dat wordt nog wel eens vergeten: de ROM-zelfrapportagevragenlijsten gaan alleen uit van de mening van de patiënt. "De behandelaar of clinicus wordt gezien als een a priori bevooroordeelde beoordelaar die de onweerstaanbare neiging heeft om de eigen behandelresultaten te rooskleurig voor te stellen." Maar deze subjectiviteit speelt, in tegenstelling tot de somatische geneeskunde, waarin wel objectieve diagnostiek kan plaatsvinden met behulp van bijvoorbeeld scans en laboratoriumuitslagen, elke actor in de ggz volgens Hafkenscheid parten: patiënten, beleidsmakers en zelfs kritische wetenschappers. Beoordelingsfouten zoals verwachtingseffecten en vertekening door persoonlijke voorkeuren of financiële belangen zijn haast onvermijdelijk. Nee, per definitie is de ggz subjectief en cultureel gekleurd, want de definitie van psychische problemen wordt "bepaald door de waarderingen die patiënt, behandelaar en sociale omgeving toekennen aan de emoties, overtuigingen en gedragingen waarmee de patiënt zichzelf en/of anderen hindert".

Drie elementen

Waar het Hafkenscheid om gaat is dat die verkleuring wordt onderkend en deze subjectiviteit juist wordt gesystematiseerd. Het oordeel van de behandelaar over het behandelrelatie- en processen is door allerlei monitorinstrumenten

in kaart te brengen. Die uitkomsten kunnen vervolgens samen met de beoordelingen van de patiënt tijdens de behandeling worden besproken waarna bijvoorbeeld therapeutische aanpassingen kunnen worden gedaan opdat de behandeling niet stagneert of suboptimaal verloopt. Dus niet zoals bij het DBC-model alleen achteraf, maar steeds opnieuw gedurende de behandeling. Dat houdt 1. de emotionele band goed en 2. de behandeltaken scherp en 3. de behandeldoelen helder. Samen genomen bepalen deze drie elementen de kwaliteit van de therapeutische relatie, die in belangrijke mate weer het succes van de behandeling bepalen.

Monitorinstrumenten helpen

Voorbeelden van zulke monitorinstrumenten zijn de Verkorte Beoordelingslijst Therapiegesprek en de Therapeut Tevredenheidsschaal die met name gefocust zijn op de beleving van het behandelproces. Mochten er mogelijk meer psychodynamische elementen spelen zoals regressie, projectie of overdracht kunnen die door Beoordelingschaal Beïnvloedingsboodschappen (BBB-C) of Interpersoonlijke cirkel worden opgespoord. Zo kan de mate van gevoel (vriendelijk, afstandelijk, vijandig) en autonomie en zelfsturing (dominant, volgzaam), de complementariteit (complementair, half, anti) en ego-posities (ouder, kind, volwassene) tussen behandelaar en patiënt worden geanalyseerd en bijgesteld. Daarbij is het belangrijk te zien dat een goede therapeutische relatie helemaal geen harmonieuze relatie hoeft te zijn. Een therapeut kan, afhankelijk van de psycho-

pathologie, ook te conflict vermijdend of juist te sturend zijn en daarmee onvoldoende de autonomie bevorderen.

Eigen feilbaarheid en subjectiviteit onderkennen

Het lijkt goed meer aandacht te besteden aan systematische zelfevaluatie zoals Hafkenscheid die beschrijft. De werkzaamheid van de behandeling blijkt uit velerlei onderzoek is fundamenteel afhankelijk van een 'waarachtige', 'oprechte' of 'authentieke' relatie tussen hulpvrager- en verlener. Door te monitoren kan de eigen feilbaarheid en subjectiviteit in het behandelproces worden onderkend wat juist die relatie en het resultaat ten goede komt.

Of de Akwa dit najaar met gelijkaardige gepersonaliseerde kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten zal komen lijkt uitgesloten. De technocratische controlezucht om artificieel te objectiveren en te standaardiseren, dit geloof in de maken meetbaarheid om elke euro te kunnen verantwoorden, lijkt onverminderd groot. Het gevolg: aan de onderbehandeling van mensen met grootste lijdensdruk en urgentste klachten komt voorlopig geen einde.

Stijn Ekkers is SPV, POH en historicus. Hij is werkzaam bij de GGD Amsterdam en als docent verbonden aan Avans+.