

GZ-PSYCHOLOGIE

TIJDSCHRIFT OVER GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOGIE – WWW.GZPSYCHOLOGIE.NL

JAARGANG 2
NUMMER 7
NOVEMBER 2010

**MARGREET
VISSER**
'Het kind moet
centraal staan'


DISSOCIATIE
Tussen slapen en
waken

**JEROME
WAKEFIELD**
Definitie depressie
moet veranderen

DBC'S GGZ
Noodzakelijk kwaad?



NARCISME.



Comorbiditeit
Geschiedenis
Diagnostiek
Behandeling
Uw eigen rol!

14 DECEMBER 2010
10.00 – 17.00 UUR
EDE

Inschrijven: www.benecke.nl

COLOFON

GZ-psychologie is een onafhankelijk wetenschappelijk tijdschrift van medische uitgeverij Benecke, dat acht keer per jaar verschijnt.

HOOFDREDACTEUR

Prof. dr. Jan Derksen, hoogleraar Klinische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen

REDACTIE

- Jacqueline A-Tjak, klinisch psychologe PsyQ Zaandam en eigenaar van A-Tjak cursussen
- Pancras van den Bos, klinisch psycholoog, Cerno development, Nijmegen
- Dr. Jos Egger, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en P-opleider GGZ Noord- en Midden-Limburg en Radboud Universiteit Nijmegen
- Paul van der Heijden, klinisch psycholoog, Reinier van Arkel groep, Radboud Universiteit Nijmegen
- Marjolein van den Ingh, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Reinier van Arkel groep en docent Rino Groep
- Bart Mol, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, Cerno development Nijmegen, Gelderse Roos Arnhem
- Arienne Struik, gz-psycholoog, Herlaarhof, Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Vught

REDACTIEADVIESRAAD

- Prof. dr. Pim Cuijpers, hoogleraar Klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Liesbeth Eurlings-Bontekoe, universitair hoofddocent sectie Klinische Psychologie Universiteit Leiden en hoofdopleider van de postmaster beroepsopleidingen tot klinisch psycholoog en gezondheidszorgpsycholoog
- Dr. Nicole Krol, gz-psycholoog/orthopedagoog NVO generalist, universitair docent sectie Orthopedagogiek RU en hoofdopleider gezondheidszorgpsycholoog K&J SPON opleidingen, Radboud Universiteit te Nijmegen
- Prof. dr. Peter Muris, hoogleraar Klinische psychologie Erasmus Rotterdam en hoofdopleider GZ K&J en V&O
- Prof. dr. Corine de Ruiter, hoogleraar Forensische Psychologie, Universiteit Maastricht
- Prof. dr. Maarten van Son, hoogleraar Klinische psychologie, Universiteit Utrecht
- Dr. Marc Verbraak, klinisch psycholoog, inhoudelijk directeur HSK Groep en hoofdopleider gezondheidszorgpsychologen SPON opleidingen, Radboud Universiteit te Nijmegen

EINDREDACTIE

Benecke, Wijnand van Dijk
Arena Boulevard 61-75, 1101 DL Amsterdam
Telefoon: (020) 715 06 14, fax: (020) 691 84 46
E-mail: redactie@gzpsychologie.nl

UITGEVER

Wijnand van Dijk

MEDEWERKERS AAN DIT NUMMER

Jorn Hövels, Hilde Pauwels

VORMGEVING EN OPMAAK

Novente vormgevers, Barneveld

Drukker

EPOSPRESS, Zwolle

ABONNEREN

Zie www.gzpsychologie.nl of Abonnementenland Postbus 20, 1910 AA Uitgeest
Tel.: 0900-ABOLAND of 0900 226 52 63
Fax: 0251 31 04 05
Zie www.bladenbox.nl voor abonneren of www.aboland.nl voor adreswijzigingen en opzeggingen.

ADVERTEREN

Linda van Iwaarden: (020) 715 06 32
E-mail: redactie@gzpsychologie.nl

Prijzen jaarabonnement (8 edities): particulieren € 70; instellingen € 140; studenten € 35.
Zie www.gzpsychologie.nl.
Opzeggingen (uitsluitend schriftelijk) dienen 8 weken voor afloop van de abonnementsperiode in ons bezit te zijn.

© Benecke 2010
ISSN: 1879-5080



Dit tijdschrift is gedrukt op ecologisch papier

IN DIT NUMMER

jaargang 2 • nummer 7 • november 2010

4 Nieuws

6 'We moeten het kind meer centraal gaan stellen'
Bij seksueel kindermisbruik kan er frictie ontstaan tussen justitiële waarheidsvinding en behandeling, vertellen Margreet Visser, behandelcoördinator van het Kinder- en Jeugdtraumacentrum in Haarlem, en Francien Lamers-Winkelman, bijzonder hoogleraar 'Preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling'.

11 Op zoek naar de BIG-loze psychologen
Peter van Drunen

12 Waar dissociatie vandaan komt – het schemergebied tussen slapen en waken
D. van der Kloet; prof. dr. H.L.J.G. Merckelbach

23 Forensische rapportage door het PBC ter discussie
Nawoord prof. dr. J.J.L. Derksen

24 'We verliezen het gevoel voor normale emoties'
Een interview met de Amerikaanse professor Jerome C. Wakefield over depressie en DSM: 'Veel symptomen van depressie zijn heel normale emoties.'

26 De vanzelfsprekendheid van evidence based werken
Dr. B.G. Tiemens; dr. A.J.A. Kaasenbrood; G.J. de Niet

34 Boos: computer says no...
Column Arienne Struik

35 Agenda

36 DBC's in de ggz, ontwrichtende of herstellende werking?
Prof. dr. Richard Janssen; P. Soeters

46 Over emoties en politiek
Column Jan Derksen

MARGREET VISSER



FOTOGRAFIE: TRUDY KROESE

6

'Het kind centraal'

'VAN ALLE PSYCHOLOGEN IN DE GGZ BLEEK MEER DAN EEN DERDE NIET TE BESCHIKKEN OVER EEN BIG-REGISTRATIE. DAN HEBBEN WE HET OVER 'GEVESTIGDE' GGZ-INSTELLINGEN, DIE ZICH ZO GRAAG LATEN VOORSTAAN OP HUN KWALITEIT.'

PETER VAN DRUNEN OVER DE BIG-LOZEN, OP PAGINA 11

JEROME WAKEFIELD



FOTOGRAFIE: HILDE PAUWELS

24

Jerome Wakefield: 'De omschrijving van depressie moet veranderen.'

Agressieve jongens zoeken affectie

Probleemjongeren zoeken elkaar niet op, maar raken met elkaar opgescheept. Ze zoeken vaak wel sociale vrienden, maar ze vinden hierbij geen aansluiting. Dit blijkt uit onderzoek van socioloog Jelle Sijtsema. Hij zegt dat training in sociale vaardigheden ze mogelijk zou kunnen helpen.

In de sociale wetenschappen wordt veel gedrag van agressieve jongens verklaard uit de zogenaamde *homophilic selection*-theorie. Agressieve jongens zouden actief op zoek zijn naar gelijkgestemde vrienden, om samen rotzooi te trappen. Uit onderzoek van Sijtsema blijkt echter dat vriendschapsvoorkeuren van agres-

sieve jongens niet afwijken van sociale jongens. Het onderzoek is gebaseerd op langlopende TRAILS-studie onder middelbare scholieren.

Sijtsema onderzocht ook de samenhang tussen lichamelijke kenmerken en agressie. Hieruit blijkt dat jongens die in rust een lage hartslag hebben, meer geneigd zijn sensatie te zoeken en daardoor vaker in conflict komen met autoriteiten. Volgens Sijtsema is het aannemelijk dat deze jongens een sterkere behoefte aan stimulatie hebben. Waarschijnlijk voelen zij zich doorgaans minder op hun gemak en hebben ze meer prikkels nodig om zich goed te voelen. Bij meisjes werd een verband tussen lage hartslag in rust en agressi-

viteit niet aangetoond. Verminderde angst of een gebrek aan prikkels uit zich bij meisjes wellicht op een andere manier dan in agressie, suggereert Sijtsema. Wel blijkt dat meisjes die gevoeliger zijn voor stress en niet zo goed in de groep liggen, eerder geneigd zijn tot fysieke agressie. Met deze nieuwe inzichten kunnen jongeren geholpen worden hun agressie te verminderen. In plaats van gestraft, zouden agressieve jongens getraind moeten worden in sociale vaardigheden. Zo kunnen ze aansluiting vinden bij jongens die sociaal en niet-agressief zijn. Ook helpt het onderzoek om verschillende vormen van agressie bij meisjes te onderscheiden.

Bron: www.rug.nl

Voorlichtingscampagne patiënten met psychose

Het project Tijdige Onderkenning Psychose (TOP) is een nieuwe voorlichtingscampagne voor het brede publiek gestart om mensen met een eerste psychose sneller hulp te bieden.

Momenteel duurt het zes tot acht maanden voordat een patiënt met een psychose professionele hulp krijgt. Met hulp van geld van ZonMw wordt nu onderzocht of het met voorlichting mogelijk is om deze patiënten eerder in beeld en in behandeling te krijgen.

De afgelopen twee jaar zijn er al trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten geweest voor professionals, zoals huisartsen, leerkrachten en werkers binnen de ggz. Nu is een campagne gestart om

het algemene publiek in te lichten. Met folders bij de huisarts en in bibliotheken, posters, kaarten en lespakketten wordt aangegeven op welke signalen mensen moeten letten. Als de omgeving denkt dat iemand zich in de gevarenzone bevindt, kunnen zij de infolijn bellen. Het VIP-team (Vroege Interventie Psychose) gaat dan naar de patiënt toe, waarna de patiënt indien nodig kan worden uitgenodigd voor een intake bij het AMC.

Het onderzoek moet in juli 2011 afgerond zijn. TOP werkt samen met de ggz-instellingen Arkin en InGeest, het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, de Universiteit van Amsterdam, de Amsterdamse GGD en patiëntenvereniging Anoksis. (MvK)

Bron: www.psychoseamsterdam.nl

Winnaars Psyche Mediaprijs 2010

Carolien Euser, Rogier Dijkman en Arno Haijtema hebben de Psyche Mediaprijs 2010 gewonnen met hun artikel 'Nooit meer een kopstoot' over alcoholverslaving, gepubliceerd in *De Volkskrant*. De Psyche Mediaprijs is een nieuwe prijs - bestaande uit van 5.000 euro - voor een journalist of programmamaker die bijdraagt aan meer openheid en minder schaamte over psychische aandoeningen.

Bron: www.psychischegezondheid.nl

Antidepressie cursus via web en telefoon

De afdelingen Klinische Psychologie en Kunstmatige Intelligentie van de Vrije Universiteit in Amsterdam hebben een nieuwe cursus tegen depressie ontwikkeld. Deze cursus wordt via een interactieve website en een mobiele-telefoonapplicatie aangeboden. Via de website en software is er contact met een geautomatiseerde coach.

De cursus, genaamd BAS – *Behavioral Activity Scheduling* – is gebaseerd op de al bestaande gedragsactivatiebehandeling. Gedragsactivatie

is gebaseerd op gedragstherapie. Uitgangspunt is het verband tussen activiteit en stemming om depressieve klachten onder controle te krijgen. BAS bestaat uit vijf blokken die via een website en via software op een mobiele telefoon uitgevoerd worden. Gedurende de cursus leren deelnemers technieken om hun stemming en dagelijkse activiteiten in de gaten te houden en om de relatie tussen deze twee te zien. Daarna leren de deelnemers het aantal plezierige activiteiten te verhogen en meer positieve sociale interactie met hun omgeving te hebben. De geautoma-

tiseerde coach geeft tips en feedback over de vorderingen gebaseerd op de informatie die de deelnemer invult. De cursus wordt eerst getest in de regio Amsterdam op mensen die last hebben van somberheidsklachten en daar graag aan willen werken. Deelnemers volgen gedurende vijf weken de cursus en vullen daarvoor en daarna een aantal vragenlijsten in. Deelnemers krijgen een mobiele telefoon te leen waarop de software draait en krijgen een login voor de website.

Bron: www.bascoach.nl

Maatschappelijke kosten van neuroticisme

Neuroticisme onder volwassenen tussen de 18 en 65 jaar kost de samenleving ongeveer 10 miljard euro per jaar; ongeveer 2,5 maal zoveel als de kosten van depressies en angststoornissen samen. Dit blijkt uit onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam en het Trimbos-instituut, dat vorige maand is gepubliceerd in het tijdschrift *Archives of General Psychiatry*.

De onderzoekers berekenden aan de hand van een steekproef van 5.500 Nederlanders (uit het Nemesis-bevolkingsonderzoek) de kosten van

neuroticisme voor de ggz. De meeste kosten (ruim 90 procent) worden veroorzaakt door extra ziekteverzuim en slechts een beperkt deel door de kosten voor gezondheidszorg. Pim Cuijpers, onderzoeksleider en hoogleraar Klinische psychologie aan de Vrije Universiteit, zegt dat dit onderzoek aangeeft hoe belangrijk het is om te investeren in behandelingen en interventies die helpen bij neuroticisme – en minder te focussen op de afzonderlijke trekken en stoornissen die samengaan met of voortkomen uit neuroticisme, zoals nu veelal gebeurt.

Bron: www.vu.nl

Géén eigen bijdrage tweedelijns gzz

Het ministerie van VWS heeft uiteindelijk besloten in 2011 toch geen eigen bijdrage voor de tweedelijns ggz in te voeren.

Het plan om in 2011 een eigen bijdrage voor tweedelijns ggz in te voeren is van de baan. Minister Klink heeft een andere dekking gevonden voor het tekort van 110 miljoen. Onder andere met reserves uit het geneesmiddelenkader en door het overhevelen van reumamedicijnen naar de ziekenhuizen vanaf 1 juli 2011. Ziekenhuizen kunnen deze geneesmiddelen goedkoper inkopen.

Daarnaast zal de ggz afspraken maken met zorgverzekeraars om patiënten van de duurdere tweede lijn terug te verwijzen naar de eerste lijn. Voor de eerstelijns psychologische zorg geldt sinds 2008 een eigen bijdrage van 10 euro per zitting met een maximum van 8 behandelingen.

Bron: www.kiesbeter.nl

Nieuwe kliniek voor complexe eetstoornissen

Novarum heeft een nieuwe kliniek geopend voor mensen met complexe eetstoornissen die nu niet of onvoldoende geholpen kunnen worden in het regionale poliklinische en klinische behandelcircuit. De nieuwe kliniek biedt intensief kort klinische zorg (IKK), een persoonsgebonden behandeling die gebaseerd is op principes uit de cognitieve gedragstherapie.

De nieuwe kliniek richt zich onder meer op mensen die (nog) onvoldoende gemotiveerd zijn voor behandeling omdat zij lijden aan een langdurige eetstoornis of angstig worden bij de gedachte te moeten worden opgenomen.

Andere doelgroepen zijn cliënten bij wie naast de eetstoornis andere psychiatrische problematiek een belangrijke rol speelt, ex-clieënten die te maken hebben met een ernstige terugval en mannen met een ernstige eetstoornis.

De IKK richt zich op stabilisatie en bereidt cliënten voor op de verdere behandeling. De behandeling wordt gegeven door een multidisciplinair team, dat bestaat uit onder meer psychiaters, psychotherapeuten en gedragstherapeutisch medewerkers. Zij hebben speciale aandacht voor de diagnostiek van psychische problematiek, naast de eetstoornis.

Bron: www.novarum.nl

Aanvulling

Bij het artikel '70-jarige gedomineerd door zijn zachtehartige hond, behandeling van beiden?' (*GZ-psychologie* nummer 6 20010, p.38) van dr. S.P.J. van Alphen ontbraken de auteursgegevens: dr. S.P.J. (Bas) van Alphen, GZ-psycholoog, Mondriaan, voor geestelijke gezondheid, Divisie Ouderen, Postbus 4436, 6401 CX Heerlen, e-mail: spj.vanalphen@planet.nl

F O R U M

De redactie nodigt u uit schriftelijk te reageren op artikelen in deze uitgave. U kunt uw reactie mailen naar redactie@gzpsychologie.nl. De reacties plaatsen we in een volgend nummer. De redactie houdt zich het recht voor inzendingen te weigeren of in overleg met de auteur in te korten.

Kindermisbruik: behandeling vs aangifte

'We moeten het kind meer

Bij aangifte van seksueel kindermisbruik kunnen politie en justitie informatie vragen aan hulpverleners. Maar als justitiële waarheidsvinding en behandeling elkaar kruisen, kan dat frictie geven. Dat zeggen Margreet Visser, behandelcoördinator van het Kinder- en Jeugdtraumacentrum in Haarlem, en Francien Lamers-Winkelmann, bijzonder hoogleraar 'Preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling' aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Visser: 'In zedenzaken koesteren politie en justitie vaak argwaan jegens psychologen en pedagogen.'

JORN HÖVELS, WETENSCHAPSJOURNALIST

Bij aangifte van seksueel misbruik worden kinderen tot twaalf jaar door een onderzoeker gehoord in een verhoorstudio, een kindvriendelijke verhoorkamer. De politie kan voor haar informatie ook een beroep doen op de hulpverlening, maar voor een behandelaar is justitiële waarheidsvinding ondergeschikt aan een goede behandeling. Ook voor de politie prevaleert het welzijn van het slachtoffer, maar behandelaars zijn justitieel niet behept met een schuldvraag.

Die verdeelde verantwoordelijkheid kan minder vanzelfsprekend zijn of lijken als de behandeling en het justitieel aangiftetraject elkaar bij de informatieoverdracht kruisen. De behandelaar kan zich dan afvragen of het aangiftetraject ook ten goede komt aan het kind. Visser: 'Zo wordt de informatie van behandelaars voor de rechtbank ook vaak tegen het kind gebruikt. Dan stelt de advocaat van de beschuldigde bijvoorbeeld dat de behandelaar het kind suggestief heeft bevraagd. Meestal is dat onzin, maar rechters zijn gevoelig voor het argument.'

Argwaan jegens psychologen

Idealiter gaat, in het geval van aangifte, het studioverhoor vooraf aan een eventuele behandeling. Bij het studioverhoor hanteert de politie een forensische gesprekstechniek die suggestieve gesprekselementen – zoals insinuerende vragen – zoveel mogelijk weert, zodat het kind zo waarheidsgetrouw mogelijk verslag doet van zijn ervaringen. Door het studioverhoor vooraf te laten gaan aan de behandeling voorkomt justitie dat het verslag gekleurd wordt

door de behandeling, want dat zou de eerlijke rechtsgang belemmeren.

Maar zoals gezegd, dat is het ideale scenario. Het studioverhoor levert namelijk niet altijd de gewenste informatie op en wettelijk is vastgesteld dat het slechts eenmalig mag worden afgenomen. Visser: 'Kinderen kunnen bijvoorbeeld bang worden en dichtslaan, ook omdat ze met de politieverhoorder geen vertrouwensband hebben.' In dergelijke situaties komt soms de hulpverlening in beeld en hoopt de politie dat er in de loop van de behandeling meer informatie boven water komt. 'Als dan wordt beweerd dat onze informatie suggestief verkregen is, doet dat afbreuk aan onze professionaliteit. In zedenzaken wordt de inbreng van psychologen en pedagogen nog steeds met argwaan bekeken.'

Kind van de rekening

Het veronderstelde wantrouwen jegens psychologen en pedagogen heeft een voorgeschiedenis. In 1999 stelde het college van procureurs-generaal de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken (LEBZ) in. Het LEBZ moet voorkomen dat mensen die worden beschuldigd van seksueel misbruik al te lichtvaardig worden aangehouden. In 2002 publiceerde de expertisegroep een rapport waaruit bleek dat met name alternatieve therapeuten vaak een schadelijke, sturende rol hebben in zedenzaken. Zo meenden veel dertigers zich destijds in hun behandeling voor het eerst te herinneren dat ze als kind seksueel misbruikt waren.

De publicatie heeft er mede voor gezorgd dat aangiften van seksueel misbruik nu kritischer tegen het licht worden gehouden. Lamers-Winkelmann: 'Maar dat resulteerde ook in de wat krampachtige overtuiging dat kinderen vóór hun studioverhoor in geen geval door een behandelaar gezien mogen worden. Die volgorde wordt te rigide nageleefd en dat gaat ten koste van het kind.'

Een voorbeeld: er bestaat een vermoeden van seksueel kindermisbruik, maar de ouders willen geen aangifte doen en dan vindt er geen studioverhoor plaats. Maar in de behandeling komt er bij het kind van alles naar boven, waarna de ouders besluiten om alsnog aangifte te doen. Maar nu de behandeling goed en wel is



centraal gaan stellen'



Margreet Visser (links): 'In zedezaken koesteren politie en justitie vaak argwaan jegens psychologen en pedagogen.'
Francien Lamers-Winkelmann: 'De volgorde studioverhoor-behandeling wordt te rigide nageleefd en dat gaat ten koste van het kind.'

gestart, is men terughoudend met het afnemen van het studioverhoor. Dat de informatie van de behandelaar suggestief is, acht de rechtbank aannemelijk, de dader wordt niet berecht. Of één van de ouders is de beschuldigde. Dan kan die vanuit zijn of haar zeggenschap de behandeling tegenhouden; uit het studioverhoor blijkt immers dat er niets aan de hand is.

Multidisciplinaire samenwerking

In plaats van het vasthouden aan een vaste volgorde tussen studioverhoor en behandeling zouden Visser en Lamers-Winkelmann liever zien dat per casus wordt afgewogen hoe het kind het best geholpen is. Visser: 'We moeten het kind meer centraal gaan stellen.'

Met die insteek pleiten zij voor multidisciplinaire, forensisch geschoolde teams, waarin de strafrechtelijke- en civielrechtelijke poot van de hulpverlening samen naar een passende oplossing zoeken. ‘Je kunt dan samen inventariseren welke informatie de verschillende partijen in het aangiftetraject nodig hebben: de politie, de behandelaar, de kinderarts en de officier van justitie. Nu zie je vaak dat twintig volwassenen zich met één gezin bemoeien, dat het kind van hot naar her rent en het na drie maanden nog niet geholpen is.’

Binnen de teams zou een forensisch geschoolde gedragskundige het studioverhoor kunnen afnemen, vinden ze. Lamers-Winkelman: ‘Want die heeft kennis van het ontwikkelingsniveau van kind, en met goede scholing ben je er tegelijkertijd van verzekerd dat het verhoor zuiver verloopt. Voor de duidelijkheid: het gaat dan om een forensisch geschoolde gedragsdeskundige interviewer die niet deelneemt aan de behandeling van het kind.’

Het probleem is dat er maar weinig Nederlandse psychologen forensisch geschoold zijn. ‘Maar dat is overkomelijk: in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, waar in zedenzaken al langer met multidisciplinaire teams wordt gewerkt, worden psychologen samen met de politie geschoold in forensische interviews.’

Bril van de hulpverlener

Ad Verhorevoort is coördinator van de kindvriendelijke verhoorstudio in Eindhoven en voorzitter van het landelijk overleg van de coördinatoren van alle veertien verhoorstudio’s in Nederland. Het verhaal van Visser moet ook van de andere kant worden belicht, zegt hij. ‘Kinderen zijn beïnvloedbaar, snel geneigd de gewenste antwoorden te geven en vatbaar voor suggestie. Signaalgedrag wordt vaak verkeerd geïnterpreteerd en een bevraging bevestigt al snel een bestaand vermoeden.’ Hij geeft een voorbeeld: ‘Een jongen van acht stel je een open vraag: “Wat vind je van school?” Hij zegt: “Leuk.” Je trekt een bedenkelijk gezicht: “Is dat leuk, elke dag rekenen en taal?” “Nee”, stamelt de jongen, “ik vind school helemaal niet fijn.” Met twee vragen is die jongen als een blad van een boom omgedraaid.’ Verhorevoort verklaart: ‘Kinderen groeien op in een onderwijsmodel. Zij weten: als een leraar een vraag herhaalt, was mijn vorige antwoord fout en wordt er een ander antwoord van mij verwacht. Hoe vaker je hetzelfde vraagt, hoe groter de kans dat een kind zijn antwoord aanpast. Daarom is ooit wettelijk vastgesteld dat het studioverhoor eenmalig mag plaatsvinden. De vraagstelling spitst zich daarbij toe op de primaire gewaarwording: op hoe iets proefde, rook en voelde. Want dat is toetsbaar, met die bewijsvoering sta je strafrechtelijk sterk.’

Strafrechtelijke bewijsvoering

Verhorevoort ziet geen reden minder strikt om te gaan met de volgorde studioverhoor-behandeling. ‘Verreweg de meeste studioverhoren leveren wel de gewenste informatie op. Het

aantal kinderen dat niet wil praten, is te verwaarlozen. Veel is afhankelijk van een goede voorbereiding.’

Hij hamert erop dat het studioverhoor alleen zuiver kan zijn als er geen sturing van buitenaf – en dus ook nog geen behandeling – heeft plaatsgevonden. ‘Stel, moeder vindt vijf euromuntjes in de jaszak van haar dochtertje en vraagt: “Hoe kom je daaraan?” Het kind begint te blozen en antwoordt: “Gevonden.” Moeder: “Vijf losse muntjes, waar dan?” Dochter: “Nee, ik heb ze van een man gekregen.” De gedachten van moeder slaan op hol: “Wat moest je daarvoor doen?” Grote kans dat het kind dan gaat fantaseren omdat ze meent haar moeder een antwoord verschuldigd te zijn.’ En dan is het kwaad al geschied, dan valt er in het studioverhoor mogelijk weinig meer met het kind aan te vangen, stelt Verhorevoort. ‘Ze kan denken: als ik hier vertel dat ik tegen mamma loog, vertelt de politie dat aan mamma en krijg ik straf. Dat doe ik niet. De waarheid is dan nauwelijks meer te achterhalen en de bewijsvoering wordt lastig. Het is een ander verhaal als moeder en dochter televisie kijken en de dochter bij een verkrachtingsscène zegt: “Dat deed opa ook.” Dan spreken we van een spontane onthulling. Als we dan, zonder sturing van buiten, direct een studioverhoor afnemen, valt daar strafrechtelijk weinig op af te dingen.’

Bril van de hulpverlener

Pas als kinderen ‘aan mamma’s rok gaan hangen’ en het studioverhoor niets oplevert, stuurt Verhorevoort hen voor meer informatie naar de hulpverlening. Pas vanaf dat moment, is hij – net als de gedragsdeskundigen – voorstander van multidisciplinaire teams. ‘Samen aan de slag met een casus; alle neuzen dezelfde kant op.’ Dat impliceert ook dat hij weinig heil verwacht van forensisch geschoolde hulpverleners. Het gebeurde namelijk al eens eerder, vertelt

hij, dat verstandelijk gehandicapten verhoord werden door hulpverleners. ‘Dat is toen afgeblazen. Deskundigen vonden destijds dat die hulpverleners door de bril van een hulpverlener bleven kijken. Ook al waren ze forensisch geschoold, je kon merken dat ze hulpverlener waren. Ze gingen vooral mee in de beleving van het slachtoffer, stelden weinig kritische vragen. Ze vroegen bijvoorbeeld niet: “Als u keer op keer door die man wordt misbruikt, waarom gaat u dan telkens naar hem terug?” Ze benaderden de verstandelijk gehandicapten als slachtoffers; vergaten helemaal dat het om verméende slachtoffers gaat.’

Flinterdunne bewijslast

Verhorevoort is niet onverzettelijk in zijn standpunt. ‘Wat mij betreft zou een mogelijke bijdrage van gedragsdeskundigen best verkend mogen worden, maar dan moeten er waarborgen komen inzake hun opleiding en de toetsbaarheid van het verhoor.’ Want het bewijs in zedenzaken is flinterdun, legt de politiefunctionaris uit. ‘Er zijn zelden sporen omdat slachtoffers het misbruik pas veel later onthullen. En we moeten voorkomen dat

**‘HOE VAKER JE HETZELFDE VRAAGT, HOE
GROTER DE KANS DAT EEN KIND ZIJN
ANTWOORD AANPAST’**

een advocaat op de zitting zegt: “Er was niets aan hand tot het kind bij hulpverlener kwam.” Als een advocaat mist kan opwerpen rondom de werkwijze van de behandelaar is een rechter snel geneigd tot vrijspraak of seponeren.’

Verhorevoort koestert geen argwaan jegens behandelaars, maar vindt dat zij zich meer mogen realiseren dat elke casus een juridische nasleep kan hebben. ‘Een behandelaar moet voor de rechtbank kunnen uitleggen hoe hij te werk ging, welke signalen hij van het kind heeft opgevangen en wat het kind precies heeft gezegd. Ons advies: wees daarin transparant. Neem de behandeling desnoods op, zodat je de informatie kunt overleggen wanneer dat nodig is. Dan kun je in elk geval laten zien dat je niet suggestief bent geweest, dat de belastende informatie van het kind zelf komt.’

Ieder zijn vak

Wim Schlooz, psychiater bij het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Herlaarhof in Vught, begrijpt niet goed waarom behandelaars zich met het aangiftetraject bemoeien. ‘Ze plaatsen zich daarmee in de positie van een getuigedeskundige. Een behandelaar behandelt, is een expert in diagnostiek en stelt informatie waar nodig ter beschikking aan justitie. Het justitieapparaat zoekt waarheid, beoordeelt, veroordeelt en straft. Alleen als een behandelaar tegen de grenzen van zijn behandeling aanloopt, als het mij bijvoorbeeld

echt niet meteen lukt de veiligheid van het kind met hulp van de ouders te waarborgen, schakel je als behandelaar een derde partij in, zoals de Raad van de Kinderbescherming. Een rechtsgang kan in dat kader ook worden ingezet.

Als behandelaar kun je alleen maar hopen dat het door jouw overlegde materiaal juridisch overtuigend is en daarom moet je dat zo goed mogelijk doen. Echte waarheidsvinding – kijken of er spermasporen zijn – is een justitiële zaak. Een behandelaar legt uit waarom hij als gedragsdeskundige de uitspraken van een vermeend slachtoffer als waar beoordeelt. Zelf ben ik medicus en

heb de eed van Hipocrates afgelegd. De veiligheid en het welzijn van kind, daarvoor ben ik verantwoordelijk, de juristerij hoort daar niet vanzelfsprekend bij. Schoenmaker, blijf bij je leest.’

Kindvriendelijke bril

In reactie op de stelling name van verhoorcoördinator Verhorevoort en psychiater Schlooz erkennen Visser en Lamers-Winkelmann dat kinderen bij een vermoeden van seksueel misbruik zo snel en zo weinig mogelijk moeten worden gehoord. Visser: ‘Dat is in het belang van het kind en in het belang van een goede rechtsgang.’

Maar zij wijzen er nogmaals op dat het studioverhoor niet perse hoeft te worden afgenomen door een politiefunctaris. ‘Dat kan gebeuren door een politiefunctaris die geschoold is in het verhoren van kinderen, maar ook door een forensisch gedragsdeskundige die geschoold is in het forensisch interviewen van kinderen bij een vermoedens van seksueel misbruik. Ook omdat die laatste onderlegd is in de ontwikkelingspsychologie en kennis heeft van het cognitieve niveau en de taalontwikkeling van het kind.’

Het verhoor laten afnemen door forensisch geschoolde gedragsdeskundigen gebeurt al jaren in andere landen, waaronder de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Israël, Canada, Zweden, Finland, Noorwegen en Colombia. Lamers-Winkelmann: ‘En de juridische kwaliteit van die

interviews doet niet onder voor interviews door politiefunctarissen. Dat blijkt veelvuldig uit onderzoek, onder andere van professor Lamb die destijds verbonden was aan het Amerikaanse *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD). Samen met een groep internationale onderzoekers ontwikkelde hij het NICHD-protocol voor het interviewen van kinderen bij vermoedens van seksueel misbruik. Lamb is sinds enkele jaren verbonden als hoogleraar aan de Universiteit van Cambridge en wordt erkend als de expert op het gebied van forensische kindinterviews.’ ■

**‘ALS BEHANDELAAR KUN JE ALLEEN MAAR
HOPEN DAT HET DOOR JOUW OVERLEGDE
MATERIAAL JURIDISCH OVERTUIGEND IS EN
DAAROM MOET JE DAT ZO GOED MOGELIJK
DOEN. ECHE WAARHEIDSVINDING – KIJKEN
OF ER SPERMASPOREN ZIJN – IS EEN
JUSTITIËLE ZAAK’**



GZ-PSYCHOLOGIE

TIJDSCHRIFT OVER GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOGIE - WWW.GZPSYCHOLOGIE.NL

JAARGANG 2
NUMMER 5
JULI 2010



Neem een abonnement op *GZ-psychologie* en ontvang:

- jaarlijks **8** uitgaven
- toegang tot het **besloten deel** voor abonnees op www.gzpsychologie.nl met onder meer artikelen en vakinformatie
- **25%** korting op het Jaarsymposium GZ-psychologie
- **10%** korting op alle Benecke-studiedagen voor gz-psychologen (zie de agenda op www.benecke.nl)

Bezoekt u als abonnee het Jaarsymposium GZ-psychologie of drie andere studiedagen, dan heeft u uw abonnement er al uit!

Profiteer tot 1 januari 2011 van de introductiekorting:

- Jaarabonnement particulieren: € 70,- (normaal € 95,00)
- Jaarabonnement instellingen (3 exemplaren): € 140,- (normaal € 190,00)
- Jaarabonnement studenten: € 35,- (normaal € 47,00)

Voor informatie en aanmeldingen zie www.gzpsychologie.nl

Psychologen en pedagogen zonder registratie

Op zoek naar de BIG-loze psychologen

Een paar nummers geleden wijdde ik in dit tijdschrift een stukje aan de 'BIG-lozen': psychologen en pedagogen die zonder BIG-registratie werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Dat leidde, Ausnahmsweise, tot een stortvloed van reacties. Blijve reacties: 'Goed dat hier aandacht voor komt'. En boze reacties, gelukkig niet zo zeer tegen mijn stukje als wel tegen (vooral) zorgverzekeraars die het werken zonder BIG-titel steeds moeilijker maken.

PETER VAN DRUNEN

Hoe omvangrijk het probleem van de BIG-lozen is, bleek eens te meer uit *Medewerkers@ggz2009*, een rapport van GGZ-Nederland dat in juli verscheen. Van alle psychologen in de ggz bleek meer dan een derde niet te beschikken over een BIG-registratie. Let wel: dan hebben we het niet over de *lawless crowd* van nieuwe zorgaanbieders, maar over 'gevestigde' ggz-instellingen, die zich zo graag laten voorstaan op hun kwaliteit.

Zoals ik in mijn stukje aankondigde, wordt momenteel onderzocht of het mogelijk is een aangepaste opleiding te ontwikkelen, die niet-BIG-registreerden in staat moet stellen alsnog een registratie te behalen. In het kader daarvan is onlangs een onderzoek gehouden dat meer zicht moet geven op deze groep: wie zijn de psychologen zonder BIG-registratie, waar werken ze, in hoeverre is het ontbreken van een BIG-registratie een probleem?

Het onderzoek beperkte zich tot de groep BIG-lozen die voor 1 januari 2005 is afgestudeerd. Het leverde een aantal opzienbare resultaten op. Zo bleek niet alleen dat vrijwel alle respondenten in de individuele patiëntenzorg werken, maar ook dat de overgrote meerderheid van hen daarin geheel zelfstandig opereert. Veertig procent werkte weliswaar onder supervisie van een BIG-geregistreerde, maar bij driekwart van hen was dat uitsluitend een formele aangelegenheid. Slechts 9 procent gaf aan daadwerkelijk onder supervisie van een BIG-geregistreerde te werken.

BIG-lozen zijn overal in de gezondheidszorg te vinden, maar sectoren die er vooral uitspringen zijn de vrije praktijk (33 procent), de ggz (16 procent) en de ouderenzorg (14 procent)¹. Vrijwel allemaal ervaren ze grote problemen met hun positie als BIG-loze. Naast vergoeding door ziektekostenverzekeraars worden daarbij het gebrek aan loopbaanperspectief, de juridisch kwetsbare positie en beperkingen in het volgen van vervolgoopleidingen als belangrijkste bezwaren genoemd. Maar liefst 98 procent geeft aan interesse te hebben in een opleiding voor een BIG-registratie, waarbij verreweg de meesten de voorkeur geven aan de GZ-opleiding.

Voor een deel van de BIG-lozen lijkt zo'n opleiding betrekkelijk makkelijk te organiseren. Vooral in sectoren als de ggz en de ziekenhuizen werken BIG-lozen vaak in een praktijkinstelling die al deelneemt aan de gz-opleiding. In andere sectoren ligt de situatie veel ingewikkelder. Vrijgevestigden werken vaak als éénpitter, en zo'n werksituatie leent zich veel moeilijker als uitgangspunt voor een opleiding. En in bijvoorbeeld de ouderenzorg is wel sprake van grote instellingen, maar daar werken vaak te weinig BIG-geregistreerde psychologen die als begeleider kunnen optreden.

Bij de ontwikkeling van ideeën voor een speciale opleiding creëert dit een lastig dilemma. Duidelijk is dat de capaciteit van de opleiding de eerste jaren beperkt zal zijn. Enerzijds is het dan verleidelijk te beginnen met wat tegenwoordig in beleidskringen 'laaghangend fruit' wordt genoemd: de makkelijke doelgroep, die al werkt in een erkende opleidingsinstellingen, en waarvoor alleen een kwantitatieve uitbreiding van de opleidingscapaciteit nodig is. Anderzijds is het de vraag of niet juist psychologen uit 'moeilijke sectoren' als de vrijgevestigden en de ouderenzorg het meest aanspraak kunnen maken op een aangepaste opleiding. Immers: in de tijd dat zij afstudeerden, was het vrijwel onmogelijk om binnen die sectoren een opleiding tot gz-psycholoog te volgen.

Maar dilemma's zijn er ook voor BIG-lozen zelf. Want de overgrote meerderheid geeft weliswaar aan een BIG-opleiding te willen volgen, maar tegelijkertijd lijkt men niet erg bereid daarin te investeren. Velen geven in de enquête aan € 10.000 al erg veel te vinden, en slechts 16 procent van de ondervraagden is bereid meer dan dat bedrag te investeren. Wie zich realiseert dat de totale gz-opleiding zo'n € 50.000 kost, en het bij de 'gewone' gz-opleiding gebruikelijk is dat de cursist daarvan tenminste het cursusgeld zelf betaalt (zo'n € 16.000), ziet dat ook hier een probleem ligt.

Zo is de weg naar oplossing van het BIG-lozenprobleem bezaaid met obstakels. Opleiders én BIG-lozen zullen over hun eigen schaduw heen moeten springen om een oplossing binnen handbereik te brengen. Opleiders, door een zodanig opleidingsmodel te ontwikkelen dat BIG-lozen een reële kans wordt geboden op het volgen van een opleiding, die rekening houdt met hun situatie én met de ervaring en deskundigheid die zij inmiddels hebben opgebouwd. BIG-lozen, door zich te realiseren dat BIG-registratie geen 'papiertje' is, maar een investering in een serieuze opleiding, waarbij ook van henzelf een forse bijdrage gevraagd wordt. ■

Zie voor meer resultaten van het onderzoek www.psynip.nl, onder thema's.

Peter van Drunen is secretaris van de Kamer Gezondheidszorg-psycholoog en het College Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog. Contactadres: pvdrunen@hetnet.nl

¹ Cijfers onder voorbehoud van laatste (kleine) correcties.

Waar dissociatie vandaan komt – het schemergebied tussen slapen en waken

D. van der Kloet; prof. dr. H.L.J.G. Merckelbach

Sommige mensen herkennen zichzelf wel eens niet wanneer ze in de spiegel kijken. Anderen vinden soms kleding in hun kast waarvan ze zich niet kunnen herinneren dat ze die gekocht hebben. Dat zijn voorbeelden van wat in jargon dissociatieve symptomen worden genoemd. Van dissociatie is sprake als bewustzijn, geheugen en emotie niet langer in de pas lopen.

Dissociatie blijkt samen te hangen met slaapverstoringen. We zullen in dit artikel bespreken hoe droomachtige belevingen zich aan het wakende bewustzijn kunnen opdringen, wat kan leiden tot dissociatieve symptomen. Het zal duidelijk worden dat slaap op diverse manieren kan bijdragen aan dissociatie. Zo blijkt slaapgebrek en de daaruit voortkomende vermoeidheid dissociatieve symptomen te verergeren. Daarnaast bestaat er een verband tussen het 's nachts hebben van ongewone slaapervaringen (nachtmerries, hypnopompe hallucinaties, etc.) en dissociatieve symptomen overdag. In de klinische literatuur overheerst nog steeds de opvatting dat trauma de directe oorzaak is van dissociatie. Onderzoek naar slaap en dissociatie wijst in een andere richting. Het kan de aanzet vormen voor nieuwe behandelmethoden van dissociatieve stoornissen, namelijk interventies die zich richten op het normaliseren van de slaap-waakcyclus. We zullen eindigen met een agenda voor toekomstig onderzoek om het slaap-dissociatie-model verder te onderbouwen en te nuanceren.

Trefwoorden: dissociatie, ongewone slaapervaringen, slaapdeprivatie, nachtmerries.

Raadselachtige belevingen

Mijn gedachten zijn gescheiden van mijn lichaam, alsof mijn geest in de ene plaats is en mijn lichaam in een andere plaats. Ik zie mezelf dingen doen, alsof ik in een film ben. Hoe kan ik me in mezelf bevinden als ik naar mezelf kijk op hetzelfde moment? Woorden komen uit mijn mond, maar ze lijken niet door mij gestuurd te zijn. Ik zie alles als door een mist. Ik heb geen stemmingen. Ik wilde huilen toen mijn moeder stierf, maar kon die emotie niet opwekken. Ik wist dat ze niet langer in deze wereld was, maar dat ben ik ook niet. Mijn ziel lijkt vertrokken. Ik heb geen gevoel van tijd: duizend jaren kunnen als een uur voelen, enkele seconden kunnen dagen duren. Herinneringen voelen alsof ze mij niet overkomen zijn. Mijn verleden herinneren is als kijken naar een fotoalbum van iemand anders - dromen voelen echter dan de werkelijkheid.

- Compilatie van uitspraken van diverse patiënten met depersonalisatiestoornis¹

Van alle stoornissen die in de *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; *American Psychiatric Association* 2000) worden opgevoerd, behoren dissociatieve stoornissen tot de meest controversiële en raadselachtige. Dissociatieve stoornissen

omvatten een scala aan symptomen die samenhangen met veranderingen in bewustzijn, variërend van geheugenverlies voor autobiografische gebeurtenissen tot aan veranderingen in persoonlijkheid en de waarneming van de alledaagse werkelijkheid. Dissociatieve symptomen worden niet alleen specifiek ondergebracht bij de dissociatieve stoornissen. Deze symptomen kunnen in lichte vorm in de normale bevolking voorkomen, maar ze komen ook – vaak in ernstigere mate – voor bij patiënten die lijden aan de borderline-persoonlijkheidsstoornis, de posttraumatische stressstoornis en schizofrenie (Holmes e.a. 2005).

Onderzoekers hebben dissociatieve stoornissen gerelateerd aan allerlei psychologische oorzaken (voor een overzicht, zie Giesbrecht e.a. 2008). De meest gehoorde opvatting over dissociatieve stoornissen is dat zij een soort mentale verdediging zijn tegen nare gebeurtenissen die plaatsvonden tijdens de kindjaren (Bremner & Brett 1997). Die opvatting wordt wel aangeduid als het posttraumatische model van dissociatie. In dit artikel nodigen we uit tot een alternatieve verklaring. Die luidt – kortweg – dat dissociatieve symptomen het bijkomende product zijn van een labiele slaap-waakcyclus. Hierdoor dringen droomachtige toestanden zich aan het wakende bewustzijn op, wat kan

¹ Simeon, D., & Abugel, J. (2006). *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self*. Oxford University Press, New York.

leiden tot dissociatieve symptomen. We zullen eerst stilstaan bij het posttraumatische model van dissociatie en beschrijven waarom deze gangbare interpretatie tekort schiet. Daarna zullen we empirisch onderzoek naar het slaap-dissociatiemodel dat onze voorkeur heeft, bespreken. We zullen eindigen met suggesties voor toekomstig onderzoek om het slaap-dissociatiemodel verder te onderbouwen en te nuanceren.

Pijnlijke herinneringen

Veel clinici gaan er vanuit dat dissociatieve symptomen het directe resultaat zijn van blootstelling aan traumatische ervaringen. Zij geloven dat dissociatie het beste begrepen kan worden als een mentale strategie om nare ervaringen – en vooral de herinneringen daaraan – te ontlopen. Het idee dat dissociatie de functie heeft van een verdedigingsmechanisme komt van de Franse psycholoog Pierre Janet (1899-1973). Hij was één van de eerste wetenschappers die dissociatie verbond met psychologisch trauma (Hacking 1995). Janet dacht dat dissociatie een verdedigingsmechanisme is dat mensen gebruiken om de impact van traumatische herinneringen te beperken (Giesbrecht e.a. 2008). Volgens deze theorie gebruiken mensen dissociatie om pijnlijke herinneringen te ontvluchten (Gershuny & Thayer 1999). Als ze eenmaal geleerd hebben hoe ze dit verdedigingsmechanisme kunnen hanteren, wordt het een routinematige reactie, zelfs bij kleine stressoren (Giesbrecht e.a. 2008). Het idee dat dissociatie haar oorsprong vindt in traumatische ervaringen wordt vaak gepresenteerd als een causale theorie die op onweerlegbare feiten berust (Gershuny & Thayer 1999). Het bewijs voor dit causale model is, evenwel, discutabel (Kihlstrom 2005).

Er zijn allerlei problemen die het moeilijk maken om uitspraken te doen over het verband tussen trauma en dissociatie. Om te beginnen is het meeste onderzoek naar de relatie tussen trauma en dissociatie gebaseerd op correlaties. Het gaat dan om studies die vonden dat mensen die meer vroegkinderlijke trauma's melden, ook vaker zeggen last te hebben van dissociatieve symptomen. Maar dat jeugdtrauma's en dissociatieve symptomen vaak hand in hand gaan, betekent nog niet dat het één de oorzaak is van het ander (Merckelbach & Muris 2001).

Daarnaast is onderzoek naar de psychopathologische nasleep van trauma's bijna altijd afhankelijk van zelfrapportages. De aanname daarbij is dat mensen een traumatische voorgeschiedenis niet zullen aandikken. Dit is een naïeve aanname. Het punt is dat mensen die aan dissociatieve symptomen lijden vaak ook fantasierijk te zijn. Die eigenschap kan herinneringen aan het trauma vertroebelen (Merckelbach e.a. 2005). Zo bestaat er onderzoek dat laat zien dat studenten die hoog scoren op dissociatie – meer dan anderen – de neiging hebben om autobiografische herinneringen aan te dikken. Het heeft te maken met hun stijl van herinneringen ophalen en daarover vertellen (Merckelbach e.a. 1999).

Dan is er nog dit: dissociatieve mensen hebben ook meer last van alledaagse, cognitieve fouten - ze zijn verstrooider - verge-

leken met mensen die laag scoren op dissociatie. Degenen die veel cognitieve fouten maken hebben doorgaans maar weinig vertrouwen in hun eigen geheugen, wat hen ontvankelijk maakt voor de suggesties van anderen, ook als die subtiel zijn en besloten liggen in vragenlijsten ('Sommige mensen hebben de ervaring dat zij als kind werden gekleineerd. Geldt dat ook voor u?'). Dit kan de eigen herinneringen verder vertroebelen. Het maakt het allemaal nog moeilijker om harde conclusies te verbinden aan studies die op basis van zelfrapportages het verband tussen trauma en dissociatie onderzochten (Giesbrecht & Merckelbach 2006). Anders dan studies die stoelden op dit soort zelfrapportages, vond onderzoek dat uitging van objectief gedocumenteerde trauma's (zoals documenten van huisarts of ziekenhuis) geen robuust verband tussen zulke trauma's en dissociatie (Cima e.a. 2001; Sanders & Giolas 1991). De empirische staat van dienst van het posttraumatische model is dus beperkt.

Wat ook belangrijk is voor onze discussie is dat het posttraumatische model wel beargumenteert *waarom*, maar niet *hoe* trauma leidt tot dissociatieve symptomen. In de volgende paragraaf beschrijven we welke aanwijzingen er zijn voor een alternatieve visie op het ontstaan van dissociatieve symptomen. Deze alternatieve visie gaat er vanuit dat dissociatie wordt veroorzaakt door slaapverstoringen.

Vreemde slaapervaringen

Vanwege hun droomachtige karakter, vermoeden sommige onderzoekers dat dissociatieve symptomen zoals derealisatie en depersonalisatie hun oorsprong vinden in de slaap (voor een overzicht zie Van der Kloet e.a., 2010; Giesbrecht & Merckelbach 2006a). Dat idee is overigens niet van de laatste tijd. Al in de negentiende eeuw werd 'dubbel bewustzijn' (of 'dédoublement'), de historische voorganger van de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), vaak omschreven als 'sommambulisme', ofwel slaapwandelen. Patiënten die leden aan deze stoornis werden 'sommambules' genoemd en vele 19^{de} eeuwse auteurs meenden dat de patiënten 'switchten' tussen waken en staat van slaapwandelen (Hacking 1995).

Er zijn anekdotische beschrijvingen die erop wijzen dat slaapverstoringen en dissociatie met elkaar samenhangen. Zo zeggen sommige therapeuten dat de symptomen van hun DIS-patiënten erger worden als zij - de patiënten - vermoeid zijn (Simeon & Abugel 2006). In een andere, meer systematische studie werd gevonden dat 17 van de 30 patiënten met DIS óók aan een nachtmerriestoornis lijdten (Agargun e.a. 2003). Of neem gevalsbeschrijvingen die laten zien dat dissociatieve symptomen en cataplexie samen kunnen voorkomen. Cataplexie is een hoofdkenmerk van narcolepsie² (LaVia & Brewerton 1996). In dat plaatje past ook de bevinding dat bij mensen met hervonden herinneringen aan jeugdtrauma's slaapverlamming vaak samen gaat met hoge dissociatiescores (McNally & Clancy 2005).

² Aandoening die zich kenmerkt door aanvallen van onbedwingbare slaap.

Patiënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen (zoals de Post Traumatische Stress Stoornis; PTSS), schizofrenie, en borderline-persoonlijkeitsstoornis - allemaal aandoeningen met veel dissociatieve symptomen - vertonen in de regel allerlei slaapabnormaliteiten. Deze abnormaliteiten zijn uitgebreid onderzocht in de context van de stoornissen zelf (voor een overzicht, zie Benca e.a. 1992). Meer overkoepelend onderzoek maakt echter duidelijk dat er een nogal specifiek verband bestaat tussen bepaalde slaapkachten (bv. slapeloosheid en nachtmerries) en bepaalde vormen van psychopathologie (bv. depressie en PTSS; Koffel & Watson 2009).

In de algemene bevolking komen zowel dissociatieve symptomen als slaapproblemen vaak voor. Dit maakt het voor onderzoekers mogelijk om in deze groep de relatie tussen ongewone slaapervaringen en dissociatieve ervaringen te bestuderen. De *Iowa Sleep Experiences Survey* (ISES) is een veel gebruikt instrument om twee categorieën van ongewone slaapervaringen in kaart te brengen. De *General Sleep*-factor van de ISES verwijst naar hypnagoge/hypnopompe hallucinaties (hallucinaties vlak voor het slapen gaan, of direct bij het ontwaken), terugkerende dromen, nachtmerries en wakende dromen (dromen die verward worden met de werkelijkheid). De *Lucid Dream*-factor van de ISES is van een heel andere orde en verwijst naar de ervaringen waarbij men dromen onder controle kan houden en kan sturen. Er is het nodige onderzoek dat laat zien dat de ISES een goed en informatief meetinstrument is (Watson 2003). In de appendix van dit artikel treft de lezer de Nederlandse vertaling van de ISES aan.

In een baanbrekende studie met twee grote groepen studenten, toonde de Amerikaanse psycholoog David Watson (2001) aan dat dissociatieve symptomen - gemeten met de *Dissociative Experiences Scale* (DES, Bernstein & Putnam 1986) - samenhangen met levendige dromen, nachtmerries, terugkerende dromen, hypnopompe hallucinaties, kortom met de *General Sleep*-subscala van de ISES. Watson vond geen enkele relatie tussen dissociatieve symptomen en lucide dromen. Dit patroon is hierna door vele andere onderzoekers gerepliceerd, en hieruit is een aantal conclusies te trekken.

Om te beginnen blijkt de samenhang tussen dissociatie en slaap ook aanwezig wanneer onderzoekers gebruik maken van andere meetinstrumenten dan de DES (Koffel & Watson 2009; Watson 2003), of wanneer zij alleen de meer pathologische vormen van dissociatie meten (bv. DES-T; Giesbrecht & Merckelbach 2006ab; Giesbrecht & Merckelbach 2004). Bovendien blijkt de samenhang tussen slaap en dissociatie specifiek te zijn. Daarmee bedoelen we het volgende: ongewone slaapervaringen die moeilijk onder controle te brengen zijn - zoals nachtmerries - hangen wél sterk samen met dissociatieve symptomen, terwijl lucide dromen - dromen die te controleren en te sturen zijn - dat niet doen. Een volgend punt heeft te maken met hoe het verband tussen dissociatie en slaap nu begrepen moet worden. Men zou kunnen denken dat het verband tussen ongewone slaapervaringen en dissociatie gebaseerd is op een schijnrelatie. De redene-

ring is dan dat mensen die hoog scoren op dissociatie, vanwege hun fantasierijkheid, ongewone antwoordopties kiezen bij invullen van de ISES. Toch is er weinig reden om te geloven dat het verband tussen dissociatieve symptomen en ongewone slaapervaringen voor rekening komt van mensen die neigen tot overdrijving. Zo lieten we in één van onze studies proefpersonen vragenlijsten over dissociatie en slaapervaringen invullen, maar we gaven ze ook een instrument dat overdrijving meet. Met behulp van dat instrument werden dubieuze reacties eruit gefilterd, maar toch bleef de samenhang tussen dissociatie en gekke slaapervaringen volkomen intact (Giesbrecht & Merckelbach 2006b). Samenvattend kunnen we stellen dat bestaand onderzoek sterke ondersteuning vindt voor een verband tussen dissociatieve symptomen en een labiele slaap-waakcyclus die zich uit in fenomenen als wakende dromen, nachtmerries, en hypnopompe/hypnagoge hallucinaties.

In het lab

De meeste studies die keken naar dissociatie en ongewone slaapervaringen volgden een correlatieve aanpak. Slaapverstoringen kunnen echter opgewekt worden bij gezonde mensen door ze van slaap te onthouden. Als dissociatieve ervaringen inderdaad versterkt worden door een verstoorde slaap-waakcyclus, dan verwacht je dat slaapverlies leidt tot een toename van dissociatieve symptomen. We onderzochten de kwestie in een labstudie (Giesbrecht e.a. 2007), waarin 25 proefpersonen één dag en één nacht wakker werden gehouden. We zagen dat al na één nacht zonder slaap zowel slaperigheid als dissociatieve symptomen sterk toenamen. Nog interessanter was dat eerst de dissociatieve symptomen toenamen, en daarna pas sprake was van een verslechtering van de stemming. De bevindingen kunnen dus niet aan een verslechterde stemming vanwege slaapgebrek worden toegeschreven (Giesbrecht e.a. 2007).

Een voor de hand liggende interpretatie van de link tussen dissociatieve symptomen en afwijkende slaapfenomenen is de volgende (zie ook Watson 2001 en Figuur 1). Een bepaalde subgroep van mensen heeft een labiele slaap-waakcyclus, die twee directe gevolgen kan hebben. Ten eerste zorgt deze labiliteit ervoor dat droomachtige ideeën zich opdringen aan het wakende bewustzijn, wat kan leiden tot fantasierijkheid en gevoelens van depersonalisatie en derealisatie. Ten tweede ondermijnen verstoringen van de slaap-waakcyclus het geheugen en de aandacht, wat de aandachtstekorten en andere cognitieve fouten van hoog dissociatieve personen verklaart (Giesbrecht e.a. 2004; Dorahy e.a. 2006; Guralnik e.a. 2007). Op het verband tussen dissociatie en geheugen wordt in dit artikel niet ingegaan, maar het is duidelijk dat dissociatieve symptomen hand in hand gaan met een typisch patroon van afwijkende geheugenprestaties, waaronder pseudoherinneringen (zie hiervoor Candel e.a. 2003; Giesbrecht e.a. 2008; Merckelbach e.a. 2007).

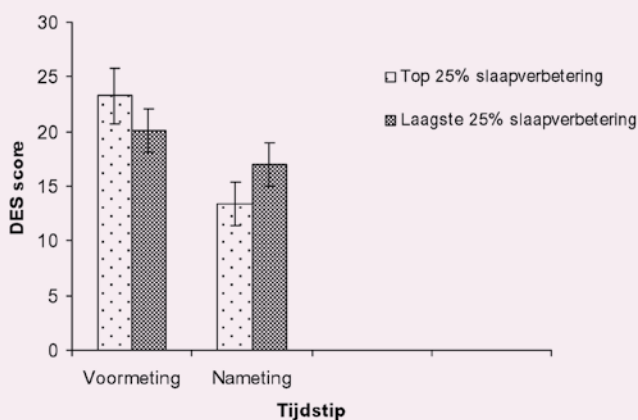
De kliniek

Onderzoek dat laat zien dat dissociatie samenhangt met diverse slaapfenomenen levert ook allerlei vervolgvragen op. De hoogste

prioriteit heeft op dit moment onderzoek naar de slaap-dissociatielink in patiëntengroepen, omdat de meeste bevindingen in dit veld nog te veel gebaseerd zijn op studies met studenten. Een eerste stap in deze richting werd door onze onderzoeksgroep gezet in een studie naar patiënten die waren opgenomen in de particuliere kliniek U-Center, te Epen. Deze kliniek heeft een goede slaaphygiëne hoog in het vaandel staan. De patiënten leden met name aan depressies, angststoornissen, en/of verslavingen aan een middel (alcohol of medicijnen). Ze vulden vragenlijsten in over dissociatie (DES) en slaap (Sleep-50) na aankomst in de kliniek, en nog eens 6 tot 8 weken later vlak voordat zij de kliniek verlieten. We wilden graag weten of een normalisatie van slaap zou samengaan met een afname van dissociatieve symptomen. Dit bleek volgens de eerste bevindingen inderdaad het geval; slaapverbetering verklaarde 44 procent van de afname in dissociatieve symptomen. Figuur 1 laat zien dat het verband specifiek lijkt. De patiënten met de grootste slaapverbetering vertoonden namelijk de grootste afname in dissociatieve symptomen, terwijl de patiënten wier slaap niet verbeterde ook geen afname in dissociatieve symptomen lieten zien.

Figuur 1

Gemiddelde dissociatie scores tijdens voor- en nameting van patiënten die een sterke of zwakke slaapverbetering laten zien

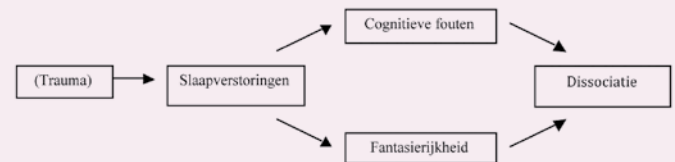


De slaap-dissociatiebenadering biedt een frisse kijk op het ontstaan van dissociatie. Het brengt theorieën samen die voorheen met elkaar in tegenspraak leken. Onderzoekers die beweren dat fantasierijkheid en gebrek aan cognitieve controle overlappen met dissociatieve symptomen (Giesbrecht e.a. 2007; Guralnik e.a. 2007), mogen ver verwijderd lijken van medici die beweren dat er traumatische gebeurtenissen ten grondslag liggen aan deze symptomen (Holmes e.a. 2005). Toch zijn deze beide lijnen van onderzoek goed te verbinden als blijkt dat verstoorde slaappatronen een belangrijke bijdrage leveren aan dissociatieve symptomen. Zo hebben PTSS-patiënten behalve meer dissociatieve klachten ook meer nachtmerries en een hogere dichtheid van REM-slaap dan controlepatiënten. Ze klagen ook over slaaploosheid. Aan de andere kant gaan dissociatieve symptomen hand in hand met een toename van nachtmerrierapportages

(Levin & Fireman 2002). Het slaap-dissociatieperspectief kan in beginsel verklaren hoe trauma de slaap-waakcyclus verstoort en zo de kwetsbaarheid voor dissociatieve symptomen veroorzaakt, dan wel vergroot. Het verklaart eveneens waarom dissociatie, trauma, fantasierijkheid, en cognitieve fouten overlappen met elkaar (zie Figuur 2).

Figuur 2:

Schematisch concept van het slaap-dissociatieverband.



Er zijn drie manieren waarop de slaap-dissociatiebenadering van belang kan zijn voor meer praktische zaken. Ten eerste ontvangen patiënten met klinische niveaus van dissociatieve symptomen meestal psychotherapeutische behandeling. Vaak is zo'n behandeling gestoeld op het idee dat een traumatische jeugd verantwoordelijk is voor de dissociatieve symptomen van de patiënt. Jammer genoeg blijken psychologische behandelingen niet altijd effectief bij dissociatieve stoornissen (Lilienfeld 2007). Onderzoek naar dissociatie en slaap zou nieuwe ideeën kunnen opleveren over hoe dissociatieve symptomen behandeld kunnen worden. Als in de toekomst blijkt dat specifieke slaapafwijkingen de directe oorzaak zijn van dissociatieve symptomen, dan zou een volgende stap kunnen zijn om de effecten van een behandeling gericht op normalisatie van slaap te bestuderen (Hammer e.a. 2001; Raskind e.a. 2007).

Een tweede implicatie van de slaap-dissociatielink heeft betrekking op schizotypie. Er is een sterk verband tussen dissociatie en schizotypie (Merckelbach & Giesbrecht 2006) en het is bekend dat schizotypie gepaard gaat met een intense beleving van nachtmerriestress (Claridge e.a.1997). In een recent artikel (Giesbrecht e.a. 2008) schreven wij al hoe deze ogenschijnlijk verschillende fenomenen beter te begrijpen zijn wanneer je de slaap-dissociatiebenadering volgt.

Ten derde voeren daders van ernstige geweldsmisdrijven regelmatig dissociatieve symptomen aan als verweer in hun rechtszaak. In dergelijke zaken staat de forensische expert dan voor de moeilijke vraag of het om echte of geveinsde symptomen gaat. Daders en hun advocaten plaatsen de dissociatieve symptomen nogal eens in de context van de zogenaamde parasomnia's. Tot de parasomnia's behoort bijvoorbeeld slaapwandelen (Merckelbach 2010). In uitzonderlijke gevallen gaan parasomnia's gepaard met gewelddadig gedrag tijdens de slaap. De afgelopen jaren werd in diverse rechtszaken een 'slaapwandel' verdediging aangevoerd als verweer. Bij deze zaken gaat het vaak om een verdachte die beschuldigd wordt van aanranding of verkrachting, maar die zelf beweert geen enkele herinnering te hebben van de vermoedelijke

aanval. Meestal geeft de beschuldigde aan een geschiedenis van slaapwandelen te hebben. Slaapspecialisten worden regelmatig gevraagd om als expert in dit soort zaken op te treden (Pressman e.a. 2009). Wetenschappelijk onderzoek naar slaap en dissociatie kan hen helpen bij het uitvoeren van hun taak omdat zulk onderzoek kan ophelderen onder welke omstandigheden van verstoorde slaap dissociatieve symptomen het meest waarschijnlijk zijn.

Onderzoeksvragen

Tot nu toe is het idee dat slaapabnormaliteiten dissociatie en haar bijverschijnselen (fantasierijkheid en cognitieve fouten) veroorzaken nog een globale hypothese. Op dit moment is deze hypothese vooral aantrekkelijk omdat het mogelijk een orde kan creëren in het chaotische patroon van bevindingen. Systematisch onderzoek is echter nodig om detailvragen te kunnen beantwoorden zoals: volgen dissociatieve symptomen die opgewekt worden door slaapgebrek hetzelfde schommelende patroon als vermoeidheid? Wordt dissociatie *veroorzaakt* door slaapgebrek of hier alleen maar door *versterkt*? De voorlopige onderzoeksbevindingen die we hebben bekeken, wijzen in de richting dat slaapverstoringen direct dissociatieve symptomen kunnen veroorzaken. Het lijkt ons daarom relevant als klinici hun patiënten vaker bevragen over slaapverstoringen bijvoorbeeld met de ISES.

Om de relatie tussen slaap en dissociatie tot in de finesses te begrijpen, moet er nog veel onderzocht worden. De ideeën die we hierboven uiteen zetten zijn dan ook vooral bedoeld als globaal kader voor toekomstige studies. We zijn ervan overtuigd dat onderzoek naar slaap en dissociatieve symptomen in de komende jaren zeer nuttig zal blijken te zijn voor de klinische praktijk. ■

Auteur

- Dalena van der Kloet is werkzaam als psycholoog bij de sectie Forensische Psychologie van de Universiteit Maastricht en werkt aan een proefschrift over dissociatie en slaap. Haar onderzoeksproject wordt gefinancierd door een ZonMw topsubsidie (40-001812-98-08036). Harald Merckelbach is als hoogleraar Psychologie verbonden aan dezelfde universiteit.

Correspondentieadres: Department of Clinical Psychological Science, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; e-mail: Dalena.vanderkloet@maastrichtuniversity.nl

Kernreferenties:

- Gershuny, B.S., & Thayer, J.F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.
- Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., e.a. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617-647.
- Giesbrecht, T., Smeets, T., Leppink, J., e.a. (2007). Acute dissociation after 1 night of sleep loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 599 - 606.
- Hamner, M.B., Brodrick, P.S., & Labbate, L.A. (2001). Gabapentin in PTSD: A retrospective, clinical series of adjunctive therapy. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 141 - 146.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., e.a. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Kihlstrom, J.F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-27.
- Koffel, E., & Watson, D. (2009a). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 183-194.
- Koffel, E., & Watson, D. (2009b). Unusual sleep experiences, dissociation, and schizotypy: Evidence for a common domain. *Clinical Psychology Review*, 29, 548-559.
- LaVia, M.C., & Brewerton, T.D. (1996). Cataplexy and the switch process of multiple personality disorder. *Psychiatry Research*, 63, 231-232.
- Simeon, D., & Abugiel, J. (2006). Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self. Oxford University Press, New York.
- Van der Kloet, D., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., & Lynn, S.J. (2010). Dissociative symptoms, sleep, and memory. Manuscript in voorbereiding.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 526-535.
- Watson, D. (2003). To dream, perchance to remember: individual differences in dream recall. *Personality and Individual Differences*, 34, 1271-1286.

Literatuur:

- Agargun, M.Y., Kara, H., Ozer, O.A., e.a. (2003). Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 57, 575-579.
- Allen, J.G. (2001). Traumatic relationships and serious mental disorders. John Wiley and Sons, New York.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC.
- Benca, R.M., Obermeyer, W.H., Thisted, R.A., e.a. (1992). Sleep and psychiatric disorders – A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 651-668.
- Bernstein, E., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174,727-735.
- Bremner, J.D., & Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma and Stress*, 10, 37-49.
- Brown, R.J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 221 - 235.
- Candell, I., Merckelbach, H., & Kuijpers, M. (2003). Dissociative experiences are related to commissions in emotional memory. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 719-725.
- Cima, M., Merckelbach, H., Klein, B., e.a. (2001). Frontal lobe dysfunctions, dissociation, and trauma self-reports in forensic psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 188-190.
- Claridge, G., Clark, K., & Davis, C. (1997). Nightmares, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 377-386.
- Dorahy, M. J., McCusker, C. G., Loewenstein, R. J., e.a. (2006). Cognitive inhibition and interference in dissociative identity disorder: The effects of anxiety on specific executive functions. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 749-764.
- Gershuny, B.S., & Thayer, J.F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.
- Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., e.a. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617-647.
- Giesbrecht, T., Geraerts, E., & Merckelbach, H. (2007). Dissociation, memory commission errors, and heightened autonomic reactivity. *Psychiatry Research*, 150, 277-285.
- Giesbrecht, T., Smeets, T., Leppink, J., e.a. (2007). Acute dissociation after 1 night of sleep loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 599 - 606.
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2006a). Dissociatieve symptomen en slaap. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 207-215.
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2006b). Dreaming to reduce fantasy? – Fantasy proneness, dissociation, and subjective sleep experiences. *Personality and Individual Differences*, 41, 697-706.
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2004). Subjective sleep experiences are related to dissociation. *Personality and Individual Differences*, 37, 1341-1345.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Geraerts, E., e.a. (2004). Dissociation in undergraduate students: Disruptions in executive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 567 - 569.
- Guralnik, O., Giesbrecht, T., Knutelska, M., e.a. (2007). Cognitive functioning in depersonalization disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 983-988.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Hamner, M.B., Brodrick, P.S., & Labbate, L.A. (2001). Gabapentin in PTSD: A retrospective, clinical series of adjunctive therapy. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 141 - 146.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., e.a. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Kihlstrom, J.F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-27.
- Koffel, E., & Watson, D. (2009a). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 183-194.

- Koffel, E., & Watson, D. (2009b). Unusual sleep experiences, dissociation, and schizotypy: Evidence for a common domain. *Clinical Psychology Review*, 29, 548-559.
- LaVia, M.C., & Brewerton, T.D. (1996). Cataplexy and the switch process of multiple personality disorder. *Psychiatry Research*, 63, 231-232.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Phenomenal qualities of nightmare experience in a prospective study of college students. *Dreaming*, 12, 109-120.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- McNally, R.J., & Clancy, S.A. (2005). Sleep paralysis in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 595-602.
- Merckelbach, H. (2010). De slaapwandelende verdachte en het Linda-probleem. *Expertise en Recht*, 3, 99-104.
- Merckelbach, H., Campo, J.A., Hardy, S., e.a. (2005). Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 181-185.
- Merckelbach, H., & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 365-374.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 245-254.
- Merckelbach, H., Muris, P., & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 26, 961-967.
- Merckelbach, H., Zeles, G., Van Bergen, S., e.a. (2007). Trait dissociation and commission errors in memory reports of emotional events. *American Journal of Psychology*, 120, 1-14.
- Pressman, M.R., Mahowald, M.W., Schenck, C.H., e.a. (2009). Sleep-related automatism and the law. *Medicine Science and Law*, 49, 139-143.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. The Guildford Press, New York.
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Hoff, D. J., e.a. (2007). A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 928-934.
- Sanders, B., & Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 148, 50-54.
- Simeon, D., & Abugel, J. (2006). *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self*. Oxford University Press, New York.
- Van der Kloet, D., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., & Lynn, S.J. (2010). Dissociative symptoms, sleep, and memory. Manuscript in voorbereiding.
- Waller, N.G., & Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499-510.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 526-535.
- Watson, D. (2003). To dream, perchance to remember: individual differences in dream recall. *Personality and Individual Differences*, 34, 1271-1286.

Appendix 1:

Iowa Sleep Experiences Survey

De onderstaande vragen gaan over ervaringen die met slapen en dromen te maken hebben. Zou je door het omcirkelen van de getallen willen aangeven hoe vaak je de volgende belevenissen meemaakt.

1. Als ik 's nachts wakker word, ben ik onzeker of ik iets echt mee heb gemaakt of alleen over iets gedroomd heb.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

2. Als ik in bed lig, voel ik de aanwezigheid van iemand die er niet is.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

3. Ik beleef intense, droomachtige voorstellingen op het moment dat ik in slaap val.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

4. Ik beleef intense, droomachtige voorstellingen op het moment dat ik begin te ontwaken.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

MMPI-2 / MMPI-A interpretatieworkshop voor gevorderden
vrijdag 26 november 2010, drs. Theo Bögels
Hilton Hotel, Antwerpen

MMPI-2 / MMPI-A interpretatieworkshop voor gevorderden
vrijdag 10 december 2010, drs. Theo Bögels
Theater De Spiegel (Cortegaerdtzaal), Zwolle

BarOn EQ-i certificeringsworkshop
15, 16, 17 december 2010, drs. Theo Bögels
Durbuy, België

MMPI-2 / MMPI-A interpretatieworkshop voor gevorderden
donderdag 11 januari 2011, drs. Theo Bögels
Mercure Hotel, Nijmegen

**Intake; descriptieve en structurele psychodiagnostiek
- postmaster verdiepingworkshop**
3 en 4 februari 2011, Prof. Dr. Jan Derksen
Mercure Hotel, Nijmegen

MMPI-2 / MMPI-A interpretatieworkshop voor beginners
donderdag 17 februari, drs. Theo Bögels
Mercure Hotel, Nijmegen

Informatie: +31 (0)481 465 565 (dinsdag-vrijdag)
Inschrijven: www.penpsychodiagnostics.com

Accreditering voor alle vermelde items verleend, c.q. aangevraagd

NIEUW VOOR GZ-PSYCHOLOGEN

MODULAIR SCHOLINGSPROGRAMMA VOOR

- Overgangsregeling klinisch psycholoog
- Tevens geaccrediteerd voor herregistratie klinisch psycholoog

Kijk op: www.rinogroep.nl/KPprogramma

PROFIELOPLEIDINGEN

- Eerstelijnspsycholoog
- Forensisch psycholoog
- Verslavingspsycholoog

Kijk op: www.rinogroep.nl/profielopleidingen

2 december

Wat we in ieder geval
moeten begrijpen
van ouderen

28 januari

Werken met ernstig
zieke patiënten

16 februari

Rehabilitatie

[www.rinogroep.nl/
congressen](http://www.rinogroep.nl/congressen)



Vraag het programmaboek 2010-2011 aan:
www.rinogroep.nl/gzpsychologie



MENSENKENNIS

St. Jacobsstraat 12-14 | 3511 BS Utrecht
T (030) 230 84 50 | E infodeskBNS@rinogroep.nl

5. Als ik wakker ben (dus niet tijdens het slapen), dan voel ik een plotselinge zwakte in mijn spieren tijdens sterke emoties als woede en opwinding.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

6. Ik onthoud mijn dromen.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

7. Ik heb dromen die zo helder zijn dat ze mijn stemming overdag beïnvloeden.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

8. Ik heb weleens nachtmerries.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

9. Ik droom weleens dat ik val.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

10. Ik droom weleens dat ik vlieg.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

11. Ik droom weleens dat ik wakker word, d.w.z. dat het wakker worden deel uitmaakt van mijn droom.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

PARENTIFICATIE.●

Als het kind te snel ouder wordt

Hoe herken je het?

Welke waarde ken je het toe?

Hoe schadelijk is het?

Voorzitters: Mark Kinet en Liesbeth Eurelings-Bontekoe

3 DECEMBER 2010

9.45 – 17.00 UUR

EDE, NEDERLAND

Inschrijven: www.benecke.nl

12. Ik heb terugkerende dromen.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

13. Ik heb ooit over iets gedroomd dat later echt gebeurde.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

14. Ik ben ooit in een eigen droom overleden.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

15. Een droom heeft mij weleens geholpen om een probleem of kwestie waar ik overdag mee bezig was op te lossen.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

16. Ik ben me ervan bewust dat ik droom, zelfs als ik aan het dromen ben.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

17. Ik kan de inhoud van mijn dromen sturen of beïnvloeden.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week

18. Ik kan mezelf wakker maken tijdens dromen die ik onplezierig of verontrustend vind.

1	2	3	4	5	6	7
nooit	minder dan een keer per jaar	Een of twee keer per jaar	Meerdere keren per jaar	Een of twee keer per maand	Meerdere keren per maand	Meerdere keren per week



Voor aankondiging Congres Centrum
Adolescentenpsychiatrie

Noteer alvast in uw agenda: 20 januari 2011, Verkadefabriek 's-Hertogenbosch

Jong, Kwetsbaar, Veerkrachtig Persoonlijkheidspathologie bij adolescenten en jongvolwassenen

Focus

Diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidspathologie bij adolescenten en jong volwassenen (16-23 jaar), in de context van ingrijpende neurobiologische, psychologische en sociaal maatschappelijke veranderingen.

Praktische informatie

Heeft u vragen of wilt u zich alvast aanmelden?
Neem contact op met Karine Smit
(Congresbureau M2support),
via karine@m2support.nl / 06-11 86 49 47

Sprekers

Prof. Dr. Drew Westen; hoogleraar klinische psychologie aan Emory University in de VS.
Prof. Dr. M.A.G van Aken; hoogleraar ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit Utrecht is dagvoorzitter.
Prof. Dr. M.H. van IJzendoorn; hoogleraar algemene en gezinspedagogiek aan de Universiteit Leiden.
Prof. Dr. P.M. Westenberg; hoogleraar ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit Leiden.
Prof. dr. Jan Derksen; hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Nijmegen

RINO

Een selectie uit ons aanbod

Profielopleiding Ouderenspsycholoog

Voor ervaren (GZ-)psychologen, die werken met ouderen of dat willen gaan doen. Start in januari 2011

www.rino.nl/profielouderen

Profielopleiding Eerstelijnspsycholoog

Voor ervaren (GZ-)psychologen, die werken in de eerstelijns of dat willen gaan doen. Start in april 2011

www.rino.nl/profielopleidingen

Huiselijk en eergegrelateerd geweld

Tweedaagse workshop, 20 januari en 3 februari 2011

www.rino.nl/225

LVG diagnostiek en behandeling: echt anders of toch niet?

Vierdaagse cursus, start voorjaar 2011

www.rino.nl/285

Seksueel misbruik bij LVG cliënten

Tweedaagse workshop, 17 en 18 maart 2011

www.rino.nl/258

Oplossingsgerichte therapie bij LVG cliënten

Vijfdaagse cursus, start 14 januari 2011

www.rino.nl/259

www.rino.nl

Leidseplein 5 - 1017 PR Amsterdam - (020) 625 08 03 - info@rino.nl

Met meer dan 1000 erkende bedden en circa 3500 medewerkers is het Albert Schweitzer ziekenhuis één van de grootste algemene ziekenhuizen van Nederland. Op vier locaties: Amstelveen, Dordrecht, Sliedrecht en Zwijndrecht bouwen wij samen aan een vooraanstaand medisch specialistisch bedrijf voor de Dordtse regio. Daarin combineren wij topklinische zorg met zorg om de hoek. Wij zijn tevens een opleidingsziekenhuis en hebben vrijwel alle specialisaties en disciplines in huis, met 240 medisch specialisten en 120 arts-assistenten.



Klantgerichtheid staat centraal: de behoeften en wensen van de patiënt zijn zowel startpunt als eindpunt van onze hoogwaardige medische en verpleegkundige zorg. In onze decentrale organisatie hebben medewerkers een grote mate van verantwoordelijkheid en worden ieders capaciteiten ten volle benut. De communicatie is open en direct. Het Albert Schweitzer ziekenhuis is als geassocieerd lid aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ).

Voor de afdeling Medische Psychologie van het Albert Schweitzer ziekenhuis ontstaat in verband met het vertrek van een collega per direct een vacature voor een

**Albert
Schweitzer
ziekenhuis**



GZ Psycholoog m/v

voor 24 uur per week

(vac.nr. GZP 10206)

De afdeling Medische Psychologie De afdeling verricht werkzaamheden voor vrijwel alle medisch specialismen in het ziekenhuis. Het betreft primair psychodiagnostisch onderzoek en behandeling van klinische en poliklinische patiënten. Andere taken zijn deelname aan multidisciplinaire patiëntbesprekingen, advisering, voorlichting en gericht doorverwijzen van patiënten. Daarnaast verzorgt de afdeling de opleidingen tot GZ-psycholoog en tot Klinisch Psycholoog en is er een stageplaats voor de masters medische psychologie. Binnen de afdeling Medische Psychologie bent u samen met de 3 klinisch psychologen werkzaam, die ondersteund worden door psychodiagnostisch werkenden en secretariaatmedewerkers. Alle BIG geregistreerde psychologen in vaste dienst van het ASz zijn lid van de Vereniging Medische Staf. Een selectiegesprek met leden van de VMS behoort tot de procedure.

De werkzaamheden

- Het verrichten van met name neuropsychologische diagnostiek voor neurologie, geriatrie en geheugencentrum (deel uitmakend van het multidisciplinair team).
- Kortdurende behandelingen van gedragsmatige en emotionele problemen in relatie tot somatische ziekte(processen).
- Deel uitmaken van het opleidingsteam in de rol van werkbegeleider en/of supervisor.
- Actieve participatie in het leveren van bijdragen passend bij het beleid van het ziekenhuis en van de Vereniging Medische Staf.

Uw profiel

- Minimaal 4 jaar BIG registratie als GZ-psycholoog.
- Ruime ervaring met neuropsychologische diagnostiek.
- Affiniteit met en ervaring in de somatische ziekenhuiszorg.
- Een constructieve en flexibele werkhouding waarin samenwerking en zelfstandig functioneren beide tot hun recht kunnen komen.
- Ervaring met wetenschappelijk onderzoek en opleidingsactiviteiten strekt tot aanbeveling.

Ons aanbod Wij bieden een aanstelling voor onbepaalde tijd. De Cao-ziekenhuizen is van toepassing. De functie is ingedeeld in FWG 65.

Uw interesse Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de heer A. Huisman, medisch manager van de vakgroep Medische Psychologie, telefoonnummer 078-6542642 of met de heer Ben van Dam, bedrijfsleider, telefoonnummer 078-6541323.

Informatie over het Albert Schweitzer ziekenhuis en onze overige vacatures vindt u op: www.asz.nl

Wijze van solliciteren Uw sollicitatie kunt u met vermelding van het vacaturnummer - GZP 10206 - tot uiterlijk 3 weken na het verschijnen van dit blad richten aan de heer R.J.M. van Leendert, voorzitter van de Vereniging Medische Staf, p/a Albert Schweitzer ziekenhuis, t.a.v. P&O Service Centrum, Bureau Werving & Selectie, Postbus 444, 3300 AK DORDRECHT of via e-mail: sollicitaties@asz.nl

Acquisitie naar aanleiding van deze advertentie wordt niet op prijs gesteld.
Aan niet door de manager P&O van het ASz geautoriseerde opdrachten kunnen geen rechten worden ontleend.

Zorg met hoofd, hart en ziel



Forensische rapportage door het PBC ter discussie

Jan Derksen

In zijn reactie op mijn column over Lucia de Berk schrijft Arjan de Groot van het NIFP dat ik niet uitnodig tot debat. Dat was ook niet mijn intentie, maar toch is er een debat op gang gekomen.

In een eerder stadium heb ik mijn kritiek op deze en andere PBC-rapporten al aan de directeur van het PBC zelf laten weten. Dat leek me zinvol en noodzakelijk. Ik ben niet zo ver gegaan als sommige universitaire collega die, nadat ze het werk van het PBC kritisch hadden gevolgd, voorstelden het PBC op te heffen. Ik merk ook nu in de reactie van De Groot dat mijn kritiek niet aankomt: De Groot reageert alleen door in de verdediging te schieten. In zijn algemeenheid beschrijft hij hoe een ontkenkende verdacht wordt onderzocht, in plaats van eigen tekst kritisch onder de loep te nemen.

In mijn column wijs ik op: een foutieve interpretatie en uitvoering van het psychoanalytisch structurele interview; fouten in de interpretatie van NVM en MMPI-2; afwezigheid van beschrijving van gezonde kanten van de onderzochte; geen goede DSM-classificatie; geen goed IQ-onderzoek; conclusies in plaats van diagnostisch hypothesen; geen gebruikmaking van de empirische cyclus in het diagnostisch proces. Het enige waarop

De Groot concreet ingaat is eigenlijk dat de oude Wais werd gebruikt omdat de normen van de nieuwe niet in orde zouden zijn. Hij ziet over het hoofd dat de normen van de oude nog veel minder in orde waren en dat het een kleine moeite was geweest de GIT te gebruiken of de Wais aan te vullen met de NLV en/of de Raven.

De Groot blijft in zijn repliek hangen in mijn bezwaar dat er naar het delict werd toe geredeneerd bij een ontkenkende verdachte. De fouten hierboven samengevat en die door De Groot niet weerlegd zijn, hebben in de PBC-rapportage geleid tot sterk pathologisch beeld van Lucia de Berk. De kranten citeerden in die tijd uit de rapportage, de zittingen zijn tenslotte openbaar, mevrouw zou een diepliggende zelfhaat hebben, een ernstige verstoorde moederrelatie, een complexe persoonlijkheidsstoornis ga zo maar door. Dit waren in het PBC-rapport conclusies die tot een beeldvorming van een ernstig gestoorde vrouw hebben geleid. In mijn ogen hadden deze diagnostische uitspraken geen of onvoldoende grond en zouden niet op die manier zijn opgeschreven indien er een adequate psychologische diagnostische methodiek zou zijn toegepast. ■

Prof. dr. J.J.L. Derksen is hoogleraar klinische psychologie en doet vaak werk voor justitie en voor de advocatuur.

De definitie van depressie

'We verliezen het gevoel voor normale emoties'

Het aantal mensen dat de diagnose depressie krijgt, is de afgelopen jaren flink toegenomen. Volgens de Amerikaanse professor Jerome C. Wakefield schiet de huidige DSM-definitie tekort omdat die geen rekening houdt met de context. Veel symptomen van depressie zijn immers heel normale emoties.

HILDE PAUWELS, WETENSCHAPSJOURNALIST

U stelt dat er te vaak de diagnose depressie wordt gesteld?

'Dat is zo. De definitie in DSM bevat alleen symptomen, zoals geen plezier en interesse meer hebben in de dingen, slapeloosheid, vermoeidheid en concentratiestoornissen. De epidemiologie is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek dat met deze definitie rekening hield. Uit een studie in de Verenigde Staten bleek dat 17 tot 20 procent van de bevolking leed aan een vorm van depressie.'

Wat zeggen deze cijfers?

'Als zoveel mensen aangeven dat ze met symptomen van depressie kampen, dan verliest het zijn betekenis. In de VS ging het onder meer over cross-sectoraal onderzoek dat peilde naar het geheugen, dus naar wat mensen zich nog herinnerden. Later waren er ook longitudinale studies waarin kinderen en adolescenten gedurende een langere periode werden gevolgd en op verschillende tijdstippen werden bevraagd. Daaruit bleek dat de symptomen nog veel vaker werden aangestipt dan bij het cross-sectoraal onderzoek. Het toont aan dat we veel vergeten, ook nare herin-

neringen. Maar er is niet alleen de epidemiologie die tekortschiet, er is ook de manier waarop de screening verloopt. Zowat overal wordt gepeild naar depressie: denk aan enquêtes op websites, in tijdschriften, de vele tv-programma's, zelfhulpboeken, enzovoort. In veel scholen worden leerlingen bevraagd en als ze iets te veel symptomen vertonen, wordt hen aangeraden naar een hulpverlener te stappen. Het leidt er toe dat heel veel mensen het label van depressieve stoornis krijgen, maar dat is vaak onterecht.'

Waarin schuilt het gevaar van het overdiagnosticeren?

'We verliezen hierdoor het gevoel voor normale emoties, zoals verdriet. Wanneer je huwelijksproblemen hebt of een geliefde verliest is het normaal dat je je niet goed voelt. Het gaat om gevoelens die een betekenis hebben, die mensen helpen om met bepaalde situaties om te gaan. Nu wordt alles vernauwd tot de individuele beleving, er wordt niet naar de context gekeken. Als je dan antidepressiva neemt, kan dit het inzicht in de situatie vertekenen. Bovendien is medicatie geen wondermiddel, het werkt niet zoals een aspirine bij koorts. Ook zijn er bijwerkingen, het is niet onschadelijk. Let wel, ik ben niet gekant tegen medicatie of een therapeutische behandeling. Er zijn mensen die echt depressief zijn en hulp nodig hebben. Depressie is een realiteit en bij een kleine groep mensen is medicatie zeker zinvol. Ook bepaalde vormen van therapie hebben hun nut bewezen. Zo kun je werken aan negatieve gedachten, aan de kracht van mensen om iets aan hun situatie te doen.'

De druk om gelukkig te zijn, is heel groot. Maakt de samenleving het ons moeilijker dan vroeger?

'Vraag is welke samenleving we voor onze kinderen wensen. Nu is het zo dat bepaalde emoties als negatief worden omschreven, als

PROF. DR. WILLEM NOLEN, PSYCHIATER, UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

Feiten over depressie

- De DSM definieert depressie niet alleen door een aantal symptomen (criteria) op te tellen, maar ook door naar de duur en de ernst te kijken. Pas wanneer iemand minimaal twee weken een voldoende aantal symptomen heeft, deze symptomen duidelijk gepaard gaan met subjectief lijden of beperkingen in het functioneren, niet toe te schrijven zijn aan een rouwproces én niet het gevolg zijn van een lichamelijke ziekte of het gebruik van medicijnen of middelen, mag van een depressie worden gesproken.
- Uit vele epidemiologische studies is gebleken dat zo'n 15-20 procent van de bevolking ooit een dergelijke depressie doormaakt.
- Bij de meeste mensen blijft een depressie niet tot één episode beperkt, maar keert de depressie weer terug.
- De oorzaak van depressie is velerlei: naast een – deels erfelijk bepaalde – aanleg spelen vaak omstandigheden mee. Dat verandert niets aan de classificatie.
- Niet elke depressie hoeft behandeld te worden met antidepressiva of psychotherapie. Bij de helft van de mensen is de depressie binnen 3 maanden over, bij velen ook zonder behandeling.
- Antidepressiva werken vooral goed bij mensen met een ernstigere depressie en als ze hebben geholpen is het verstandig daarmee nog enige tijd door te gaan om een terugval of recidief te voorkomen.



FOTOGRAFIE: HILDE PAUWELS

Jerome Wakefield: 'Als zoveel mensen aangeven dat ze met symptomen van depressie kampen, dan verliest het zijn betekenis.'

niet efficiënt voor het functioneren. Wanneer je door je partner in de steek wordt gelaten, is de kans groot dat je daar wakker van ligt. Je hebt geen zin om naar je werk te gaan en je wilt je vrienden niet zien, of juist eindeloos met hen praten. Het zijn zinvolle reacties om met de pijn om te gaan. De psychiatrie en klinische psychologie hebben voor een deel deze sociale rol overgenomen. Het is angstaanjagend dat bepaalde emoties geen plaats meer krijgen, vooral ook omdat het heel veel vragen oproept over de manier waarop we leven en met elkaar omgaan. Vooral voor jonge mensen is dit bedreigend. Als je voortdurend met de symptomen van depressie wordt geconfronteerd, dan ga je twijfelen aan je gevoelens. Pubers zijn hier heel kwetsbaar voor. Bovendien is er de druk van de omgeving. Wanneer een tiener verdriet heeft omdat een relatie stuk liep, wordt hij al te vlug door zijn ouders naar een therapeut gestuurd. Vaak weet die tiener zelf dat het normaal is dat hij zich enkele weken niet zo goed zal voelen, maar toch moet hij hulp zoeken. We vertrouwen dus

'VERDRIET IS GEEN DEPRESSIE'

niet alleen meer op onze eigen gevoelens, maar vertrouwen ook de gevoelens van onze geliefden niet meer. Elk spoor van verdriet is verdacht geworden. Op die manier verliezen we de rijkdom van wat het leven eigenlijk is.'

Hoe kan deze situatie veranderen?

'De omschrijving van depressie moet veranderen. De context moet veel meer in rekening worden gebracht. Tegenslagen kunnen tot verdriet leiden en ook tot depressie. Dit moet uiteraard worden uitgezocht, maar je mag er niet zomaar van uitgaan dat het om depressiviteit gaat. Op die manier zouden de cijfers wellicht halveren. We moeten teruggaan naar de traditie die al sinds Hippocrates bestaat en tot het midden van de 20^e eeuw werd gehanteerd. Steeds werd de context van symptomen in rekening gebracht en bekeek men of het om een normale reactie op een moeilijke situatie ging. Vanuit theoretisch oogpunt is het dus zeker mogelijk om opnieuw de omslag te maken. Vraag blijft of het ook realistisch is, er is immers een hele beweging in gang gezet die niet zo vlug meer om te buigen is. De DSM-criteria waren vooral bedoeld om enkele problemen aan te pakken, zoals hoe je bepaalde ziektebeelden definieert. Zo werd een gemeenschappelijke taal ontwikkeld, wat discussies gemakkelijker maakte. Maar dat is geëvolueerd naar een aanpak waarbij DSM bijna als een ideologie fungeert.'

Hoe kunnen behandelaars omgaan met deze problematiek?

'Gelukkig zijn veel behandelaars het met me eens. Mensen helpen, ook al gaat het niet om een stoornis, hoort bij hun werk. Dat betekent onder meer dat ze hun cliënten het inzicht proberen mee te geven dat sommige zaken niet een ziektebeeld betreffen, maar tot het normale behoren. Je kunt bepaalde symptomen op die manier proberen te duiden.' ■

Jerome C. Wakefield schreef samen met Allan V. Horwitz het boek *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Jerome C. Wakefield is als professor verbonden aan onder meer de New York University. Hij is een autoriteit als het gaat om het raakvlak tussen filosofie, sociologie en gezondheidszorgen. Allan V. Horwitz is socioloog en doceert aan de Rutgers University.

De vanzelfsprekendheid van *evidence based* werken

Dr. B.G. Tiemens; dr. A.J.A. Kaasenbrood; G.J. de Niet

Evidence based werken is niet vanzelfsprekend. Kennis uit wetenschappelijk onderzoek of richtlijnen bereikt niet vanzelf de praktijk en de praktijk is weerbarstig bij de toepassing er van. In de ggz hebben we daarnaast vaak te maken met veel contextuele factoren. *Evidence based* werken waarbij wordt uitgegaan van het vinden van de beste interventie voor een enkel probleem is daarom te simplistisch. Dit artikel beschrijft de zoektocht naar een vanzelfsprekende toepassing van *evidence based* werken, rekening houdend met de context, en de praktische werkvorm waarbij we uitgekomen zijn.

De oplossing vonden we in methodisch werken. Methodisch werken is een gefaseerde, systematische, transparante, doelgerichte en toetsende manier van werken. In de toepassing van methodisch werken in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg onderscheiden we vijf fasen: van probleem naar doel; van doel naar middel; van confectie naar maatwerk; van verwachting naar resultaat en van resultaat naar betekenis. Elke fase geeft een moment van pas op de plaats, de essentie van methodisch werken. De fasen kunnen op verschillende niveaus in het behandelproces worden toegepast. De niveaus betreffen de therapeutische relatie, het behandelproces zelf en de voorwaarden voor de behandeling, zoals de professional en het team. De vijf fasen kunnen zich in een behandelproces meerdere keren achter elkaar voordoen in een cyclisch proces.

Evidence based werken kan pas vanzelfsprekend worden als het wordt ingebed in het normale behandelproces.

Trefwoorden: *evidence based*, hypothese toetsend, reflectie.

Evidence based werken is niet vanzelfsprekend. We hebben kennis uit wetenschappelijk onderzoek, samengevatte en beoordeelde kennis in richtlijnen, of zelfs in samenwerkingsafspraken (zoals in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken, LESA), maar hoe zie je als professional door de bomen het bos? Hoe en wanneer gebruik je welke kennis? De hoeveelheid wetenschappelijke literatuur is niet meer bij te benen voor de professional en ook de samengevatte kennis in richtlijnen vindt niet vanzelf de weg naar de praktijk. We weten ook dat richtlijnen niet voor elk probleem een oplossing bieden en dat er geen protocol voor elk soort probleem of klachten bestaat. De praktijk is vele malen weerbarstiger dan richtlijnen en protocollen ons willen doen geloven. We zochten daarom naar een manier waarop *evidence based* werken toch een vanzelfsprekende manier van werken zou kunnen worden. In dit artikel beschrijven we de stappen die we daarin hebben gezet en de praktische werkvorm waarbij we uitgekomen zijn.

De vijf stappen van Sackett

De basis van het praktische *evidence based* werken is gelegd met het werk van Sackett en collega's (Sackett et al., 2000), in Nederland overgenomen door onder andere Offringa en collega's (Offringa et al. 2008). Sackett en collega's ontwikkelden een methode om wetenschappelijke kennis te gebruiken bij vragen

of problemen uit de praktijk. Niet het toepassen van de wetenschappelijke kennis (of richtlijn) is daarbij de essentie, maar het beantwoorden van een vraag uit de klinische praktijk. Ze noemden deze methode *evidence based medicine*. In de loop van de tijd is de aanduiding *evidence based* losgezongen van *medicine*. Specifieke vakgebieden en sectoren worden ervan voorzien, zoals *evidence based mental health care* of de bredere benaming *evidence based practice*. De methode bestaat uit de volgende stappen:

- *Het probleem wordt geformuleerd als beantwoordbare vraag.* Om een beantwoordbare vraag te formuleren heeft Sackett de zogenaamde PICO-structuur bedacht. Het acroniem PICO staat voor het probleem (P) van de cliënt, het beoogde resultaat (O van *outcome*) van de behandeling, de gezochte interventie (I) en eventueel een alternatieve interventie (C van *co-interventie* of ook wel controlebehandeling).
- *Het zoeken en selecteren van de best beschikbare kennis* om de vraag te beantwoorden. De PICO-vraag uit stap 1 is hierbij sturend. Deze levert namelijk de zoektermen aan de hand waarvan in de wetenschappelijke databases kan worden gezocht.
- *Het beoordelen van de gevonden kennis* op methodologische kwaliteit, de mogelijke impact op de praktijk (hoeveel schiet de cliënt er mee op?) en de toepasbaarheid in 'deze' praktijk met 'deze' beschikbare middelen.
- *Beslissen.* De gevonden kennis wordt beschouwd vanuit de eigen klinische expertise en vanuit de ervaringen, wensen en

omstandigheden van de cliënt. Deze afwegingen leiden uiteindelijk tot de beslissing om de gevonden kennis al dan niet toe te passen.

- *Het evalueren van het resultaat van het besluit.* Als de gevonden kennis is toegepast, heeft dit dan geleid tot het beoogde resultaat (O)? Als het niet tot het beoogde resultaat heeft geleid, was dat dan het gevolg van niet goed uitgevoerde stappen?

Een casus

Mevrouw De Boer krijgt sinds 4 maanden cognitieve gedragstherapie van een psycholoog. De huisarts heeft haar verwezen vanwege langdurige slaapklasten. In de intake is een eenmalige, matig ernstige unipolaire depressie vastgesteld. Er is geen sprake van suicidaliteit. De CGT verloopt moeizaam, mevrouw De Boer maakt soms haar huiswerk, maar vaak niet. Bij de evaluatie na 4 maanden, zoals de richtlijn adviseert, lijkt er niet veel te zijn veranderd. De psycholoog vraagt zich af of het toevoegen van medicatie een optie is, oftewel volgens de PICO: Leidt bij een vrouw met een eerste, matig ernstige depressie die niet reageert op een CGT-behandeling (P), het toevoegen van een antidepressivum (I) tot meer afname van de depressieve symptomen (O) dan het doorgaan op dezelfde weg (C)? Voordat de psycholoog zelf de wetenschappelijke literatuur in gaat, checkt ze eerst de multidisciplinaire richtlijn voor depressie. Daar vindt ze dat bij onvoldoende herstel gekozen kan worden voor farmacotherapie met ondersteunende gesprekken of voor een andere vorm van psychotherapie. Ze gaat deze keuze aan mevrouw De Boer voorleggen.

Deze methode sprak ons zeer aan omdat zij start bij een probleem in de klinische praktijk. Toch bleek toen we psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten gingen trainen in deze methode, dat de toepassing ervan in de dagelijkse praktijk allerm minst vanzelfsprekend was. De stappen van Sackett beginnen weliswaar met een praktijkvraag, maar routine, rituelen of de waan van de dag kunnen vragen in de weg staan. Dit betekent dat als er geen directe vraag en daarmee geen directe aanleiding is, de stappen niet doorlopen hoeven te worden. Routine, rituelen en tradities, ook de niet effectieve of zelfs schadelijke, kunnen zo nog steeds in stand blijven (Plas et al. 2008).

De context

We zien dus dat de waan van de dag vaak te sterk is om even stil te staan en een vraag te formuleren over een problematische situatie of juist over een situatie die zo vanzelfsprekend is dat niemand zich meer afvraagt of datgene dat wordt gedaan wel de beste oplossing is. Maar zelfs als deze vraag wel wordt gesteld, en er een antwoord wordt gevonden in de wetenschappelijke literatuur, is er in de ggz vaak geen sprake van het simpelweg toepassen hiervan. Want in de keuzen die de hulpverlener maakt voor een behandeling of een diagnostische procedure spelen dan naast de gevonden kennis namelijk een groot aantal andere, qua aard sterk uiteenlopende factoren een rol.

Enerzijds heeft de hulpverlener dus zijn disciplinespecifieke overwegingen, bijvoorbeeld met betrekking tot de effectiviteit

van een behandeling of de toepasbaarheid van een diagnostische procedure. Anderzijds heeft de hulpverlener altijd te maken met een cliënt met wie hij een relatie moet opbouwen, met specifieke cliëntkenmerken, met de beschikbaarheid of het ontbreken van middelen, met het team waarin hij werkt, met de gepastheid daarvan, met wettelijke bepalingen, met ethische overwegingen, met professionele overtuigingen zoals die zijn neergelegd in richtlijnen, enzovoort. In sommige situaties hebben ook familieleden, buurtgenoten of collega's invloed - zij dringen bijvoorbeeld aan op opname als de cliënt door diens stoornis hinder oplevert.

En ten slotte komt wat geformuleerd wordt als behandelresultaat in wetenschappelijk onderzoek vaak onvoldoende overeen met wat een cliënt wil. Een cliënt wil bijvoorbeeld een betere relatie met zijn vrouw of meer zin om aan het werk te gaan, terwijl de therapeut een depressie ziet en vindt dat deze behandeld moet worden. De probleemformulering volgens de cliënt wijkt nogal eens af van de probleemformulering van de therapeut. Op zich is dat niet zo'n probleem zo lang die twee probleemstellingen tenminste bij elkaar te brengen zijn. Is dat niet het geval, dan werken therapeut en cliënt langs elkaar heen aan verschillende behandeldoelen. Uiteindelijk heeft dat tot gevolg dat de cliënt gereserveerd blijft staan tegenover de behandeling die de therapeut voorstelt en dus dat de wetenschappelijke inzichten uiteindelijk niet toegespitst wordt op een gezamenlijk geformuleerd behandelresultaat.

Kortom, in de ggz hebben we vaak inzicht en kennis nodig op meerdere niveaus. Het gaat niet alleen over de beste interventie die we zouden kunnen toepassen bij een bepaalde cliënt met een bepaald probleem of bepaalde stoornis, maar ook over de beste manier om contact te maken met deze cliënt en de beste manier om de behandeling uit te voeren in een bepaalde context. We zochten daarom naar een manier om in deze vaak complexe setting het *evidence based* werken vanzelfsprekend te maken. Wij vonden de oplossing in methodisch werken. *Evidence based* werken is methodisch werken met gebruik van de beste wetenschappelijke kennis.

Methodisch werken

Het meest elementaire kenmerk van methodisch werken is de *systematische reflectie* (Schön, 1983). Met methodisch werken maakt de hulpverlener steeds een pas op de plaats om terug te kijken op de stap die hij in de behandeling gezet heeft en om vooruit te kijken naar de volgende stap. De 'pas op de plaats' is echter niet vanzelfsprekend als hij niet op een methodische manier in het behandelproces is ingebouwd. Als het proces gefaseerd is, en dus opgedeeld in onderdelen of fasen, biedt elke nieuwe fase steeds markeringsmomenten voor een dergelijke pas op de plaats. Het systematisch, planmatig volgen van deze fasen biedt de cliënt ook helderheid en maakt het makkelijker om samen met de cliënt besluiten te nemen.

Reflectie impliceert ook het stellen van vragen. Bijvoorbeeld vragen over de relatie tussen de behandelopties en het behan-

deldoel: 'Is bij deze cliënt deze werkwijze wel de beste manier om het afgesproken behandeldoel te bereiken?' En tot slot hoort bij de reflectie het voortdurend toetsen van het resultaat van alle acties: 'Komt het behandeldoel in zicht?'

Al deze eigenschappen van reflectie zijn samen te brengen in methodisch werken. We onderscheiden de volgende kenmerken van methodisch werken:

- *Gefaseerd*: het proces van hulpverlening is verdeeld in fasen.
- *Systematisch*: die fasering wordt volgens een plan uitgevoerd.
- *Transparant*: de besluiten worden in openheid samen met de cliënt genomen, net als de acties die worden gepland.
- *Doelgericht*: de behandelopties die een hulpverlener aan zijn cliënt voorlegt, staan in een logische relatie tot het behandeldoel en vertegenwoordigen de *state of the art* binnen het vakgebied.
- *Toetsend*: de hulpverlener registreert voortdurend het resultaat van zijn professioneel handelen om indien nodig tijdig bij te kunnen sturen.

Vijf fasen

Het rijtje kenmerken van methodisch werken uit de vorige paragraaf lijkt zo logisch en voor de hand liggend dat je je afvraagt waarom niet iedere professional in de ggz het gewoon toepast. Maar wat betekent dit nu eigenlijk voor de dagelijkse praktijk? Als we de behandeling van een cliënt vanaf het begin methodisch willen aanpakken, hoe doen we dat dan? Om dit duidelijk te maken, onderscheiden we vijf fasen bij de toepassing van methodisch werken in de dagelijkse praktijk van de ggz. In elke fase is er sprake van een moment waarop een pas op de plaats wordt gemaakt. We hebben deze fasen uitgebreid beschreven in ons boek *Evidence based werken in de GGZ. Methodisch werken als oplossing* (Tiemens et al. 2010). We lopen ze hieronder kort langs.

Fase 1 Van probleem naar behandeldoel: verandering definiëren

De eerste fase begint met de probleemverheldering en moet resulteren in het formuleren van doelen voor de diagnostiek, of de behandeling. Niet het probleem, maar het doel maakt namelijk helder wat het resultaat van de behandeling moet zijn en waar (in de volgende fase) de middelen op ingezet moeten worden - wat moet er veranderd zijn aan het eind van de behandeling? Samen met de cliënt wordt gezocht naar een gemeenschappelijke formulering van het probleem en naar realistische doelen voor wat er moet veranderen. De kunst in deze gemeenschappelijke zoektocht is om recht te doen aan de wensen en mogelijkheden van de cliënt aan de ene kant en de mogelijkheden van de hulpverlener aan de andere. Het formuleren van een probleem dat de cliënt niet herkent (wat bijvoorbeeld het geval kan zijn bij een abstracte ziektediagnose) of dat een hulpverlener niet kan oplossen (zoals het niet krijgen van een uitkering) is een goede voorspeller van een teleurstellend behandelresultaat. Een vergelijkbare redenering gaat op voor de doelen. Een behandel- of zorgdoel dat niet in relatie staat tot het probleem, onhaalbaar/ongepast is voor of ongewenst is door de cliënt of buiten het bereik ligt van de hulpverlener leidt tot een stagnerende hulpverlening (Long, 2001).

Fase 2 Van doel naar middel: de beste manier zoeken

Is het diagnostisch of behandeldoel bekend, dan kunnen de middelen gezocht worden om die doelen te verwezenlijken. Dit is de fase waarin de hulpverlener op zoek gaat naar diagnostische instrumenten of interventies die het meest geschikt zijn om de doelen te verwezenlijken. Daarbij geven in eerste instantie argumenten van werkzaamheid, veiligheid en toepasbaarheid de doorslag. Om werkzame, veilige diagnostische procedures, typen van zorg of behandeling te vinden, kan gebruik worden gemaakt van een groot aantal bronnen, zoals richtlijnen, overzichtsartikelen of zoekprocedures via het internet. De wetenschappelijke kwaliteit van die informatie op internet is niet altijd even duidelijk. Hier moet dus nog een beoordelingslag worden gemaakt. Tevens moet de toepasbaarheid worden beoordeeld in de betreffende setting met de lokale middelen en specifieke competenties van de behandelaar.

Fase 3 Van confectie naar maatwerk: passend maken

Met helder geformuleerde doelen en zicht op de beschikbare diagnostische of therapeutische middelen kunnen cliënt en hulpverlener een behandelplan maken. Hierin worden de doelen verder aangescherpt en worden de middelen vastgesteld. De middelen die we in richtlijnen of wetenschappelijke literatuur vinden, kunnen we met confectiekleding vergelijken. Confectiekleding moet geregeld passend worden gemaakt. De middelen moeten bijvoorbeeld preciezer op het behandeldoel worden afgestemd. In de uitvoeringsfase wordt een fasering aangebracht, het tempo wordt bepaald en de evaluatiemomenten worden vastgesteld. De voorkeuren van de cliënt spelen hierbij natuurlijk een rol, maar er wordt tevens rekening gehouden met andere cliëntfactoren, zoals eerdere hulpverleningservaringen (wat heeft eerder geholpen, hoeveel huiswerkopdrachten per week zijn bij deze cliënt realistisch en haalbaar, enzovoort), specifieke leefomstandigheden, modellerende factoren (zoals een afwijkende stofwisseling bij medicatiegebruik) en eventuele specifieke contra-indicaties. Het sluitstuk van deze fase is het volledig op de cliënt toegesneden behandelplan.

Fase 4 Van verwachting naar resultaat: uitvoeren en volgen

Tijdens de uitvoering van het behandelplan registreert de hulpverlener zowel de voortgang van de uitvoering, tussentijdse resultaten en ongewenste bijwerkingen. Extra informatie bieden hierbij gestandaardiseerde instrumenten, zoals klachtenlijsten of lijsten waarmee het functioneren in kaart wordt gebracht, die door de hulpverlener of cliënt worden ingevuld. Deze registraties zijn van belang om zo nodig het tempo van de behandeling aan te passen of in overleg met de cliënt de middelen tussentijds te wijzigen. Bovendien leveren deze tussentijds registraties het materiaal voor de evaluatie van het in het plan overeengekomen tijdstip. Bijna alle ggz-instellingen overwegen momenteel om te gaan monitoren of een geautomatiseerd monitorsysteem te implementeren, vaak aangeduid als ROM (*Routine Outcome Monitoring*).

Fase 5 Van resultaat naar betekenis: evalueren

Methodisch werken veronderstelt niet alleen een interne samenhang in het proces van hulpverlening, maar ook een samenhang tussen opeenvolgende hulpverleningsstappen. Iedere stap levert de uitgangspunt voor het vervolg. Hoe dat vervolg eruitziet is afhankelijk van de opbrengst van de evaluatie van de interventies. Het vervolg van de evaluatie kan afsluiting van de behandeling zijn. Maar als de eerste zorg- of behandelcyclus onvolledige resultaten heeft opgeleverd of als het diagnostisch proces met nog te veel onduidelijkheden wordt afgesloten, kan er een nieuwe of aanvullende stap komen om het resultaat te verbeteren, respectievelijk voldoende diagnostische duidelijkheid te verschaffen. De uitkomsten van een evaluatie leveren de informatie voor een nieuwe cyclus, ongeacht of het nu gaat om diagnostiek, behandeling of zorgplanning.

Bij het evalueren wordt niet alleen gekeken naar het resultaat, maar vooral ook naar de betekenis van het resultaat. De depressieve klachten zijn misschien niet allemaal of helemaal weg, maar de cliënt geeft duidelijk aan zelf weer verder te kunnen. Of omgekeerd, de meeste depressieve klachten zijn verdwenen, maar de cliënt heeft nog aanvullende vaardigheden nodig om weer aan het werk te kunnen.

Drie niveaus

Zoals we onder het kopje 'De context' al aangaven is het hulpverleningsproces tussen hulpverlener en cliënt niet eendimensionaal. Er zijn verschillende dimensies te onderscheiden die elkaar beïnvloeden. In zijn boek *Duivelse spiralen* laat Boeckhorst (2003) hiervan de extremen zien. Echter, extreem of niet, de dimensies zijn altijd aanwezig. De doelen en middelen kunnen door hulpverlener en cliënt nog zo mooi op een rijtje zijn gezet, maar als die niet op elkaar aansluiten wordt het niets. Als leden van een multidisciplinair team zich steeds door een cliënt tegen elkaar uit laten spelen, zal het behandeldoel snel uit zicht verdwijnen. Als de organisatie geen goede voorwaarden schept voor dossiervoering, registratie en het volgen van de behandeling, maakt dit een systematische werkwijze zo niet onmogelijk, dan toch in elk geval moeilijk. De fasering zoals beschreven in de vorige paragraaf kunnen we op al deze verschillende niveaus toepassen.

Niveau 1: de therapeutische relatie

Voor effectieve zorg, behandeling of diagnostiek is een goede samenwerking onontbeerlijk. Deze voorspelt in hoge mate het slagen van een behandeling. Werken aan een goede therapeutische relatie is dus een eerste vereiste in de ggz. Een therapeutische relatie is echter niet stabiel - deze kan gedurende de behandeling veranderen en is onderhevig aan het verloop van de behandeling, net zo als het verloop afhankelijk is van de therapeutische relatie. Op elk moment kan het dus nodig zijn om de relatie methodisch tegen het licht te houden en er expliciet actie op te ondernemen. Ook de therapeutische relatie kan systematisch gevolgd worden, met bijvoorbeeld de *Working Alliance Inventory* (Horvat & Greenbert, 1989) of de *Scale To Assess the therapeutic*

Relationship in community mental health care (McGuire-Snieckus et al. 2007).

Niveau 2: het behandelproces

Binnen dit niveau maken we onderscheid tussen afzonderlijke beslissingen in het proces en het proces zelf. De afzonderlijke beslissingen noemen we de bouwstenen van het behandelproces.

De bouwstenen

De bouwstenen betreffen beslissingen over diagnostiek en afzonderlijke interventies. Op dit niveau zijn vragen aan de orde als 'met welke diagnostische test krijg ik de meeste zekerheid over de aanwezigheid van bepaalde klachten of problematiek?' en 'welke vorm van begeleiding leidt tot de beste arbeidsparticipatie?' De meeste boeken over *evidence based medicine* gaan alleen over dit niveau. Hoewel dit een belangrijk niveau is, is het dus maar één onderdeel van alles wat van invloed is op een behandelproces in de geestelijke gezondheidszorg.

Het proces: diagnostiek, begeleiding en behandeling

Bij het proces gaat het om de samenhang tussen de bouwstenen en dus over het gehele behandelproces. Bijvoorbeeld over de volgorde van de interventies of over de koppeling van een interventie aan de uitslag van een bepaalde test. Een zorgprogramma is een voorbeeld van zo'n proces of traject van opeenvolgende stappen. Ook het registreren en volgen van de resultaten van de behandeling en de wijze waarop deze in het behandelproces gebruikt kunnen worden, zijn hier van belang.

Niveau 3: de voorwaarden

We verdelen de voorwaarden in drie subniveaus: die van de professional, het team en de organisatie.

De professional

De uitrusting van een professional is zijn expertise. Deze expertise betreft vele domeinen. Zo moet de professional kunnen inschatten of de kwaliteit van de therapeutische relatie voldoende is om de behandeling te kunnen starten. Bij het afnemen van een diagnostische test moet hij deze kunnen interpreteren en hij moet bepaalde interventies kunnen toepassen. Uiteraard hoeft niet elke professional alles te kunnen. De zorg kan zo georganiseerd zijn (het derde subniveau) dat er professionals zijn met een specifieke expertise op bepaalde domeinen, zoals het afnemen van diagnostische tests.

Het team

Dit betreft de personele organisatie van de zorg. Meestal zijn er teams. De rol van een team in het zorgproces kan uiteenlopen. Zo heeft het team een adviserende rol in casuïstiekbesprekingen bij individuele behandelingen. Daarnaast speelt het team op opnameafdelingen een gezamenlijke rol bij de behandeling, waarbij nauwe afstemming en bewaking van afspraken cruciaal zijn. In een gezondheidscentrum heeft het multidisciplinaire team voor een eerstelijns psycholoog een rol in de verwijzing of afstemming met somatische aandoeningen van cliënten. In

welke situatie de professional zich ook bevindt, vaak zal het team de context zijn van waaruit hij werkt en zal deze context bij verschillende cliënten meer of minder belangrijk zijn.

De organisatie

Op dit subniveau gaat het om de voorwaarden in de organisatie die managers samen met hulpverleners creëren. Het betreft de manier waarop de zorg ingericht is, bijvoorbeeld in diagnose-specifieke zorgprogramma's of in regionale teams, maar ook de manier waarop de zorg en de professionals gefaciliteerd worden. Is er bijvoorbeeld een elektronisch patiëntendossier dat het zorgproces ondersteunt, is er voldoende secretariële ondersteuning, zijn de zorgprocessen efficiënt ingericht? Het kan dus gaan om heel algemene zaken die alle cliënten aangaan en om specifieke zaken die alleen een bepaalde doelgroep betreffen, zoals de organisatie van een FACT-team voor cliënten met ernstige psychiatrische problematiek.

De vijf fasen van methodisch werken worden toegepast op de drie niveaus waarmee we in de ggz te maken hebben: de therapeutische relatie, het behandelproces en de voorwaarden. Dit

betekent dat bij een probleem op ieder niveau eerst moet worden bepaald of het probleem zich daar afspeelt en wat er eventueel moet veranderen. Er wordt dus per niveau een doel gesteld. Vervolgens wordt het beste middel om het doel te realiseren gezocht en wordt een plan gemaakt dat is afgestemd op de situatie. Tijdens de uitvoering van het plan wordt op vaste momenten nauwkeurig nagegaan of deze aanpak wel tot het doel leidt. Zo nodig worden de acties bijgesteld.

In tabel 1 zijn de fasen voor elk niveau ingevuld. Uiteraard betreft het hier een globale invulling, die slechts een aanwijzing is voor wat er in elke cel van het schema zou moeten staan. In de praktijk kan de tabel worden ingevuld voor elk specifiek probleem, op elk niveau. Overigens zal er niet altijd op elk niveau een probleem zijn dat opgelost moet worden. Meestal zal bijvoorbeeld de benodigde expertise aanwezig zijn om het gekozen behandeltraject uit te kunnen voeren. Soms worden echter zaken over het hoofd gezien. Een behandeling loopt niet terwijl iedereen er van overtuigd is dat de gekozen interventie de beste is. In een dergelijk situatie kan het schema helpen om te onderzoeken of er mogelijk een probleem op een ander niveau ligt, bijvoorbeeld in de rol van het team.

Tabel 1 De vijf fasen van methodisch werken op de drie niveaus

Niveau	Fase				
	1. Van probleem naar doel Verandering definiëren	2. Van doel naar middel De beste manier zoeken	3. Van confectie Naar maatwerk Passend maken	4. Van verwachting naar resultaat Uitvoeren en volgen	5. Van resultaat naar betekenis Evalueren
Therapeutische relatie	Werkbare therapeutische relatie*	Bepalen hoe dit te verkrijgen/behouden	Plan maken	Werken aan en voortdurend peilen van de relatie	Is de relatie (nog steeds) werkbaar?
Behandelproces I - Bouwstenen Diagnostiek Interventies	Meer zekerheid over probleem/ klacht/stoornis	Bepalen beste instrument	Plan maken voor afname instrument	Afnemen en interpreteren	Meer zekerheid verkregen?
	Behandeldoel of zorgdoel, eventueel werkdoel	Bepalen beste methode/ interventie	Onderdeel behandelplan maken	Uitvoeren en registreren/ monitoren	Is het (werk)doel gehaald?
II - Proces	Behandeldoel	Bepalen beste traject/programma	Behandelplan maken	Uitvoeren en registreren/ monitoren	Is het behandeldoel gehaald?
Voorwaarden Professional	Benodigde expertise	Bepalen hoe/ waar/door wie te verkrijgen	Opleidingsplan maken of plan voor 'inhuren' expertise**	Opleiding volgen en resultaten registreren	Is de expertise verkregen?
Team	Benodigde rol van het team/collega's	Bepalen hoe dit verkregen/georganiseerd kan worden	Plan of afspraken maken	Uitvoeren en registreren	Is de rol gerealiseerd?
Organisatie	Benodigde faciliteiten/wijze van organiseren, enzovoort	Bepalen hoe dit verkregen/georganiseerd kan worden	Plan maken	Uitvoeren en registreren	Zijn de faciliteiten/ andere organisatie gerealiseerd?

Bron: Tiemens et al. 2010

* Of specifieker bij een specifiek probleem in de relatie

** Inhuren hoort eigenlijk bij het team of de organisatie.

Een casus

Dezelfde mevrouw De Boer met langdurige slaapklachten en de vastgestelde eenmalige, matig ernstige unipolaire depressie. In de instelling waar de psycholoog werkzaam is, is nu het proces van *routine outcome monitoring* geïmplementeerd. Ze krijgt om de vijf gesprekken een rapportage van de resultaten uit vragenlijsten die door de cliënt zijn ingevuld. Na de eerste vijf gesprekken blijkt er niets te zijn verbeterd, de klachten, vooral de slaapklachten, zijn eerder verslechterd. Daar komt bij dat mevrouw De Boer bijna nooit het huiswerk maakt. De psycholoog gaat het gesprek aan over de behandeling.

Als mevrouw De Boer vooral haar slaapklachten blijft benadrukken en haar depressie ook vooral hieraan wijt, realiseert de psycholoog zich dat ze noch de formulering van het probleem noch het behandelgoal in goede samenspraak met de cliënt heeft vastgesteld. Ze brengt dit in het gesprek en mevrouw De Boer beaamt dat ze naar haar idee met iets aan het werk was, wat niet haar probleem was, de slaapklachten zijn haar hoofdprobleem. Omdat de psycholoog zich toch ook wel wat zorgen maakt over de depressieklachten van mevrouw De Boer, spreken ze af de ze voor het volgende gesprek uit zal zoeken wat mogelijk een goede behandeling zal zijn.

De psycholoog vraagt zich af of cognitieve gedragstherapie, specifiek gericht op insomnia (CGT-I), een effectieve interventie

zou kunnen zijn voor de slaapprobleem van mevrouw de Boer. In de multidisciplinaire richtlijn vindt zij geen antwoord op de vraag. Ze besluit zelf op zoek te gaan naar kennis hierover en formuleert daarom de volgende PICO-vraag: *Is bij een cliënt met insomniaklachten en depressie (P) CGT (I) effectief om de slaapkwaliteit te verbeteren (O)?* Ze haalt de kernwoorden uit de vraag en vertaalt die naar het Engels: *depression, insomnia, CBT en sleep quality* en zoekt op deze in Pubmed. De zoektocht levert tien hits op waaronder een systematische review (Smith et al., 2005) waarin wordt geconcludeerd dat: 'The available data demonstrate moderate to large treatment effects and indicate that CBT-I is a promising treatment for individuals with medical and psychiatric comorbidity.'

Dan moet ze ook denken aan de samenwerking met mevrouw De Boer en herinnert zich dat ze heeft gelezen over *shared decision making*. Voor een uitgebreide zoektocht heeft ze geen tijd meer, maar met een snelle 'search' vindt ze onderzoek van Hollandse bodem (Joosten et al. 2009), met goede resultaten in de verslavingszorg. Ze besluit in de volgende stappen zeer alert te zijn op de afstemming. Daarbij zal ze ook gebruik maken van vragenlijsten, enerzijds om haar relatie met mevrouw de Boer in de gaten te blijven houden, maar ook om de slaap- en depressieklachten goed te monitoren.

Tabel 1 De vijf fasen van methodisch werken ingevuld

	Fase				
Niveau	1. Van probleem naar doel Verandering definiëren	2. Van doel naar middel De beste manier zoeken	3. Van confectie Naar maatwerk Passend maken	4. Van verwachting naar resultaat Uitvoeren en volgen	5. Van resultaat naar betekenis Evalueren
Therapeutische relatie	Probleem: geen samenwerking. Doel: gezamenlijke probleemdefinitie en behandelgoal.	Principes van 'shared decision making' toepassen	Geen special aanpassing	Volgen met de STAR	Is er een klinisch significante toename op de STAR?
Behandelproces I - Bouwstenen	Probleem: slaapklachten Doel: afname van de inslaaptijd met de helft	CGT-I	Vanwege depressieve klachten ook check hierop ingebouwd	Klachten volgen met de PSQI, check op depressie met de BDI	Is de inslaaptijd met 50% afgenomen? Zijn ook depressieve klachten verminderd?
II - Proces	Geen bijzonderheden				
Voorwaarden Professional	Probleem: psycholoog heeft geen ervaring met CGT-I Doel: CGT-I adequaat uitvoeren	Collega superviseert	Supervisie wordt op een voor beide gunstig moment ingepland	Monitorresultaten worden gebruikt in de supervisie als extra check op de uitvoering	Is de CGT-I adequaat uitgevoerd?
Team	Geen bijzonderheden				
Organisatie	Geen bijzonderheden				

STAR = Scale To Assess the therapeutic Relationship in community mental health care;
PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; BDI = Beck's Depression Inventory

Figuur 1. De cyclus van methodisch werken



De psycholoog legt mevrouw De Boer haar bevindingen voor. Ze is enthousiast over het CGT-programma gericht op haar slaapkachten, maar wil liever niet steeds die vragenlijsten invullen. Als de psycholoog uitlegt dat dit een goede manier is om steeds samen te kijken of ze op het goede spoor zitten, ziet ze het nut er van in.

Voordat ze in gesprek is gegaan met mevrouw De Boer heeft ze een collega met veel ervaring in deze vorm van CGT gevraagd of zij haar wil superviseren. De psycholoog heeft geen ervaring met deze specifieke vorm. Ze heeft een goed protocol, maar vindt het verstandig met haar collega steeds even de behandeling onder de loep te nemen. Ze spreken af daarin ook steeds de monitorresultaten te betrekken.

Een cyclisch hypothesetoetsend proces

Zoals we hebben laten zien is een methodische manier van werken een expliciete aanpak die helpt om steeds even een pas op de plaats te maken. Met het volgen van de eerste drie fasen uit tabel 1 wordt in feite steeds een hypothese opgesteld. In de volgende twee fasen wordt getoetst of de hypothese juist is. Dit klinkt heel abstract, maar het opstellen van een behandelplan of zorgplan, kan ook beschouwd worden als het formuleren van een hypothese voor de behandeling: *Bij een patiënt met probleem X zal door middel van behandeling Y, doel Z worden bereikt.*

Bij het formuleren van een hypothese wordt elk onderdeel expliciet afgewogen. Hierdoor wordt duidelijk hoe zeker of onzeker, hoe vaag of uitgekristalliseerd ieder onderdeel is. Tevens wordt niet alleen routine zichtbaar, maar ook onduidelijke of vage besluitvorming zoals bij mevrouw De Boer over de behandeling van haar depressie. Een vage hypothese stellen heeft geen zin, want die is niet toetsbaar. Het verloop van de behandeling en de wijze waarop de cliënt op de interventie reageert, vormen de toets van de hypothese. Het volgen en evalueren horen dus bij een hypothesetoetsende manier van werken.

Als uit de evaluatie blijkt dat de cliënt onvoldoende is opgeknapt, wordt een volgende hypothese opgesteld. Hierbij wordt de kennis die is opgedaan in de eerdere serie van vijf fasen gebruikt. Zo ontstaat een cyclisch proces en kunnen we de vijf fasen dus ook als cyclus weergeven, zoals in figuur 1.

De vanzelfsprekendheid van *evidence based werken*

Evidence based werken wordt pas vanzelfsprekend als het ingebed wordt in het normale behandelproces. Zolang reflectie op het proces afhankelijk is van een moment 'waarop we even tijd hebben', of van supervisie of intervisie, blijft het bijzonder. Alles wat bijzonder is gaat 'kopje onder' in de waan van de dag. We zijn ons bewust dat de fasering die we aangeven niet spectaculair is. Dat is maar goed ook, hoe meer herkenning hoe beter. In vele handboeken en in vele opleidingen wordt een vorm van methodisch werken geleerd. Het wordt alleen nergens gekoppeld aan *evidence based werken*. Het is echter niet mogelijk om *evidence based* en niet methodisch te werken. Methodisch werken is een voorwaarde voor *evidence based werken*. *Evidence based werken* gaat verder dan het toepassen van een effectief bevonden interventie. Als niet helder is omschreven met een goed geformuleerd behandeldoel wat die interventie op moet leveren en als niet tijdens de behandeling wordt gecheckt of de cliënt goed reageert op een behandeling, is de meerwaarde beperkt. Als niet ook andere niveaus worden gecheckt als de cliënt niet goed reageert op de interventie, kan ook een volgende effectief bevonden interventie gemakkelijk stranden. In de ggz hebben we vaak met meer te maken dan een cliënt, een probleem en een interventie. De methodische aanpak uit tabel 1 is bedoeld om hierin niet te verdwalen, greep te houden, doelen te kunnen onderscheiden van middelen en daarmee *evidence based werken* een vanzelfsprekende plaats te geven. ■

Auteurs

- Dr. Bea. G. Tiemens is andragoog en epidemioloog. Zij is als senior wetenschappelijk medewerker verbonden aan Pro Persona Centre for Education and Science (ProCES) in Wolfheze. Daarnaast is ze directeur van de Stichting Centrum voor Zorgmonitoring (CvZM) en manager Opleiding, Onderzoek en Professionalisering van de Indigo Service Organisatie.
- Dr. Ad. J.A. Kaasenbrood is psychiater ACT-team, Pro Persona te Arnhem. Hij is directeur van het Kennis en Innovatiecentrum Persoonlijkheidsstoornissen (KIP).
- Drs. Gerrit. J. de Niet is psychiatrisch verpleegkundige en verplegingswetenschapper, en is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan ProCES.

Literatuur

- Boeckhorst, F. (2003). Duiivelse spiralen; werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie. Warnsveld: GGNet.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Long, J.R. (2001). Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy*, 38, 219-232.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L. & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85-95.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J. & Scholten, R.J.P.M. (red.). (2008). Inleiding in evidence based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Derde herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Plas, M., Engelshoven, I. van, Mintjes-de Groot, J. (2008) Doorbreek de rituelen. Een overzicht van zinloze rituelen in de zorg en een stappenplan om deze te doorbreken. Utrecht, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. (2nd edition). Edinburgh & New York: Churchill Livingstone.
- Schön, D.A. (1983). The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Tiemens, B., Kaasenbrood, A., Niet, G. de (2010). Evidence based werken in de GGZ. Methodisch werken als oplossing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.



Klinisch psychologen

Binnen onze vakgroep medische psychologie ZGT Almelo zijn wij op zoek naar een klinisch psycholoog (24 uur) en een klinisch (neuro)psycholoog (32 uur) die samen met ons het vakgebied verder willen ontwikkelen. Bij voorkeur bent u gedragstherapeut en heeft u ziekenhuiservaring.

Op www.zgt.nl vindt u meer informatie over deze vacature. Ook kunt u contact opnemen met drs. P.F.M. de Wit, klinisch neuropsycholoog en voorzitter vakgroep of bij drs. R.G.M. Evers, klinisch psycholoog, psychotherapeut, telefoon (0546) 69 32 40 of met drs. M.J.P. Schmidt, voorzitter Raad van Bestuur, telefoon (0546) 69 34 86.

Boos: *computer says no...*

In deze column staan de belevenissen van een gz-psycholoog in het werk in de kinderpsychiatrie centraal. Uitgangspunt is telkens één van de vier basisgevoelens boos, bang, blij of bedroefd. De problemen van kinderen gaan bijna altijd over deze vier b's. Ze zijn te vaak boos of bang of hebben veel ruzie. Of ze zijn bedroefd en voelen zich rot.

In de samenwerking met verschillende instellingen kom ik regelmatig frustrerende situaties tegen. Bureau Jeugdzorg en AMK, de raad voor kindbescherming, politie, behandelaars van ouders, scholen, iedereen heeft zijn eigen belangen, werkwijze en procedures. En hoe meer energie je erin steekt hoe groter het machteloze gevoel als het niet lukt. Meestal lukt het echter wel om tot een plan te komen waarin het belang van de kinderen voorop staat. Zo was dat ook bij de familie Vlek, dacht ik.

De vader van Toby en Thea, 6 en 8 jaar, was gedetineerd toen de kinderen werden aangemeld. Hij moest nog tien maanden zitten en de laatste twee maanden van zijn straf kon hij een enkelband krijgen. De moeder van de kinderen wilde graag hulp voor haar kinderen die hun vader erg misten. Ze wilde graag dat vader de laatste periode van detentie waarin hij een enkelband zou krijgen thuis zou kunnen doorbrengen. Vader was echter veroordeeld voor huiselijk geweld en de gezinsvoogd had als voorwaarde dat er een gedegen veiligheidsplan zou worden opgesteld om herhaling te voorkomen. Een leuke maar heel tijdrovende uitdaging voor mij en mijn collega.

Om de situatie van het gezin in kaart te brengen werden er een aantal gesprekken gevoerd met moeder en de kinderen en beide ouders. Vader moest drie uur reizen met de trein omdat hij pas om 9.00 vrijgelaten werd en om 17.00 weer binnen moest zijn konden wij hem alleen tussen 12.00 en 14.00 zien. Dat wij dan onze lunchpauze moesten overslaan hadden we er voor over. Toen de NS door de hevige sneeuwval minder treinen liet rijden, kwam hij flink in de problemen en moest ik een verklarende fax versturen naar de directeur van de gevangenis. Hij kwam er met een waarschuwing van af. In twee bijeenkomsten van twee uur werd er een veiligheidsplan opgesteld met ouders, oma, tante, oom, neef en nicht van de familie van het gezin, de burens, twee leerkrachten van de kinderen en gezinsvoogd. Moeder moest ander werk zoeken zodat ze altijd thuis kon zijn als de kinderen en vader thuis waren, een financieel probleem. De behandelaar van vader was van mening dat er een laag recidivegevaar was en ook hij was bereid om drie uur te reizen voor overleg. De laatste hobbel die genomen moest worden was de instemming van de reclasseringsambtenaar, en niet alleen met de huidige reclasseringsambtenaar maar ook de reclasseringsambtenaar in de regio waar vader woonde, aan wie hij werd overgedragen als hij een enkelband zou krijgen. Verder moest er nog een huisbezoek plaatsvinden om het huis van vader te beoordelen. Na lang wachten en herhaaldelijk bellen gaf de reclassering akkoord. Ze moesten het alleen nog even voorleggen aan een ambtenaar om het besluit te nemen en een datum vast te stellen. Louter een formaliteit, een papieren beoordeling, verzekerde de reclassering mij en moeder. De tijd begon inmiddels te dringen want vader had volgens planning nog een week en dan mocht hij naar huis. Moeder had inmiddels terwijl ze nog geen ander werk had wel haar baan opgezegd, om aan de voorwaarden van het plan te voldoen.

Toen zakte onze broek af. De ambtenaar vond het niet passend dat iemand die veroordeeld was voor huiselijk geweld een gedeelte van de straf thuis kon uitzitten. Straf is straf en van zoiets raars had hij nog nooit gehoord. Dat de kinderen al een week niet kunnen slapen van opwindings, ze op school tekeningen hadden gemaakt, cadeautjes hadden gekocht was niet relevant. Dat moeder nu dus onnodig zonder werk zat, niet relevant.... 'sorry, computer says no'.

Hoe zinloos is het om zo vast te houden aan regels en procedures zonder te kijken naar de context. Twee maanden later had vader zijn straf uitgezeten en kon hij naar huis.

Arianne Struik,

*programmameider emotionele stoornissen Herlaarhof,
onderdeel Reinier van Arkelgroep, Vught*

5 november

**2e Jaarsymposium
GZ-psychologie**
Maarsse
Info: www.benecke.nl

De afgelopen jaren zijn er veel nieuwe ontwikkelingen geweest op het gebied van de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. Ook de rol van de GZ-psycholoog, in interactie met zijn omgeving, verandert voortdurend. Het Jaarsymposium biedt de deelnemers de gelegenheid om bondig en op hoog niveau te worden geïnformeerd over de laatste stand van zaken binnen de GZ-psychologie.

9 november

**Seksualiteit- persoonlijkheids-
stoornissen**
Amstelveen
Info: www.benecke.nl

Ruim één derde van de Nederlanders heeft in meerdere of mindere mate problemen met seksualiteit. Deze studiedag bevordert uw kennis in diagnostische, therapeutische en professionele vaardigheden. Het is tevens bedoeld om de samenwerking van seksuologen en GGZ-professionals te bevorderen.

9 november

**Psychotherapie bij ouderen met
een depressie**
Cursusbeschrijving
Amsterdam
Info: www.rino.nl

Cursus over de belangrijkste psychotherapeutische behandel-mogelijkheden voor ouderen met een depressie. Deelnemers leren verschillende psychotherapeutische technieken te hanteren en indicaties voor psychotherapie bij ouderen te stellen

10 november

**Evidence Based werken
in de GGZ**
Wolfheze
Info: www.bsl.nl

Tijdens deze studiedag laten gezaghebbende sprekers zien hoe methodisch én evidence based werken er in de praktijk uitziet. Zij gaan ook in op de problemen en op de vraag hoe de voorwaarden kunnen worden verbeterd. En: hoe verhoudt evidence based werken zich tot het gebruik van richtlijnen en protocollen en het werken binnen zorgprogramma's?

11 november

Focus op geheugen
Twente
Info: www.hoytemastichting.nl

Geheugen en stoornissen in het geheugen staan onverminderd in de wetenschappelijke, klinische en publieke belangstelling. De kennis over de werking van diverse aspecten van het geheugen neemt telkens nog toe en in veel gevallen hebben de nieuwe inzichten consequenties voor klinische toepassingen op het gebied van diagnostiek en begeleiding/behandeling. Op deze studiedag zult u op de hoogte worden gesteld van de actuele stand van zaken rond de belangrijkste aspecten van het geheugen.

18 november

**De Klinisch (neuro)psycholoog
als bruggenbouwer tussen
praktijk en wetenschap**
Utrecht
Info: www.marktwo.nl

Tweede Jaarcongres voor klinisch (neuro)psychologen

24 november

ASS en McDD
Barneveld
Info: www.benecke.nl

Experts komen aan het woord over de verkenning binnen de grenzen tussen Autisme Spectrum Stoornissen en McDD. Hierbij maken zij continu de vertaalslag van theorie naar de relevante praktijk.

26 november

**Slapende honden? Wakker
maken! Een stabilisatiemethode
voor getraumatiseerde
kinderen**
Den Bosch
Info:

Er zijn veel getraumatiseerde kinderen die geen (gepaste) behandeling krijgen. De meeste kinderen met complexe PTSS of een dissociatieve stoornis worden niet eens goed gediagnosticeerd. Enerzijds wordt de traumatisering niet herkend en anderzijds is er geen goede behandelingsmethode voor deze groep kinderen. Geïnspireerd door de stabilisatiemethode voor volwassenen, De drie testen van Joany Spierings (2009), heeft de trainer een stabilisatiemethode voor kinderen ontwikkeld en beschreven in het boek *Slapende Honden? Wakker maken*. Dit boek zal in oktober 2010 verschijnen en in deze workshop

ontvangen deelnemers het boek en Cd-rom met werkbladen.

26 - 27 november

**Werken met de Psychologische
Prestatielijst voor Sporters**
Amsterdam
Info: www.mentaltcc.nl

In deze trainingsmodule leren (sport)psychologen de principes achter de PPLS(tm) om er zodoende op een praktische manier mee te kunnen werken. De training is opgebouwd uit 2 bijeenkomsten van 3 uur.

30 november

**Themasymposium Psychologen
in de GGZ**
Utrecht
Info: www.benecke.nl

De sectie GGZ van het Nederlands instituut van Psychologen (NiP) organiseert een speciaal praktijkgericht symposium waarbij de laatste stand van zaken rondom klinisch, maatschappelijk en beleidsmatig vlak centraal staan. Afhankelijk van uw functie en lidmaatschap bij het NiP gelden verschillende inschrijfgelden.

7 december

**Depersonalisatie
- de verstoorde werkelijkheid -**
Ede
Info: www.benecke.nl

Bij depersonalisatie ervaart een persoon zichzelf, zijn eigen lichaam en/of zijn omgeving als vreemd, niet vertrouwd of onecht. In tegenstelling tot een hallucinatie is men zich van deze ervaring bewust: de reality testing is normaal. Alleen de reality sense is verstoord. Depersonalisatie zult u in uw praktijk regelmatig tegenkomen. Maar liefst 50-80 procent van de patiënten met schizofrenie, angststoornissen, een depressie, stressstoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornissen heeft hier last van. De complete depersonalisatiestoornis - zoals beschreven in de DSM - komt veel minder voor.

14 december

Parentificatie
Ede
Info: www.benecke.nl

Bij parentificatie wordt het kind op oneigenlijke wijze verantwoordelijk gemaakt voor het welbevinden van de ouders. Als dusdanig is het vaak een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van allerlei

psychopathologie. Deze studiedag zal dit uiterst relevant & complex gegeven vanuit diverse optieken belichten en deze nu eens verdoeken, dan weer veronachtzaamde dynamiek sensibiliseren.

14 december

Narcisme
Ede
Info: www.benecke.nl

In de GGZ is de term meestal een classificatie van observeerbare gedragskenmerken uit de DSM-IV. De diagnostiek verwijst met narcisme naar een specifieke psychodynamiek met als belangrijk kenmerk een fragiele identiteit of een kwetsbaar zelf en een onbewuste afwijzing van de wederzijdse nabijheid en afhankelijkheid. Tijdens de studiedag komen de verschillende invalshoeken aan bod: geschiedenis, omgeving, diagnostiek, behandeling, comorbiditeit en de behandelaar zelf.

15 december

Empathie
Ede
Info: www.benecke.nl

De verschillende facetten van het complexe fenomeen empathie worden belicht. Van de definitie tot de relatie met moraliteit en religie, van stoornissen van het inlevingsvermogen tot een neurobiologische verklaring. Alles komt aan bod! Ook een test die duidelijk maakt hoe empathisch u zelf bent. Voorafgaand aan de studiedag kunt u vragen stellen aan Frans de Waal.

16 december

**4e jaar symposium Verslaving
Comorbiditeit**
Ede
Info: www.benecke.nl

Voor de 4^e keer geeft het Jaarsymposium u een bondig overzicht van de laatste, belangrijkste ontwikkelingen binnen de verslaving. Dit jaar is gekozen voor een klinisch zeer relevant thema: comorbiditeit.

Korting abonnees

Abonnees van *GZ-psychologie* krijgen 25% korting op het Jaarsymposium GZ-psychologie en 10% korting op de andere nascholingen van Benecke. Zie voor meer informatie: www.gzpsychologie.nl

DBC's in de GGZ, ontwrichtende of herstellende werking?

Prof. dr. Richard Janssen; P. Soeters

Sinds de curatieve ggz ondergebracht is in de Zorgverzekeringswet, is men naarstig op zoek naar een nieuwe bekostigings- en vergoedingswijze van zorgaanbieders respectievelijk vrijgevestigde behandelaren in de ggz. Daartoe worden sinds 2006 zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) ontwikkeld. Deze vorm van bekostiging kan beschouwd worden als een nieuwe generatie van bekostigingssystemen. De ziekenhuizen werken hier al sinds 2003 mee. Hierbij wordt niet alleen informatie van de verrichting of de behandelaar gebruikt, maar ook van de patiënt. Deze informatie is cruciaal voor de inkopers van zorg, de verzekeraars, om zicht te krijgen op wat, waarvoor en voor wie zij eigenlijk betalen. Ondanks allerlei onvolkomenheden zullen DBC's ertoe bijdragen de ggz op langere termijn haar maatschappelijke legitimiteit te geven en kunnen zij de overheid helpen bij het prioriteren bij de per definitie grotere vraag dan beschikbare middelen. DBC's koppelen aan het bereikte klinische resultaat brengt ons dichter bij echte *performance payment*.

Trefwoorden: DBC's, bekostiging zorg, performance payment

Twee jaar geleden verscheen de publicatie *De GGZ ontwricht* (Palm e.a., 2008). Het geeft uitdrukking aan een breed gevoel van ontevredenheid over de invoering van DBC's in de ggz. Het thema wordt geassocieerd met bureaucratie, te veel macht aan de verzekeraars, inadequaat; kortom een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg in de ggz. Het kan niet ontkend worden dat er ongewenste bijwerkingen zijn van de implementatie van deze nieuwe wijze van bekostiging. Vraag is dan: heiligt het doel van de therapie deze bijwerkingen of is deze niet adequaat? We gaan deze analogie niet helemaal doortrekken, maar soms is het wel aardig om hier en daar een vergelijking te maken met een aantal conventies die in de ggz groot draagvlak hebben en die we allemaal gemakkelijk herkennen omdat het ons dagelijks werk is. Van belang is te zien dat het stelsel van de Nederlandse zorg al sinds de jaren '80 onder reconstructie is en dat de impact op de ggz een onderdeel is van een 'behandeling' van een groter systeem, namelijk het functioneren van het zorgstelsel in Nederland, de organisatie en bekostiging. In dit artikel starten we met een beschrijvende analyse van de zorg en de bekostigingssystemen in de zorg in het algemeen. Vervolgens gaan we in op de DBC's in algemene zin en de DBC's van de ggz. Tot slot staan we stil bij sterkten en zwakten van dergelijke systemen en welk perspectief ons waarschijnlijk te wachten staat. Dat laatste is aan te duiden met *performance payment*: betaald worden voor een vooraf afgesproken prestatie.

Historie van de bekostiging van de ggz in Nederland

Vorig jaar is het zeer lezenswaardige proefschrift verschenen van Catharina Bakker (2008): *Geld voor de GGZ*. Het proefschrift

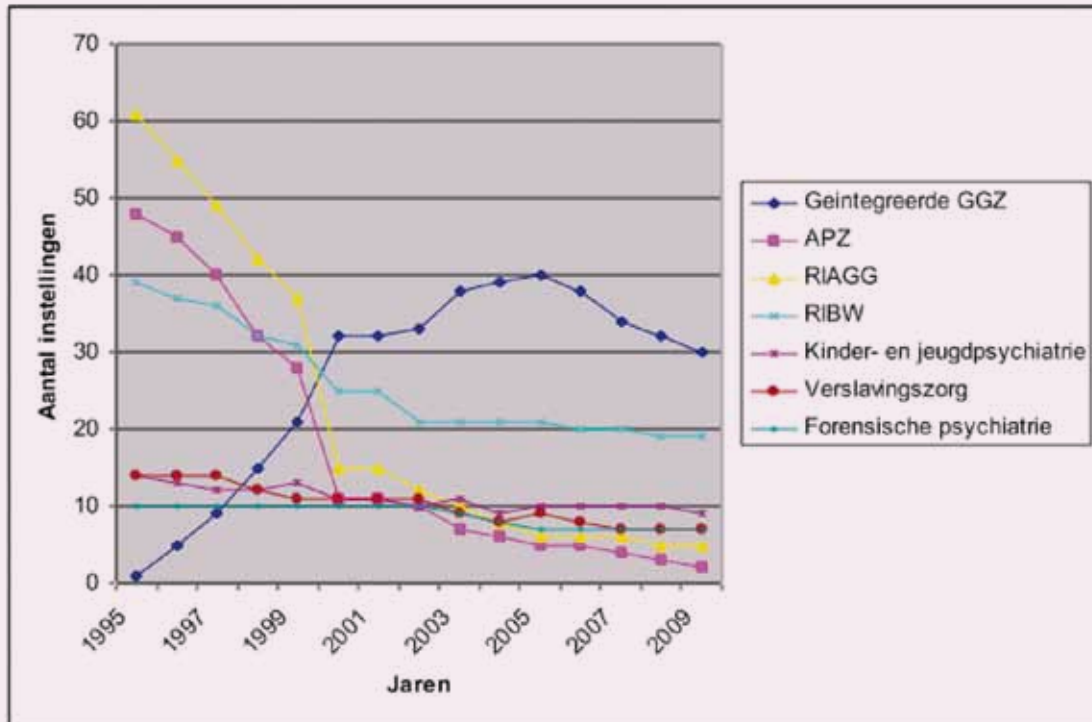
beschrijft de financiering van de ggz en de invloed van geld op de zorgpraktijk van de periode 1884-1984. Het boek eindigt met de beschrijving op welke wijze de gehele ggz in de AWBZ terecht is gekomen. Want dat blijft toch wel merkwaardig. Immers, de AWBZ is eigenlijk gericht op onverzekerbare zorg, zoals die voor mensen met een aangeboren verstandelijke of lichamelijke handicap en voor ouderenzorg. Zij beschrijft op welke wijze staatssecretaris Van der Reijden in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* in 1984 de AWBZ gebruikt om tot een regelend kader voor de behoefte aan samenhang in de zorg te komen. Immers, tot die tijd was de ggz gespreid over veel organisaties, instellingen en bestuurslagen.

In 1989 kwam na de ambulante ggz de klinische ggz in de AWBZ terecht. Dat betekende dat de Algemene Psychiatrische ziekenhuizen vanaf dat moment vanuit de AWBZ werden bekostigd. Het bekostigingsinstrument werd ingezet om tot de gewenste samenhang van zorg rondom de patiënt te komen.

In structuurtermen is daarmee het fundament gelegd voor de structuur van de ggz-zorg zoals we die rond de eeuwwisseling kenden. Een dertigtal zogenaamde integrale ggz -instellingen dekt de ggz-zorg in het hele land af. Daarnaast is er nog een aantal categorale instellingen zoals de RIBW's, een handvol Riagg's en een aantal instellingen voor de verslavingszorg. Tot zover de structuur van het aanbod van de ggz-zorg.

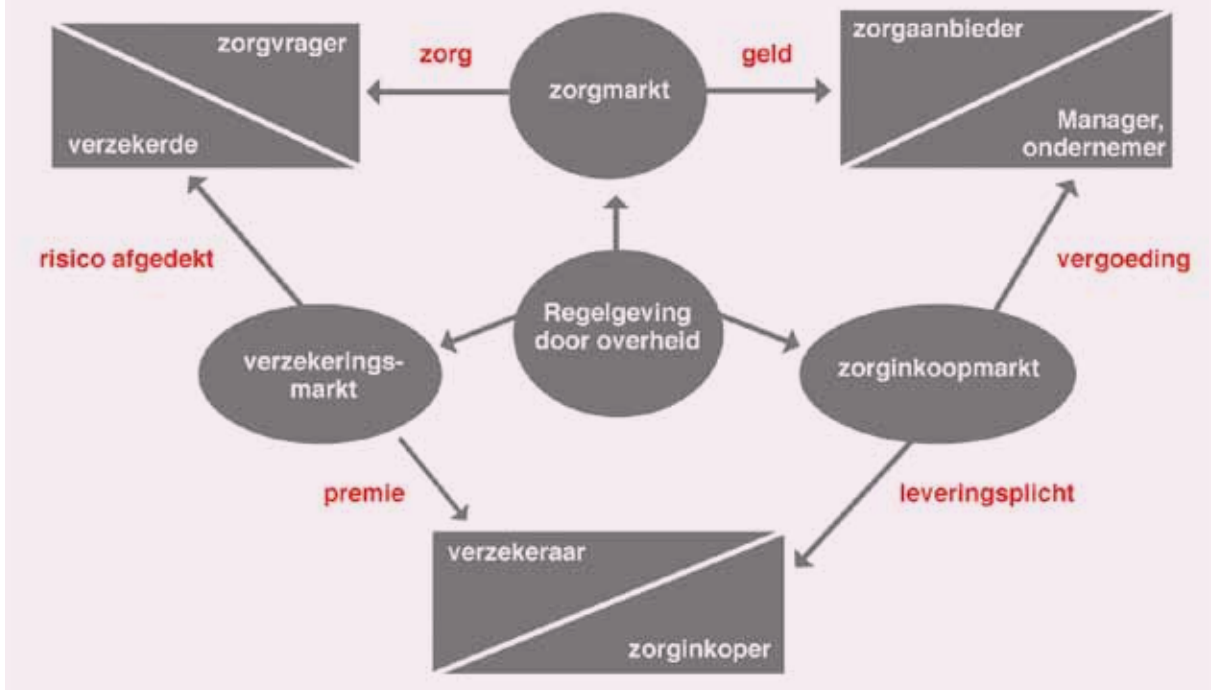
Inmiddels wordt al sinds het plan van de Commissie Dekker (1987) aan de modernisering van het verzekeringsstelsel gewerkt. Dat proces is een significante nieuwe fase ingegaan met de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2006. Daarmee werd een periode afgesloten van een verzekeringsstelsel dat feitelijk door de Duitse bezetter ingevoerd is en sterk leunde op een wettelijke inbedding van de van oudsher regionaal werkende ziekenfondsen.

Figuur 1: Overzicht van het aantal instellingen in de ggz



Bron: Database GGZ Nederland

Figuur 2: Het Nederlandse Zorgstelsel in Schema (Bron: Janssen, 2003)



Het concept dat ten grondslag ligt in dit nieuwe stelsel is dat van de gereguleerde marktwerking. Daarmee verlaat de overheid het besturingsprincipe van centraal hiërarchisch sturen vanuit 'Den Haag'. Daarvoor in de plaats komt een vorm van sturing, die deels via de overheid verloopt die een regulerend kader biedt (zie

het centrum van figuur 2) en deels via contacterende partijen (zie de drie markten in figuur 2).

Contracteren is in wezen een horizontale manier van sturen, waarbij beide partijen de optie hebben de samenwerking te beëindigen en een contract in overeenstemming tot stand komt

(Haselbekke, e.a. 2003). In het kader van dit nieuwe besturingsparadigma moge het duidelijk zijn dat ook het bekostigingsinstrumentarium verandert. Immers, een overheid die alles zelf stuurt kan met vrij eenvoudige, subsidie-achtige instrumenten uit de voeten. Door het nationaal budget te verdelen over instellingen houdt zij deze in feite in stand. De AWBZ heeft nog altijd deze kenmerken. Contracterende partijen willen echter graag weten waarvoor zij betalen: bedden, hulpverleners, verpleegdagen of genezen patiënten? We noemen dit ook wel 'van input naar output'-bekostiging. En het liefst zou je willen betalen voor outcome. Dat laatste is natuurlijk de ideaal gewenste situatie. Immers, veel variabelen bepalen mede de outcome van een behandelingsproces, niet alleen de behandelaar.

De ziekenhuizen zijn sinds 2003 bezig om het systeem van functionele bekostiging (zie verderop) om te zetten naar een DBC-gerelateerd systeem. Met de overgang van de curatieve ggz naar de ZVW is ook voor de ggz een proces gestart om tot bekostiging via DBC's te komen. Je zou dit gehele proces kunnen beschouwen als een proces van 'normalisering'. Dat wil zeggen: de zoektocht om ook in de zorg te komen tot een normale contractuele relatie, waarbij de contractpartijen onderhandelen over de hoeveelheid, kwaliteit en prijs van de geleverde prestatie. De DBC is dan de basis voor onderhandelingen met de zorgverzekeraars over volume, prijs en kwaliteit. Hiermee verwacht de overheid een situatie te creëren waarin zorgaanbieders zijn verzekerd van een kostendekkende vergoeding, en zorgverzekeraars zijn verzekerd van 'waar voor hun geld'.

In paragraaf 3 gaan we in op de typen bekostigingssystemen die te onderscheiden zijn. Vervolgens gaan we in op de prikkels die kenmerkend zijn voor de verschillende bekostigingssystemen.

Typologie van bekostigings- en vergoedingssystemen

Bekostigingssystemen kunnen getypeerd worden aan de hand van de volgende twee begrippen (van Montfort, 2000): bekostigingsbasis en bekostigingseenheid. Met bekostigingsbasis wordt het product of dienst bedoeld op basis waarvan de bekostiging plaatsvindt. Er zijn in het algemeen een drietal mogelijkheden en varianten te onderscheiden:

- *Intermediaire productie, ook wel throughput*: financiering vindt plaats op basis van consulten, verpleegdagen en polikliniekbezoeken. Door aan die intermediaire productie-eenheden een bepaald bedrag toe te kennen, wordt het budget van de zorgaanbieder vastgesteld. Een dergelijk systeem heeft de ggz tot 2006 gekend.

- *Output*: met output wordt bedoeld de zorgeenheid waarvoor de intermediaire producten worden ingezet. De totale zorg voor een groep diabetes patiënten is hier een voorbeeld van.

- *Outcome*: dit is niet meer de relatie met de patiënt, maar de relatie met het aantal mensen in de regio, het aantal verzekerden, adherente bevolking. Dit laatste wordt bepaald op basis van de het aandeel van de verwijzingen naar de instelling in het totaal van de verwijzingen gerelateerd aan de bevolking. Heeft men 30 procent van de verwijzingen in een regio, dan is de adherente bevolking 30 procent van de bevolking. Deze variant werd tot voor kort toegepast bij de vergoeding van huisartsen. Voor elke ingeschreven patiënt in zijn praktijk kreeg de huisarts een vast bedrag (abonnement), onafhankelijk of deze patiënt bij hem op consult komt. Ook ziekenhuizen hebben nog een dergelijke component in hun budgetfinanciering zitten, een vast bedrag per inwoner van het adherentiegebied.

Bekostiging kan plaatsvinden op basis van de eenheid van een bepaald product of dienst of er wordt betaald op basis van een totale instelling (ziekenhuisbudget).

In tabel 1 is de typologie van bekostigingssystemen weergegeven op basis van bekostigingsbasis en bekostigingseenheid. In contracttermen kan men stellen dat de bekostigingseenheid verwijst naar de wijze waarop de hoeveelheden, het volume, gemeten worden. De bekostigingsbasis verwijst naar waarop de hoeveelheden betrekking hebben: throughput oftewel activiteiten, output of outcome. Ellis en Miller (2009) maken nog een ander onderscheid. Bij de financiering van zorgaanbieders kan informatie gebruikt worden die betrekking heeft op de aanbieder, de geleverde dienst of de patiënt. Dit kan uiteraard ook gecombineerd worden. Bij een vergoeding gebaseerd op de salariskosten van het ingezette personeel, onafhankelijk van hoeveel en welke patiënten hij helpt, wordt alleen informatie van de medewerker gebruikt. Bij een vergoedingssysteem per verrichting wordt informatie van de aanbieder en dat wat hij levert gebruikt, bijvoorbeeld consulten, verpleegdagen of laboratoriumonderzoeken. De vergoeding van de ggz op basis van verrichtingen zoals we dat binnen de AWBZ kenden valt onder deze typering. Het abonnementsysteem is gebaseerd op hoeveel patiënten hij helpt; soms varieert dit op basis van patiëntenkenmerken zoals leeftijd, geslacht of de wijk waar de patiënt woont. Maar het kan ook betrekking hebben op de zorgvraag, de diagnose en de mate

Tabel 1 Typologie van bekostigingssystemen in de zorg

Bekostigingseenheid	Bekostigingsbasis		
	Intermediaire productie	Output	Outcome
Per eenheid	Inputrichtlijnen per intermediair product	Stuksprijs per outputeenheid	Stuksprijs per verzekerde
Totale instelling	Budget financiering	Funcitgericht budget	Verzekerden budget

Bron: van Montfort 1999

van complexiteit. In feite komen al deze systemen in Nederland voor. Een DBC combineert in feite deze drie dimensies zoals we later zullen laten zien.

In veel landen is een ontwikkeling waar te nemen naar stuks-prijzen per outputeenheid, waarbij meerdere dimensies van relevante informatie worden meegenomen. Dit komt neer op het typeren van diensten en het daaraan verbinden van prijzen. Deze systematiek wordt ook wel 'casemix' genoemd. De term 'casemix' refereert aan de verzameling van verschillende typen patiënten die door een ziekenhuis of specialisme worden behandeld. DBC's en zorgzwaarte pakketten (ZZP's) zijn te beschouwen als vergoedingsvormen waarbij rekening wordt gehouden met de casemix. Er wordt rekening gehouden met de zwaarte en omvang van de zorgvraag en verondersteld dat deze invloed zal hebben op de hoeveelheid en aard van de geleverde diensten, evenals het opleidingsniveau van de hulpverlener. De complexiteit van de zorgvraag wordt als het ware verbonden met de inzet van de hoeveelheid en de kwaliteit van mensen en middelen.

Ellis (2001) onderscheidt verschillende manieren waarop een ziekenhuis bekostigd kan worden (zie figuur 3). Het meest simpele systeem is om ziekenhuizen te bekostigen op basis van feitelijke kosten. Hierbij wordt het ziekenhuis vergoed op basis van de gemaakte kosten. De basis voor bekostiging is de intermediaire productie en de bekostigingseenheid is de totale instelling. In figuur 3 wordt een aantal prikkels aangegeven die voortkomen uit de verschillende bekostigingssystemen. Rangschikking van de bekostigingssystemen geschiedt op basis van het aantal informatiedimensies, dat gehanteerd wordt. Een bekostigingssysteem op basis van feitelijke kosten geeft de ziekenhuizen geen prikkel om de kosten te bewaken: alle kosten worden immers vergoed. Dit systeem is uiterst links op de asverdeling te vinden. Daarnaast geeft het systeem ook weinig tot geen prikkels om de inspanningen te verhogen om zodoende meer patiënten aan te trekken. De vergoeding voor het ziekenhuis is immers niet afhankelijk van de prestaties, maar van de gemaakte kosten. Een dergelijk systeem kent over het algemeen wachtende patiënten, die toegang willen tot het aanbodsysteem.

Aan het andere uiterste van de as-verdeling staat het bekostigingssysteem van 'capitation'. Hierbij ontvangen de ziekenhuizen een vergoeding op basis van de verwachte kosten voor een patiënt (Van de Ven en Ellis 2000). De bekostigingseenheid is de

verzekerde. Bij het capitation-systeem wordt vooraf een vergoeding per patiënt per tijdseenheid (bijvoorbeeld: jaar) vastgesteld, waarbij de patiënten worden opgedeeld in (vooraf) gedefinieerde patiëntgroepen. Een voorbeeld van een patiëntgroep is de diabetespopulatie in het adherentiegebied van een ziekenhuis. Deze diabetespopulatie komt tot stand op basis van gegevens als leeftijd en geslacht en diagnose.

Uitgangspunt bij het capitation-systeem is dat de aanbieder van zorg akkoord gaat met een vaste vergoeding per patiënt uit een vooraf gedefinieerde patiëntgroep. In ruil voor deze vergoeding gaat de aanbieder van zorg akkoord met het leveren van alle benodigde zorg voor deze patiënt voor een vastgestelde periode.

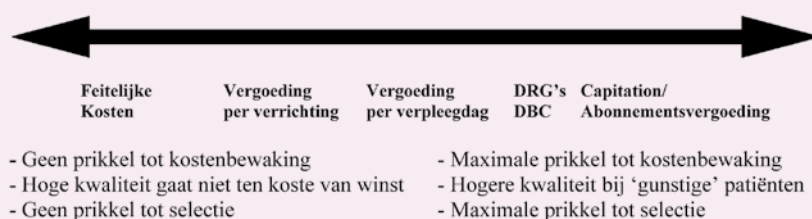
Tussen de twee extremen van bekostiging op basis van feitelijke kosten en het capitation-bekostigingssysteem ligt nog een aantal andere bekostigingssystemen. Deze systemen verschillen in de mate waarin de zorgactiviteiten, waar een vergoeding tegenover staat, geclusterd worden. Het bekostigingssysteem op basis van beloningen (*fees*) geeft het ziekenhuis een vergoeding per verrichte zorgactiviteit. Het ziekenhuis krijgt na het verrichten van de zorgactiviteit de kosten hiervan (inclusief een winstpercentage) vergoed. De bekostiging vindt achteraf plaats en wordt dan ook een retrospectieve bekostiging genoemd. Net als onder het systeem van feitelijke kosten geeft ook dit systeem weinig tot geen prikkels om de kosten goed te bewaken. De ziekenhuizen krijgen immers alle kosten van de zorgactiviteiten vergoed.

In het bekostigingssysteem op basis van dagen ('per diem') krijgt het ziekenhuis een vaste vergoeding per verpleegdag, onafhankelijk van de zwaarte van de behandeling van een patiënt. Zijn de patiënten van het specialisme gynaecologie erg 'lichte' patiënten en de patiënten van het specialisme neurologie erg 'zwaar', dan krijgt het ziekenhuis toch voor beide specialismen per verpleegdag een zelfde verpleegdagprijs vergoed.

Bij het 'per diem'-systeem worden de prijzen voor een verpleegdag vooraf vastgesteld. Net als het capitation-systeem, waarbij vooraf een vaste vergoeding per patiënt wordt vastgesteld, kan dit systeem getypeerd worden als een prospectieve bekostiging. De vergoedingen voor ziekenhuizen worden vooraf vastgesteld en zijn onafhankelijk van de werkelijk gerealiseerde kosten.

Tot slot wordt een bekostigingssysteem onderscheiden, waarbij DRG's (*Diagnosed Related Groups*) als basis voor een vergoeding worden gebruikt. In dit systeem krijgen de ziekenhuizen een vast

Figuur 3: Bekostigingssystemen voor ziekenhuizen



Bron: Van de Ven en Ellis, 2000

bedrag per klinische behandelperiode van een patiënt. Ook hier is sprake van een prospectieve bekostiging. De bekostigingbasis in dit systeem is output en de bekostigingseenheid is een DRG. In de bekostigingssystemen op basis van verpleegdagen ('per diem') en DRG's wordt een prikkel gegeven om de kosten, die per verpleegdag en per DRG gemaakt worden, goed in bedwang te houden. Andere effecten van deze systemen zijn: langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis houden van patiënten of het uitvoeren van meer behandelperioden bij een patiënt dan noodzakelijk. Meer verpleegdagen en meer behandelperioden per patiënt leiden immers tot meer opbrengsten voor het ziekenhuis. Daarnaast is er een prikkel tot selectie van 'gunstige' patiënten, aan wie meer verdiend kan worden dan aan 'ongunstige' patiënten.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat het niet zo eenvoudig is om tot een adequaat vergoedingsstelsel voor zorgaanbieders te komen. Aan alle varianten zitten wel voor- en nadelen. Het is ook goed om te beseffen dat een deel van deze gewenste en ongewenste effecten veroorzaakt wordt door het feit dat er een 'derde partij' is die de vergoeding op zich neemt. De verzekeraar of overheid betaalt de zorgverlener in plaats van de zorggebruiker. In de volgende paragraaf gaan we verder in op de bekostiging op basis van DBC's, zoals dat in Nederland in de ggz vorm heeft gekregen. Hieraan ligt de redenering ten grondslag dat de zorgaanbieder adequaat vergoed kan worden op basis van de zorgvraag, de diagnose en omvang en kwaliteit van de in te zetten menskracht en andere middelen.

Bekostiging op basis van DBC's in de GGZ

In het voorafgaande zijn we vrij uitvoerig ingegaan op de typologie en de context van bekostiging en vergoeding in de zorg. In deze paragraaf gaan we verder in op de techniek van DBC's in de ggz. Zoals eerder besproken is de curatieve ggz in 2008 overgeheveld naar de ZVW. Om te zorgen dat de curatieve ggz aansluit bij de ZVW, werd op landelijk niveau overeengekomen de bekostiging van de curatieve ggz te laten aansluiten bij de rest van de curatieve zorg. Ook dit kan men zien als een proces van 'normalisering'. De ontwikkeling van DBC's in de algemene ziekenhuizen werd reeds gestart in 1995. De definitieve invoering vond, tien jaar later, in 2005 plaats.

Binnen de ggz is met een aantal pilot-instellingen reeds in 2006 begonnen met het registreren in DBC's en vanaf 2008 is, mede in verband met de overheveling van de curatieve ggz naar de ZVW, het registreren in DBC's verplicht.

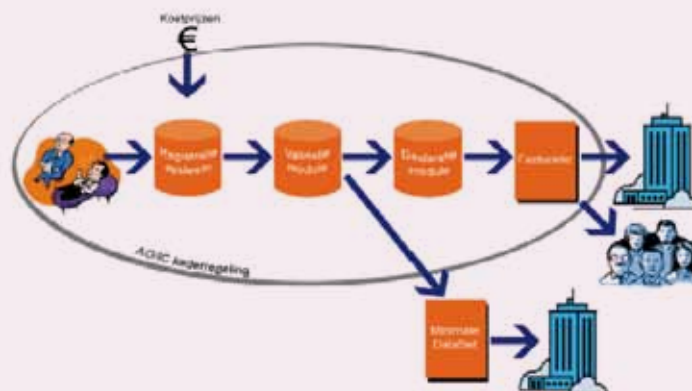
De landelijke DBC-werkgroep geeft de volgende definitie aan een DBC: 'Het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist dat voortvloeit uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert.' (Van Ginneken, 2004). De DBC geeft dus de relatie weer tussen de zorgvraag en de activiteiten en verrichtingen die uitgevoerd worden door de zorgaanbieder om aan de zorgvraag tegemoet te komen. De DBC kan gezien worden als een dienst die een zorgaanbieder levert aan de patiënt. Het proces dat gepaard gaat met de bekostiging op basis van DBC's valt in drie stappen onder te verdelen, namelijk de registratie, de validatie en de declaratie/facturatie van de DBC's. Dit proces wordt in onderstaande figuur weergegeven.

De registratie, de validatie en de aflevering van de gegevens aan het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) (zie ook: <http://www.dbcinformatiesysteem.nl/>) en de declaratie/facturatie worden hierna achtereenvolgend kort besproken.

Registratie van DBC's

De registratie van DBC's is aan tal van praktische regels onderworpen en is te uitgebreid om hier diep op in te gaan, dus wordt dit alleen op hoofdpunten belicht. Allereerst wordt vastgesteld om wat voor soort DBC het gaat. Dit gebeurt door middel van de typering van de DBC. Hierin wordt het zorgtype, de zorgvraag van de patiënt en de diagnose vastgelegd. Het is mogelijk om, bij verschillende primaire diagnoses, met meerdere parallelle DBC's te werken. Er kunnen maximaal drie DBC's voor een patiënt openstaan. Vervolgens wordt de inhoud van de DBC bepaald door het registreren van alle activiteiten en verrichtingen die voor de behandeling van de patiënt plaatsvinden. De activiteiten en verrichtingen worden geregistreerd aan de hand van de gedetailleerde 'activiteiten en verrichtingen'-lijst. Zowel de directe tijd als de indirecte tijd ten behoeve van de patiënt mogen in de DBC weggeschreven worden. Alleen de op de CONO

Figuur 4: Het DBC-model



Tabel 2. Classificatie van de behandel-DBC's

- Geen behandeling bij 24-uurs verblijf
- Indirecte tijd
- Diagnostiek
- Crisis
- Behandeling kort
- Aandachtstekort en gedragsstoornissen
- Pervasieve stoornissen
- Overige stoornissen in de kindertijd
- Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen
- Aan alcohol gebonden stoornissen
- Aan overige middelen gebonden stoornissen
- Schizofrenie en ander psychotische stoornissen
- Depressieve stoornissen
- Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
- Angststoornissen
- Aanpassingsstoornissen
- Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- Restgroep diagnoses
- Persoonlijkheidsstoornissen.

beroepentabel (<http://www.conoggz.nl/html/home.htm>) voor- komende beroepen mogen activiteiten en verrichtingen wegschrijven. Directe tijd is de tijd die besteed wordt aan een face-to-face-contact, een telefoongesprek of e-mailcontact. De indirecte tijd ten behoeve van de patiënt is verslaglegging, contact met verwijzers e.d. De totale DBC (en niet de losse elementen van een behandeling) worden in rekening gebracht. De DBC is een bekostigingssystematiek en schrijft niet de behandelinhoud voor.

Validatie

Nadat de DBC-registratie heeft plaatsgevonden, dient deze gevalideerd te worden. Bij de validatie wordt de DBC beoordeeld op technische kwaliteit en wordt een controle uitgevoerd op de DBC-spelregels. Deze validatie is in zeven gedetailleerde processtappen vastgelegd¹. De DBC's die niet voldoen aan de eisen, komen op zogenaamde uitval- en controlelijsten, waarna ze gecorrigeerd moeten worden.

Het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) ontvangt en beheert alle informatie over DBC's. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. De Nederlandse zorgaanbieders zijn eigenaar van de data. DIS zorgt voor een veilig beheer en verzorgt wettelijke data-uitleveringen aan een vijftal publieke afnemers, namelijk het ministerie van VWS, De Nederlandse Zorgautoriteit, het College voor zorgverzekeringen, het Centraal bureau voor de statistiek en DBC onderhoud. Na toestemming van de data-eigenaren kan DIS ook informatie leveren aan derden, bijvoorbeeld voor beleids- of wetenschappelijk onderzoek. De databank bevat geen persoonsgegevens. DIS is onafhankelijk en actueel. Het DIS is bestuurlijk en facilitair ondergebracht bij DBC-Onderhoud (<http://www.dbconderhoud.nl>).

Declaratie / facturatie

Na de registratie en de validatie van de DBC wordt de DBC tot slot gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De DBC-productgroep en de DBC-prestatiencode dienen te worden meegestuurd in het declaratieverkeer met de zorgverzekeraar. Het declaratieverkeer vindt plaats via de Externe Integratie Standaard zoals deze door Vektis is opgesteld (<http://www.vektis.nl/>). De verzekeraar zal het bedrag betalen voor de DBC dat is afgesproken bij onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De opbrengst per behandel-DBC is afhankelijk van de diagnose en van de indeling in minuten en kan behoorlijk variëren. Onderstaand volgt een voorbeeld van de maximale DBC opbrengst voor de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd'.

¹ Projectorganisatie DBC GGZ, *DBC GGZ validatie 2006; de specificaties*, Utrecht 2006, www.dbcggz.nl

Tabel 3 – DBC opbrengst voor de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd'.

Overige stoornissen in de kindertijd	Bedrag
Vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.044
Vanaf 800 tot en met 1799 minuten	€ 2.154
Vanaf 1800 tot en met 2999 minuten	€ 3.954
Vanaf 3000 tot en met 5999 minuten	€ 6.345
Vanaf 6000 tot en met 11999 minuten	€ 10.152
Vanaf 12000 minuten	€ 17.767

In dit voorbeeld kunnen we zien dat de opbrengst van een DBC van 800 minuten hetzelfde bedrag opbrengt als een DBC van 1.799 minuten, namelijk € 2.154. Om kostendekkend te kunnen werken, is het van belang om bij de tijdsbesteding op het gemiddelde van de range uit te komen en om met een juiste mix van

hulpverleners te werken. Hieronder volgen twee voorbeelden van patiënten die zorg ontvangen voor de diagnose 'overige stoornissen in de kindertijd'. Uit deze voorbeelden blijkt dat het rendement van de behandeling, ondanks een gelijke inzet van uren, verschillend is omdat een andere beroepmix ingezet wordt.

Voorbeeld 1: overige stoornissen in de kindertijd

Activiteit/ verrichting	beroepentabel	Tijdsbesteding in uren	Kostprijs Tarief per uur	Totale kostprijs
Intake	psychiater	1 uur	€ 160	€ 160
Diagnostiek	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320
Behandel- en begeleidingscontact	GZ-psycholoog	10 uur	€ 110	€ 1.100
Behandel- en begeleidingscontact	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320
Creatieve therapie	vaktherapeut	5 uur	€ 70	€ 350
Totale kostprijs		20 uur = 1200 minuten		€ 2.250
Opbrengst DBC Omdat 1200 minuten geregistreerd zijn valt deze DBC in de categorie 800-1799 minuten				€ 2.154
Resultaat				Verlies € 96

Voorbeeld 2: overige stoornissen in de kindertijd

Activiteit/ verrichting	beroepentabel	Tijdsbesteding in uren	Kostprijs Tarief per uur	Totale kostprijs
Intake	psychiater	1 uur	€ 160	€ 160
Diagnostiek	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320
Behandel- en begeleidingscontact	GZ-psycholoog	5 uur	€ 110	€ 550
Behandel- en begeleidingscontact	SPV	2 uur	€ 80	€ 160
Creatieve therapie	vaktherapeut	10 uur	€ 70	€ 700
Totale kostprijs		20 uur = 1200 minuten		€ 1.890
Opbrengst DBC Omdat 1200 minuten geregistreerd zijn valt deze DBC in de categorie 800-1799 minuten				€ 2.154
Resultaat				Winst € 254

Nieuwe aanbieders (aanbieders die voor 2008 geen afspraken hadden) worden volledig bekostigd aan de hand van de huidige DBC-systematiek. Uit bovengenoemde modellen blijkt dat de opbrengst voor nieuwe aanbieders € 2.154 is. Bij aanbieders die voor 2008 al afspraken hadden wordt de opbrengst nog steeds bepaald aan de hand van de oude NZa-parameters.

Wij zullen de opbrengsten van voorbeeld 1 ook uitwerken op basis van de oude NZa parameters. Uit onderstaand overzicht blijkt dat in dit voorbeeld de NZa opbrengst lager is dan de DBC- opbrengst.

Voorbeeld 1: overige stoornissen in de kindertijd

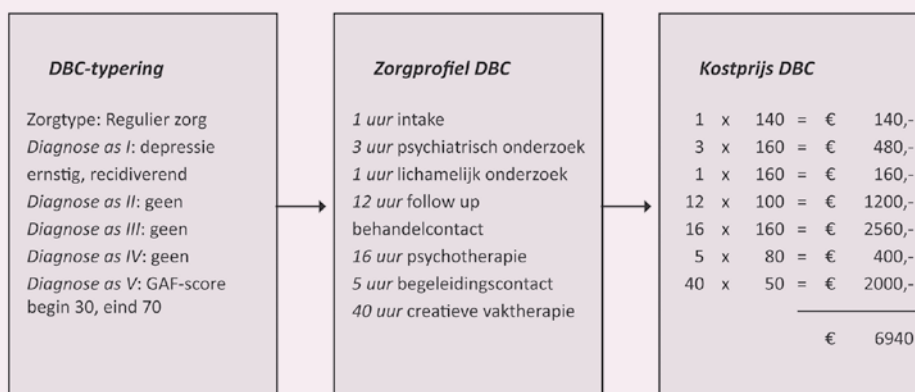
Activiteit/ verrichting	beroepentabel	Tijdsbesteding in uren	Kostprijs Tarief per uur	Totale kostprijs	Aantal NZA contacten	Opbrengst Tarief per contact	Ttooppa
Intake	psychiater	1 uur	€ 160	€ 160	1	€ 178,55	€ 178,55
Diagnostiek	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320	1	€ 488,82	€ 488,82
Behandel- en begeleidingscontact	GZ-psycholoog	10 uur	€ 110	€ 1.100	8	€ 101,57	€ 812,56
Behandel- en begeleidingscontact	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320	2	€ 101,57	€ 203,14
Creatieve therapie	vaktherapeut	5 uur	€ 70	€ 350	1 deeltijd	€ 110,83	€ 110,83
Opbrengst NZA							€ 1793,90
Totale kostprijs		20 uur = 1200 minuten		€ 2.250			
Opbrengst DBC Omdat 1200 minuten geregistreerd zijn, valt deze DBC in de categorie 800-1799 minuten				€ 2.154			
Resultaat DBC				Verlies € 96			

Gemiddeld zorgprofiel

Als er enige tijd DBC's geregistreerd zijn, is het voor de zorgaanbieder mogelijk om het gemiddelde zorgprofiel per DBC vast te stellen. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de hoeveelheid zorg die een patiënt met een bepaalde diagnose en behandeling gemid-

deld ontvangt. Door het berekenen van gemiddelde zorgprofielen is het mogelijk om aan DBC's met verschillende diagnoses en verschillende behandelingen prijskaartjes te hangen. Dit proces wordt in figuur 5 weergegeven.

Figuur 5: DBC-typering-zorgprofiel-kostprijs



In het beoogde eindmodel gaan onderhandelingen plaatsvinden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders. De DBC's ofwel de 'producten' vormen de basis voor deze onderhandelingen. Hierin wordt onderhandeld over de hoeveelheid DBC's die gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraars, de prijs van deze DBC's en de kwaliteit ervan. De verzekeraar kan, aan de hand van de DBC's, de zorginstellingen onderling vergelijken. Het is de insteek van de onderhandelingen dat er naast de prijs ook gekeken wordt naar de inhoud van de DBC en naar de kwaliteit van de instellingen. Het zorgprofiel is een indicatie van de kwaliteit, maar prestatie-indicatoren zullen hierbij ook een rol gaan spelen. Dit zijn meetpunten waarmee de kwaliteit aangeduid wordt. Hierbij wordt gedacht aan gemeten tevredenheid van de patiënten en effectiviteit van de behandeling, bijvoorbeeld gemeten in het aantal recidiverende patiënten.

Gewenste en ongewenste effecten van de invoering van DBC's

Nieuwe aanbieders (aanbieders die voor 2008 geen afspraken hadden) worden volledig bekostigd aan de hand van de huidige DBC-systematiek. Voor bestaande aanbieders gelden nog steeds twee registratiesystemen, namelijk de oude NZa-parameters en de DBC-systematiek. Op dit moment bepalen de oude NZa-parameters nog de opbrengst zoals deze ook in de jaarrekening vermeld worden. De DBC-registratie en -facturatie zorgen ervoor dat er daadwerkelijk gelden op de bank binnenkomen (*cash flow*). Op dit moment vindt een keer per jaar een verrekening plaats indien de NZa-opbrengst en de DBC-opbrengst (inclusief onderhanden werk) van elkaar afwijken.

Nieuwe aanbieders registreren alleen DBC's en de facturatie is ook de opbrengst. Bestaande aanbieders moeten een dubbele registratie voeren wat voor extra administratieve lasten zorgt. Tevens ontstaat eigenlijk ook rechtsongelijkheid omdat de opbrengsten in beide systemen verschillend kunnen zijn. In de huidige DBC-systematiek wordt alle bestede tijd vergoed, terwijl in de NZa-systematiek uitgegaan wordt van normtijden. Het gevaar voor de korte termijn is aanwezig dat er extra minuten geregistreerd worden, waardoor de DBC in een hogere categorie valt en extra opbrengsten met zich mee brengt (up-coding). Op langere termijn zullen verzekeraars meer vergelijkingsmateriaal hebben, waardoor deze eventuele up-coding waargenomen kan worden en een onderwerp bij de contractonderhandelingen zal zijn.

Het grote voordeel van de DBC is de transparantie die deze registratievorm met zich meebrengt. Daarnaast wordt de tijdsbesteding gerelateerd aan een patiënt met een diagnose. Nadeel is de erg gedetailleerde vastlegging en het ontbreken van een eenvoudig en gebruiksvriendelijk registratiesysteem voor behandelaren. Uit bovenstaande beschrijving van de registratie, validatie en facturering blijkt duidelijk dat een goede vastlegging op alle onderdelen onontbeerlijk is. Op termijn worden de resultaten van de behandelingen en de hieraan gerelateerde kosten vergelijkbaar. Vraag is alleen: zien we dit als uitdaging of

als bedreiging? In tegenstelling tot het oude anonieme verrichtingsstelsel krijgt de verzekeraar zicht op zijn 'schadelast' per patiënt of per groep patiënten met dezelfde diagnose. Hij kan deze waarden eveneens vergelijken met die van andere zorgaanbieders, maar ook tussen groepen van patiënten. Op landelijk niveau zijn afspraken gemaakt om de bereikte effecten te meten en geanonimiseerd onder te brengen in een landelijke database, die de status heeft van een Trusted Third Party, een zogenaamde TTP.

Discussie en conclusie

Wij hebben in dit artikel een lange aanloop genomen. Reden hiervoor is te laten zien dat het vergoeden van zorgaanbieders en hulpverleners geen sinecure is. In Nederland geven we ruim 60 miljard euro aan zorg uit, waarvan ruim 3 miljard euro aan de curatieve ggz. Vergoeden op basis van alleen kenmerken van de zorgaanbieder of hulpverlener is een anachronisme. De diverse belanghebbenden zoals de verzekerde, de gebruiker van zorg, de inkoper, de verzekeraar of de staat die ieders loonstrook belast, streven naar toegevoegde waarde in termen van gezondheidswinst. De overgang van het klassieke verrichtingsstelsel brengt de behandelaar duidelijker in beeld, evenals de door haar vastgestelde zorgvraag en diagnose van de patiënt. Een deel van de kritiek verwijst naar de beperkingen van de DSM-IV als ordenend instrumentarium. Die kritiek is natuurlijk terecht. Maar behandelen zonder diagnose, doel en behandelplan is in het streven naar een wetenschappelijk gefundeerd specialisme, niet houdbaar. Adequate diagnosestelling en triage worden steeds belangrijker, evenals het monitoren van de beginsituatie en de eindsituatie van de patiënt. De sector, inclusief de beroepsgroepen, hebben afgesproken om de komende jaren tot *Routine Outcome Measurement* (ROM) te komen. Mocht dat lukken, dan is de ggz significant in een nieuwe 'levensfase' terecht gekomen, waarbij zij in onze ogen de curatieve somatische zorg voorbijstreeft. Dat er nog heel veel verbeterd kan worden, moge duidelijk zijn. De ggz terugbrengen in een puur professioneel domein zonder verantwoordingselementen ontkent het maatschappelijk gegeven dat de vraag naar ggz-zorg heel veel groter is dan er middelen beschikbaar zijn. Dit pijnlijk afwegingsvraagstuk kan alleen het resultaat zijn van een politiek debat dat gebaseerd is op harde feiten en onderkenning van ieders belangen en waarden. De recent overleden bestuurder van Rivierduinen George Witte zei het kernachtig als volgt: 'Het probleem van de ggz is dat zij te veel zorg levert aan te weinig mensen en te weinig zorg aan te veel mensen'. Dit dilemma zal alleen maar prominenter worden nu de drempel tot zorg steeds lager wordt en steeds meer mensen de weg naar hulpverleners vinden. Daarmee zullen steeds meer Nederlanders profiteren van de herstellende werking van de ggz. Vergoeding op basis van DBC's zal in onze ogen bijdragen aan een meer adequate vergoeding voor die zorg die positief gewaardeerd wordt door de patiënt, de verzekeraar en de samenleving. Dat is een voorwaarde voor legitimiteit van de ggz op de lange termijn. ■

Auteurs

- Prof dr. Richard Janssen is Hoogleraar Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg en bestuurslid van Altrecht, E-mail: R.T.J.M.Janssen@uvt.nl; internet: www.tilburguniversity.nl/webwijsshow/?uid=r.t.j.m.janssen
- Petra Soeters QC is Financial Controller bij Mondriaan in Heerlen. Zij bedanken Helene Roos voor de ondersteuning bij de tekstverwerking.

Literatuur

- Bakker, Ch.Th. (2009), De financiering van de ggz en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984), Amsterdam University Press.
- Commissie Dekker (Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg) (1987), Bereidheid tot verandering, Den Haag.
- Ellis, R. P. en McGuire T.G.(1995, Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects, Journal of Health Economics, 5, 129-51.
- Ellis, Randall P. and Michelle M. Miller (2009), 'Provider payment and provider incentives' in Guy Carrin, Kent Buse, Harald Kristian Heggenhougen, Stella R. Quah (eds.) Health Systems Policy, Finance, and Organization, (New York: Elsevier) (reprinted from Encyclopedia of Public Health, 2008).
- Ellis, Randall P. (2001), 'Formal Risk Adjustment by Private Employers' Inquiry 38(3) Fall, 299-309.
- Ellis, R. P. en T.G. McGuire (1995), Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects, Journal of Health Economics, 15(3), 57-279.
- Castel, H. (2005), DBC registratie, validatie en facturatie; presentatie Werkconferenties DBC GGZ, projectorganisatie DBC GGZ.
- Wildt, J.E. de, Janssen, R. en Pop, V.(2007), Zielenzorg in de aanbidding, Medisch Contact, jrg 62, 46, 1912-1916.
- Geudens, L., Janssen, R. en Van Santbrink, L.(2010), Strategisch positioneren, de GGZ als markt in ontwikkeling, ZMmagazine, september 2010, 12-15.
- Ginneken, E. van (2004), Kostprijzen in het TweeSteden ziekenhuis: een zorg extra. Master Thesis, Universiteit van Tilburg.
- Ginneken, E van, E. Kerzman, R. Janssen (2004), Transparantie van DBC's (on-)gewenst?, ZMmagazine nr 6, 2-6.
- Hasaart, F., Pomp, M., Janssen, R. en Wientjens, D.(2006), Zorgverzekeringen Financiële prikkels en behandelkeuzes in het nieuwe zorgstelsel, ESB nr 4493, jrg 91, 424-426.
- Haselbekke, B.J., Kertzman, E.N., Janssen, R.T.J.M.(2002), Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg, in Acta Hospitalia, nr 4, 33-48.
- Janssen, R.(2003), Klant is Koning: ook in de zorg?, Zorgaanbod en cliëntenperspectief, RVZ, Zoetermeer, 146-189.
- Montfort, A.P.W.P (2000), Kostprijsystemen in de zorg: visie vanuit een zorgverzekeraar, Acta Hospitalia.
- Montfort, G.van (1999), Bekostigingsstructuur van zorginstellingen. In: Lapré, R, en G. van Montfort (red.), Bedrijfsconomie van de gezondheidszorg, Maarssen, 13-40
- Palm, Ineke, Fred Leffers, Thijs Emons, Veronique van Egmond en Spencer Zegers (2008), De GGZ ontworpen, Wetenschappelijk bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt, Rotterdam.
- Van de Ven, Wynand P.M.M. and Randall P. Ellis. (2000), 'Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets' Chapter 14 in A.J. Culyer and J.P. Newhouse, (ed.) Handbook in Health Economics, North Holland. 755-845.

GZ-PSYCHOLOGIE

TIJDSCHRIFT OVER GEZONDHEIDZORGPSYCHOLOGIE - WWW.GZPSYCHOLOGIE.NL

Zoekt u een collega?

GZ-psychologie is een nieuw wetenschappelijk tijdschrift dat zich geheel richt op de snelgroeiende beroepsgroep van gezondheidszorgpsychologen. Dit maakt het tijdschrift een uitstekend medium voor uw (personeels)advertenties.

U kunt t/m 18 november uw advertentie reserveren voor nummer 8, dat 16 december verschijnt.

Zie de nieuwe tarievenkaart 2011 op de website www.gzpsychologie.nl

Verschijningsdata onder voorbehoud van wijzigingen.

Voor de tarieven, andere advertentiemogelijkheden en overige vragen kunt u contact opnemen met Linda van Iwaarden, via linda.van.iwaarden@benecke.nl; 020 715 06 32.



Zie ook de website: www.gzpsychologie.nl

Over emoties en politiek¹

De gz-psycholoog is bij uitstek getraind in het hanteren van de intermenselijke relatie. Deze relatie bevat ons gereedschap. De gz-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut weten hoe ze emoties en gevoelens kunnen oproepen, begrijpen, evalueren en beïnvloeden. Dit vormt in belangrijke mate de kern van ons werk; mensen met een emotieregulatieprobleem helpen dit op te lossen, te verbeteren of tenminste dit te versoepelen. De psychologische theorieën over emoties en gevoelens zijn nog alles behalve op het niveau dat ik graag zou wensen, dus moeten we vooral praktische ervaring opdoen met emoties in ons werk. In dit opzicht zijn en blijven we voorlopig ervaringsdeskundigen. Tegenwoordig kun je voor deze ervaring ook kijken naar onze emotietelevisie; niet alleen dienen wildvreemde mensen gevraagd en ongevraagd hun gevoelens en emoties aan ons op, er worden ook programma's gemaakt die deze emoties bij mensen uitlokken en we hebben journalisten die hun uiterste best doen in hun werk op psychotherapeuten te lijken. Massa's genieten hiervan.

Zaterdag 2 oktober was een bijzondere dag, bij uitstek een dag om emoties en politiek samen te zien gaan. Laat me duidelijk zijn: politiek gaat in de kern over macht. Dit in tegenstelling tot ons werk, indien wij met een patiënt aan het werk zijn en dit loopt voorspoedig (zoals gelukkig meestal het geval is) dan hebben we echt, authentiek contact met de kwetsbaarheden van die persoon; directe expressie en communicatie over een diep gevoelde, authentieke wens; een moment waarop een weggedrukte kwetsbaarheid – vaak moeizaam – onder woorden wordt gebracht die tranen in de ogen van de patiënt laat schieten. Dit laat ons niet koud, we voelen het direct in onze buik of borststreek: dit is echt en belangrijk, hierom gaat het bij deze persoon en de rest is franje. Als ervaren hulpverleners

met grondige kennis van afweermechanismen, geholpen door onze leertherapie, voelen we direct aan dat hetgeen tot expressie komt authentiek is. Hoe anders ligt dit in de reguliere politiek; bij elke uitspraak van een politicus ben ik op mijn hoede, meestal gaat het niet over hetgeen hij of zij zegt, de verborgen boodschap is niet verdrongen en dus onbewust maar is weg gemanipuleerd, er ligt een dikke laag strategie bovenop. Die strategie is gericht op het verkrijgen, houden of terugwinnen van macht. Bij het recente CDA-congres denk ik dus in de eerste plaats aan een strategie om het herwinnen van de macht; de kwetsbare middenpartij met veel kiezersverlies organiseerde een dag met 5.000 brave burgers, de ruggengraat van onze samenleving, en laat ze met behulp van een acht uur gratis televisie de voormalige CDA-stemmers, die even vreemdgaan bij de PVV, wakker schudden en heimwee terugkrijgen naar de christendemocratische stal. Onmiddellijk na afloop van die zaterdag waren er 200 nieuwe leden en wellicht een veelvoud aan stemmers gewonnen. Een ander deel van strategie zal gericht zijn geweest op het temmen van de PVV; beter een partij die betrokken is bij het overigens fantasie- en visieloos regeerakkoord dan een stemmen winnend, populistische oppositiekanon. Nu de twee opponenten in de fractie zich hierbij hebben neergelegd, heeft deze strategie kans van slagen.

De PVV verenigt door haar actie niet alleen de moslims maar ook de christendemocratie. De tweederde voor en eenderde tegen uitslag van de stemming zaterdag was hiervoor overigens perfect: bij een negentig – tien verhouding zou een scheuring gemakkelijker kunnen optreden. Het eerderde deel voelt zich begrepen, gehoord en opgenomen in een significante minderheid. Beide stromingen hebben eigenlijk verloren, maar staan schouder aan schouder voor een

karwei: het PVV-kwaad wordt binnen en buiten het regeerakkoord manmoedig bestreden. Verhagen moest hiervoor wel diep in de emotiebuidel tasten, hij deed dit door de juiste stimuli voor zijn eigen emoties op te roepen: zijn 81-jarige aanwezige vader en zijn eigen moeite met het thema gedurende de afgelopen weken en natuurlijk een diepe liefde voor de partij. Toch heb ik mijn hypothese van strategie en macht licht moeten bijstellen en wel door een ander emotie; zijn blijdschap aan het einde en zijn impuls om de overwinnen te vieren. De echte strategie zou dit niet hier hebben verknoeid en zou met de tranen in de ogen hebben gedeclareerd dat er twee winnaars of zo u wenst twee verliezers waren. In gezamenlijkheid en goed geloof verder, de gelederen gesloten, op naar steun van de kiezers en terug in het centrum van de macht.

Vanzelfsprekend kent de gz-psycholoog ook strategie in zijn diagnostiek en behandelbeleid, maar we noemen dat op basis van psychologische diagnostiek verkregen hypothesen die worden getoetst en geëvalueerd tijdens de interventies. Macht is ons ook niet vreemd, hoe gelijk we ons ook opstellen, we kunnen genieten van de macht die we hebben om de persoon die zich ziek en zwak voelt te beïnvloeden. Onze intermenselijke vaardigheden kennen dus ook steeds een gevaar en het siert ons indien we dat erkennen en bewaken.

Jan Derksen

¹ Met dank aan Dr. Ton Bernts voor onze gesprekken hierover



bkv

BKV is de grootste intermediair in tijdelijke en vaste banen, waarnemingen en interim-opdrachten voor basisartsen, medisch specialisten, hbo+-zorgprofessionals en managers in de zorg. Onze website medischevacature.nl kan een belangrijke bijdrage leveren aan een volgende stap in uw carrière. Hier vindt u alle (tijdelijke) vacatures voor hbo+-zorgprofessionals in Nederland maar ook daar buiten. Uw volgende carrièrestap zetten kan op verschillende manieren. U kiest voor de manier die het beste bij u past!



Bij IrisZorg werkt u in een organisatie die deskundig, innovatief, creatief en ondernemend in zorg wil zijn. Voor en met mensen! IrisZorg heeft een uniek aanbod van verslavingsbehandeling en maatschappelijk opvang. Als organisatie willen wij het beste halen uit onze medewerkers om de beste hulpverlening te kunnen bieden aan onze cliënten.

BKV ondersteunt de Iris Zorggroep bij de werving van een:

Ervaren (interim) behandelcoördinator met beleidsmatige kwaliteiten... ...en een nuchtere kijk op de verslavingszorg

Met de nieuw te werven behandelcoördinator wordt een kwaliteitsinjectie gegeven. In principe voor de duur van één jaar. Het is van groot belang dat deze de coördinatie van de werkzaamheden op zich neemt en inhoudelijke sturing geeft aan onder andere nieuw te ontwikkelen programma's en zorgstraten. Essentieel hierin is de samenwerking met het hoofd behandelzaken en de overige drie behandelcoördinatoren. De behandelcoördinator is zwaargewicht op het gebied van coaching, supervisie en is zorginhoudelijk klankbord voor zijn of haar voor collega's.

Wij vragen

U bent BIG-geregistreerd GZ-psycholoog. Maar u bent meer dan dat. U houdt niet alleen van uw vak, maar ook van vernieuwen, pionieren, constructief verbeteren en coaching. Het zwaartepunt van deze functie ligt op het beleidsmatige en coachende deel. Een klein deel van uw takenpakket bestaat uiteraard uit het behandelstuk.

Voorwaarden

De vacature voor behandelcoördinator is voor de periode van een jaar voor 32 of 36 uur per week en leent zich daarom uitstekend voor een ervaren beleidsmatig ingestelde interim GZ-psycholoog/behandelcoördinator. Bij deze functie horen zeer goede salariering en secundaire arbeidsvoorwaarden.

Vacaturenummer: 8232

Regio: Gelderland

Belangstelling? Neemt u dan contact op met Eveline van den Bos

T 0888 - 22 55 11

M 06 - 34 55 47 52

E e.vandenbos@bkv-groep.nl

Neem voor nadere informatie contact op met BKV op 0888 - 22 55 11 of bezoek onze website

www.medischevacature.nl

Ook kunt u een e-mail sturen naar info@bkv-groep.nl

zorg voor de toekomst

BKV • Oranjesingel 2 • Postbus 2178 • 4800 CD Breda

T 0888 - 22 55 11 • F 0888 - 22 55 99 • KVK 20104894 • E info@bkv-groep.nl

VERSLAVING 2010

- SOMATISCHE EN PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT -

MET:

Prof. dr. W. van den Brink (voorzitter)

Prof. dr. D.A.L.P. Denys

Dr. L. de Haan

E.H.B. Magnée

Dr K.R.J. Schruers

J. van Zaane

OVER VERSLAVING EN

- impulsiviteit: ADHD, ASP en BPD
- beloning: stemmingsstoornissen
- bioritme: slaapstoornissen en klokgenen
 - importantie: schizofrenie
- compulsiviteit: OCD en impulsregulatiestoornissen
- stress: angststoornissen



**Voor psychiaters, (klinisch) psychologen, psychotherapeuten,
SPV'n en verslavingsartsen**

Donderdag 16 december 2010, Ede

Inschrijving: Benecke • Afd. deelnemersadministratie
tel.: 020 - 715 06 39 • deelnemersadministratie@benecke.nl