

# Bezieling en beheersing

Detlef Petry is als psychiater werkzaam in de Maastrichtse instelling Vijverdal. Onder invloed van het neoliberalisme is er veel veranderd binnen de psychiatrie. Alles draait steeds meer om efficiëntie, markteconomie en concurrentie. Petry schetst een beeld van de gevolgen voor personeel en patiënten en spreekt zijn zorg uit.

**D**ertig jaar werk ik als psychiater in Maastricht aan de rehabilitatie van chronisch psychiatrische patiënten en hun naasten. Toen ik in 1978 begon was er nauwelijks interesse voor deze groep en het wekte verbazing dat ik me als psychiater met 'uitbehandelde patiënten' bezig wilde houden. Er was weinig geregeld binnen de psychiatrie. De basis was een wet uit 1830, die regelde dat patiënten onder curatele gesteld konden worden, en de Krankzinnigenwet uit 1884; een zeer repressief uitgangspunt. Omdat het niemand interesseerde, hadden mijn collega's en ik de eerste tien jaar alle tijd en vrijheid om met de rehabilitatie van deze mensen een nieuwe weg in te slaan: te streven naar eerherstel als gelijkwaardige mensen en burgers.

Halverwege de jaren tachtig begon een geleidelijke omslag: van structuur van burgerschap naar managementstructuur. Er kwamen nieuwe opleidingen met als doel de psychiatrie op een 'wetenschappelijke basis' zo efficiënt mogelijk te organiseren.

Na de ineenstorting van het communisme bleek aan het einde van de jaren tachtig dat het kapitalisme definitief had gezegevierd en dat niets meer een 'neoliberale' reorganisatie van de psychiatrie in de weg stond. Alles en iedereen werd gezien als deel van een bedrijfsmatig productieproces, dat zo efficiënt mogelijk uitgevoerd moest worden. Markteconomie en concurrentie werden toonaangevend. Het begon met reorganisaties binnen de instellingen en er sloop een nieuwe technocratische taal binnen: projecten, divisies en managers die het roer in handen namen.

Het percentage managers binnen de organisaties groeide snel: in de Verenigde Staten en Canada ligt het inmiddels op 13,5%, binnen Europa is Nederland koploper met 6%. Bovendien ontstonden door fusies tussen instellingen steeds grotere organisaties, 'concerns', getooid met nieuwe namen die niets met de psychiatrie te maken hebben. Een van de grootste instellingen in het Limburgse Venray heet sindsdien 'Van Gogh-Instituut'. In de jaren negentig ging dit proces, door Frits Bremer 'overkoepeling' genoemd, nog sneller. Inmiddels zijn we ook binnen de psychiatrie midden in de kapitalistische markteconomie beland.

## Veranderingen

Inmiddels wonen een paar honderd patiënten, die vroeger in onze inrichting verbleven zelfstandig of in een beschermde woonvoorziening in de stad Maastricht en omliggende dor-

pen. Zij worden al twintig jaar door ons begeleid op alle levensgebieden. Een kleine groep, 'de harde kern' woont in mooie huizen aan de rand van de kliniek. Dit zijn de mensen die jarenlang binnen de psychiatrie verwaarloosd zijn. Het dagelijkse leven staat centraal en ook zij worden meer en meer tot medeburgers. Hun professionele begeleiders zijn we 'levensbegeleiders' gaan noemen om duidelijk te maken wat het tijdspectief en de inhoud van hun werk is.

In Maastricht wordt volgens de principes van een buurtgerichte psychiatrie gewerkt. In de vier stadsdelen zijn centra waar ambulante zorg, dicht bij de burger, geboden wordt. Sinds 1990 kent Limburg een organisatie met de naam Horizon, waar 170 vrijwilligers even veel patiënten als matjes begeleiden. We beschikken dus over een groot aantal professionele en vrijwillige hulpverleners die al jarenlang met hart en ziel werkzaam zijn.

In het kader van de overkoepeling van dit primaire proces door de markteconomie ontstaat steeds meer kritiek op deze praktijk en wordt regelmatig de vraag of die economisch verantwoord is gesteld. Zoals de Duitse neuroloog Klaus Nouvertné jaren geleden al voorspelde, zijn we allemaal in de ban van de 'grote rekenmachine' geraakt. In het digitale tijdperk beheerst de computer alle aspecten van het dagelijkse leven. Door de samenwerking tussen de staat, de computerbranche en de zorgkantoren ontstaat een machtsdriehoek: een vorm van 'staatstherapie'?

## Probleemcatalogus

Voor psychiatrische problemen wordt een soort catalogus (DSM IV) gebruikt. De problemen van onze patiënten worden vergeleken met de hierin omschreven categorieën en ze worden op deze basis geïnclassificeerd. Daaraan wordt een speciaal voor deze probleemclassificatie ontwikkeld behandelingsprotocol gekoppeld. Deze universele behandelingsprotocollen worden gezien als adequate behandeling voor de problemen van psychisch zieke mensen. Het persoonlijke perspectief van de patiënten, de manier waarop zij hun problemen ervaren en beleven blijft buiten beschouwing. Daarmee gaat deze technocratische ontwikkeling voorbij aan de eigenlijke kern van het psychiatrische werk: het tussenmenselijke contact en de dialoog. Medewerkers worden technocraten die geüniformeerde inhoudelijk sturende controle- en beheersinstrumenten uitvoeren.

Spil van dit proces vormt het 'elektronisch patiënten dossier'. Dat biedt de mogelijkheid een bijna eindeloze hoeveelheid informatie over patiënten op te slaan – zij het in technocratische taal. De privacy van zeer persoonlijke gegevens komt in gevaar. In Maastricht zijn we gestart met het schrijven van 'levensboeken'; samen met de patiënten en hun familie en in begrijpelijke taal. Er komen alleen zaken in waar de betrokkenen het over eens zijn. Het zijn trialogische levensboeken die in schril contrast staan tot het elektronische patiëntendossier.

Een ander kernstuk van het elektronische dossier is de Diagnose Behandel Combinatie. Aan een objectieve 'productbeschrijving' wordt een behandelingstraject gekoppeld. De kosten worden op basis van de behandlungsactiviteiten berekend. Geld stuurt het proces.

Wij hebben samen met onze patiënten jarenlang gewerkt aan het doorbreken van het stigma dat aan een diagnose kleeft. Nu worden we gedwongen opnieuw te stigmatiseren met een DSM IV diagnose. Dat voelt als verraad tegenover mijn patiënten. De DSM IV is in mijn ogen een geïnstitutionaliseerde vorm van patiëntenhaat.

Iedere dag moeten we onze activiteiten in het elektronische patiëntendossier invoeren, met een codenummer waaraan een som geld gekoppeld is. Deze nummers worden door het zorgkantoor nauwkeurig getoetst, pas na toetsing wordt betaald. Bovendien kan het zorgkantoor op elk moment een onverwachte controle van de dossiers uitvoeren en mocht er iets niet kloppen het budget van onze instelling korten.

Vanuit het perspectief van de verzekeraars zijn patiënten in de eerste plaats verzekerd. Hun devies: zorg voor patiënten kost geld en de kosten moeten laag blijven. Zorg verwordt op deze manier tot beperking van schade. Meer hierover is te vinden op de VrijePsych, een site die samengesteld is door verontruste psychiaters en therapeuten.

### Procesmanagement

De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat ook directie en management van onze instelling door deze veranderingen onder druk staan. Wie niet aan de normen voldoet gaat failliet. Ze zijn zich terdege bewust van de enorme druk die op de hulpverleners uitgeoefend wordt. Ons ethisch moreel dilemma laat ook hen niet onberoerd. Wij moeten dagelijks leven met: enerzijds goede zorg bieden, zoals we dat al jaren gewend zijn, en anderzijds buigen voor de dagelijkse prestatiedwang. Lastig omdat de verantwoordelijkheid voor de patiënten botst met de verantwoordelijkheid voor de instelling. Door intensieve dagelijkse oefening worden we steeds handiger met de computer, maar de tijd die daarvoor nodig is gaat af van de kostbare tijd voor de patiënten.

Het antwoord van de instellingen die nu op de markt van de psychiatrie als 'aanbieders' om het geld van het zorgkantoor moeten concurreren, is 'procesmanagement'. Hoe goedkoper zij hun product aan de 'ondernemer' zorgverzekering aanbieden, des te groter de kans bovenaan op de lijst te komen als het geld verdeeld wordt. Daarbij is het van belang dat het product voorzien is van een door de overheid erkend keurmerk. Alle delen van het product moeten regelmatig gecontroleerd worden, zodat vastgesteld kan worden dat de kwaliteit voldoende is en dat bij lage productiekosten de vereiste productie gehaald wordt. De druk op de hulpverleners

is duidelijk voelbaar. Er worden normtijden voorgeschreven die exact vastleggen hoe lang het contact met de patiënt mag duren. Voor de psychiater, als duurste hulpverlener, is dit teruggebracht tot tien minuten per contact. Wie meer tijd nodig heeft wordt gedelegeerd aan goedkopere hulpverleners. Verpleegkundigen en maatschappelijk werkers mogen 30 tot 45 minuten aan de patiënt besteden. De psychiater wordt zo opnieuw tot een ouderwetse specialist, die eigenlijk alleen nog maar de diagnose moet stellen en de vereiste behandeling – meestal medicijnen – moet vastleggen. In onze gemeenschappelijke praktijk zijn we elkaar in de loop der jaren als gelijkwaardige teamleden gaan zien. We hebben respect voor elkaars professionele en menselijke kwaliteiten. De hiërarchie die wij in ons team al lang overwonnen dachten te hebben komt via de achterdeur weer binnen. De hechte samenwerking, nodig om jarenlang en vaak levenslang met zwakkere patiënten te kunnen werken, wordt door deze 'nieuwe hiërarchie' ondermijnd.

Vroeger maakte ik uitstapjes met patiënten, naar hun geboorteplaats, of naar hun ouders. Dat kostte veel tijd, soms wel een hele dag voor één patiënt. We vonden het belangrijk patiënten in contact te brengen met hun verleden: 'rehistorisering'. Het lijkt erop dat dat nu onmogelijk wordt.

Een ander, bijna niet te bevatten voorbeeld uit een instelling voor dementiepatiënten: hulpverlener en patiënt hebben beiden een 'smartcard' (elektronisch kaartje) om hun hals. Zodra ze voor een gesprek of een zorghandeling contact hebben, moeten beiden de kaart in een apparaatje steken dat de 'contacttijd' op de minuut nauwkeurig registreert.



Illustratie: Heinz Mölders

Samenvattend kun je zeggen dat het procesmanagement, met voortdurende controle alleen het secundaire proces (de overkoepeling van de zorg door de markteconomie) toetst en dat kwaliteitsmanagement noemt. De kwaliteit van het primaire proces, van wat zich tussen patiënt en hulpverlener afspeelt, wordt niet gezien, laat staan getoetst of gemeten.

In een tijd waarin psychiatrisch onderzoek vooral uit is op kwantificeerbare resultaten die het begeerde etiket 'evidence-based' opleveren is er weinig aandacht voor kwalitatief antropologisch onderzoek. Toch hebben juist pogingen in deze richting voor onze patiënten belangwekkende resultaten gehad.

In 2007 ontving ons rehabilitatieproject 200.000 euro voor kwalitatief onderzoek naar onze praktijk. De titel van dit project luidt: 'Ongelijke burgers: relationeel burgerschap'. Het richt zich juist op het effect dat tussenmenselijke relaties voor het herstelproces hebben. Eerste lichtpuntje of een echte doorbraak? De tijd zal het leren.

### Dwangbuis

Het geschetste proces is in de eerste plaats een aanval op de bezieling van de hulpverleners. Hun praktijk, steunend op jarenlange ervaring, wordt door dit rationaliseringsproces overkoepeld en ondermijnd. Hulpverleners voelen zich niet serieus genomen en in hun beroepseer aangetast, wat tot algemene vervreemding leidt. De hulpverlener ziet zichzelf niet meer als deel van een organisatie die streeft naar het gemeenschappelijke doel van goede zorg. Dat leidt weer tot wantrouwen en afweer.

Als hulpverlener word je vooral beoordeeld op grond van je productie en niet op de inhoudelijke kwaliteit van je werk. Voor de dagelijkse praktijk betekent dit

's ochtends en vooral 's avonds aan de computer zitten en minder tijd voor de patiënten. Vaak moet je de deur dicht doen om tijd voor de computer te hebben. Als een patiënt binnenkomt, zitten we met het gezicht naar de computer en de rug naar de patiënt. Is dit het einde van de dialoog? Vroeger zat ik niet aan de computer, maar bij de patiënt aan de ontbijttafel! De invoering van normtijden en elektronische dossiers heeft hier een einde aan gemaakt. Deze ontmenselijking heeft onoverzienbare gevolgen voor het vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt.



Illustratie: Heinz Mölders

'Ben jij nu gek geworden of ik?', vroeg een patiënt die ik al dertig jaar ken mij onlangs. 'Weet je wat, we gaan die paperassen verbranden op de brandstapel van Jeanne d'Arc en dan smeren we hem. We moeten hier weg!' zei een patiënt toen hij me achter de computer zag met de enorme stapel formulieren op mijn bureau. Hij ziet haarscherp hoe ik onder de hele toestand lijd en wil me uit mijn dwangbuis bevrijden. De wereld van de psychiatrie staat op z'n kop. Vroeger waren het de patiënten die in een dwangbuis zaten.

Ook de taal tussen ons is veranderd. Vroeger spraken we een taal die voor beiden begrijpelijk was, omdat

die wortelde in jarenlange gemeenschappelijke levenservaring. Nu sluipt een vreemde taal ons dagelijkse leven binnen. Als ik over het levensprobleem van een patiënt praat, moet ik weer een diagnose gebruiken. Terwijl we jarenlang probeerden dit levensprobleem te begrijpen en er samen aan te werken, moet ik het nu opnieuw stigmatiseren en objectiveren. Ook dit leidt tot vervreemding. Vonden we vroeger soms dat patiënten verward spraken, nu heeft de patiënt de indruk dat ik verward spreek.

### Zelfstandigheid onder druk

Kijken we naar de tastbare en praktische gevolgen van dit proces voor de patiënten dan zien we dat het proces van overkoepeling over de hoofden van de patiënten heen is gegaan. Tijdens dit proces kwamen er steeds nieuwe regels en voorschriften die hen overspoelden; onze zwakkere medeburgers zien door de bomen het bos niet meer. Hierdoor hebben ze natuurlijk meer ondersteuning nodig en komt hun zelfstandigheid en zelfbeeld onder druk te staan. Ze begrijpen de wereld niet meer. Waren onze patiënten in de jaren zestig betrekkelijk rijk, nu zijn ze arm. Het begon ermee dat ze vanaf 1983 een eigen bijdrage aan de AWBZ moesten betalen. Sindsdien hebben ze nog ongeveer 250 euro zak- en kleedgeld. Als je bedenkt dat een pakje sigaretten al vijf euro kost, kun je je voorstellen wat er over blijft. Ze moeten bekibbelen op de kwaliteit van hun rookwaar en zijn wat kleding betreft aangewezen op tweedehands winkels. Hun kleren laten wassen kost ook nog eens 50 euro per maand.

Sinds 2006 moeten patiënten zelf hun belastingformulier invullen. Ook daarbij hebben ze natuurlijk hulp nodig. Nogal wat 'normale' mensen komen er zelf niet uit. Het

moet nog op de computer ook! Voorts is de mobiliteit van patiënten ernstig ingeperkt. Reiskosten naar de stad moeten ze zelf betalen. Voor ieder buskaartje moet gestreden worden. De verzekering vergoedt alleen nog liggend transport naar het ziekenhuis, als je ernstig ziek of halfdood bent.

In het kader van de WIA (wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) zijn alle langdurig werklozen de afgelopen jaren opnieuw gekeurd om na te gaan of ze niet in het arbeidsproces ingevoegd kunnen worden. Ook onze zwakke medeburgers die vaak nooit gewerkt hebben. De angst en de onrust die deze herkeuring veroorzaakte moet je niet onderschatten. Zelfs de zwaksten onder ons worden als potentiële producenten gezien. Enerzijds 'product,' anderzijds producent. De zwakste mag niet langer gewoon 'patiënt' zijn die onze liefde en zorg verdient, maar is een factor in de markteconomie geworden.

Voor leuke en ontspannende activiteiten is helemaal geen geld meer. Voor vakanties, uitstapjes en zelfs het traditionele Sinterklaasfeest moet extern geld gezocht worden. We moeten bedelen bij liefdadigheidsinstellingen. De tuinmeubels staan er vervallen bij, omdat er geen geld voor nieuwe is. De wereld van onze patiënten wordt kouder, kaler en armer.

Vanwege de invoering van de WMO barst de concurrentiestrijd pas goed los: steeds meer aanbieders, ook buiten de psychiatrie, proberen een graantje mee te pikken. Zo is de huishoudelijke ondersteuning, tot nu toe in handen van professionele hulpverleners, voor de markt vrijgegeven. Ieder schoonmaakbedrijf kan nu meedingen naar de gelden van de gemeente. Hoe kunnen minder robuuste mensen zich in deze strijd handhaven? Dat kunnen ze niet alleen. Weer hebben ze hulp nodig en worden ze steeds meer hulpbehoevend en minder zelfstandig. Het uitgangspunt van de gemeente is dat burgers in eerste instantie voor zichzelf verantwoordelijk zijn, daarna moeten ze aankloppen bij hun familie, en pas als dat niet lukt bij de gemeente. Burgers met psychische problemen zijn daar niet toe in staat, maar dit besef is bij gemeentes onvoldoende aanwezig.

## Ontzieling

Wat de wetgeving betreft was en is Nederland heel progressief in vergelijking met de rest van Europa. Dat geldt eigenlijk ook voor de basisverzekering en de WMO. Maar de dominantie van de markteconomie en de zogenaamde kostenexplosie van de gezondheidszorg ondermijnt deze progressieve wetgeving. Bepaalde groepen ouderen moeten binnenkort gaan meebetalen aan hun AOW. Door de verandering van de WOA in de WIA worden zelfs onze patiënten gezien als potentiële producenten. Dit betekent een uitholling van de opvang voor mensen met psychiatrische problemen.

Inmiddels weten we dat de marktwerking bizarre vormen aan kan nemen. We krijgen te maken met een management-apparaat dat een steeds groter deel van het budget van de instelling opslokt en voortdurend nieuwe plannen, protocollen en controleprocedures verzint om de organisatie te moderniseren en de medewerkers achter de vordes te zitten. De auteurs van het managementboek *Intensieve menshouderij*, Peters en Pouw, hanteren dit begrip, een analogie uit de veeteelt, ook op de VrijePsych.

Het management is gericht op expansie, wil de markt veroveren met steeds betere producten (diagnosen), het image

oppoetsen met telkens nieuwe slogans en in het oog springende logo's en flitsende reclame, zelfs op televisie. Intussen lopen er steeds meer gekwetste hulpverleners rond met frustraties en onderhuidse woede. Hun roeping en het respect voor hun vakmanschap zijn hun ontnomen. De neoliberale regering heeft de afgelopen jaren de markeconomie aan de psychiatrie opgelegd, zonder dat het middenkader daarbij betrokken werd en zonder bij de invoering een gepast tempo te betrachten. Het was raadzaam geweest bij de uitvoering van de wetten te bedenken voor wie die bedoeld waren. Er was meer bescheidenheid en vooral medeleven met de zwaksten van de samenleving nodig geweest. Had het werk van de professionele hulpverleners tot voor kort vooral met persoonlijke relaties en individuele mensen te maken, de macht van de economisering reduceert hen tot gehoorzame schakels die abstracte richtlijnen en modellen moeten uitvoeren, alles in het kader van meer efficiëntie en 'output'.

## Van burger naar product

Hoe is het intussen met de eer van de patiënten? Jaren geleden begonnen hulpverleners zich in te zetten voor hun eerherstel als burgers: rehabilitatie. Komt hun eer door de technocratische overkoepeling niet opnieuw in gevaar? Vroeger waren zij het slachtoffer van een repressieve psychiatrie. Nu dreigen ze slachtoffer te worden van een technocratische marktideologie in de psychiatrie, waarbinnen voor hen geen enkele rol is weggelegd. Van échte inspraak van patiënten kan in dit over hun hoofden heen rollende proces geen sprake zijn. Ze zijn niet opgewassen tegen de concurrentiestrijd, ze kunnen niet 'meedingen' en ze kunnen niet produceren. Ze zijn zelf 'product' geworden! Wat ze in deze tijden nodig hebben zijn onze solidariteit, zorg, nabijheid en liefde. Voor wat er gaande is heb ik geen andere woorden dan dat het gaat om een morele misdaad die de wereld berooft van haar bezieling en de verhouding tussen mensen onderling verstoort.

De cultuur moet gezien worden als wereld van levenspraktijken, waarin mensen (leraren, politieagenten, hulpverleners) zich kunnen ontwikkelen. Waar ze zelfstandig en eervol hun beroep kunnen uitoefenen en zich verantwoordelijk voelen voor het algemene belang. We hebben te maken met cultuurverlies, het is een kwestie van eer om hier een antwoord op te vinden.

Tot slot wil ik een voorzichtige poging tot een antwoord wagen.

Relaties tussen patiënten, hun familie en hulpverleners, die zich dikwijls over jaren uitstrekken, moeten gezien worden als kern van iedere psychiatrische praktijk. Hoe dit werk ook wordt georganiseerd, het moet deze levenspraktijk dienen. Zo kunnen psychiatrische diensten tot menselijke, de eer van ieder mens respecterende kiemcellen worden, waarbinnen de psychiatrie gehumaniseerd en niet getechnocrateerd wordt.

✍ Detlef Petry

Uit: *Sozialpsychiatrische Informationen* (36) 3/2007.

Vertaling: Michi Almer

[www.devrijepsych.nl](http://www.devrijepsych.nl) website verontruste psychiaters