

MOL de GGZ

Een onderzoek naar de voordelen van een paradigmawissel

Gert Jan de Vries

851912612

PM9504162114 Onderzoekspracticum Scriptieplan

Eerste begeleider: dr. Eva de Hullu

Tweede beoordelaar: dr. Anna-Eva Prick

Inleverdatum: 30 augustus 2022

Won't you please talk to me

If you'd just talk to me

Unblock this misery

If you'd only talk to me

Peter Gabriel, Come talk to me (US, 1992)

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 6 |
| Summary | 8 |
| Inleiding | 10 |
| Deel 1. Twee stelselherzieningen | 11 |
| De Zorgverzekeringswet 2006: de invoer van een ‘zorgmarkt’ | 11 |
| Wat de politiek wilde | 11 |
| Wat de GGZ ervan vond | 12 |
| En hoe het er in de praktijk uitzag: de GGZ in drie echelons | 13 |
| Huisartsenzorg..... | 13 |
| BGGZ..... | 14 |
| SGGZ | 14 |
| En hoe het verliep: Patiëntenstromen..... | 14 |
| Op welke punten de gelijkschakeling plaatsvond | 15 |
| Diagnostiek..... | 15 |
| Cognitieve gedragstherapie / het Stimulus-Responsparadigma..... | 16 |
| Het medisch model..... | 17 |
| En hoe dat vormgaf aan een belangenconflict | 18 |
| Of de ZVW de GGZ beter en efficiënter maakte | 19 |
| Terug naar de punten waarop de gelijkschakeling plaatsvond..... | 20 |
| Het medische model | 21 |
| DSM-diagnostiek | 21 |
| Hoe de praktijk pragmatisch omging met een ongeschikt instrument | 23 |
| Het Zorgprestatie­model 2022..... | 25 |
| Wat ‘eenvoud’ inhoudt..... | 26 |
| Wat ‘transparantie’ inhoudt..... | 27 |
| Wat ‘administratieve druk’ inhoudt | 28 |
| Of marktwerking wel de oplossing was | 28 |
| Ontkoppeling GGZ van de somatisch zorg | 30 |
| Of het ZPM de problemen oploste | 30 |
| Nogmaals eenvoud | 31 |
| Nogmaals transparantie | 32 |
| Nogmaals administratieve druk..... | 33 |
| Evaluatie van twee stelselwijzigingen..... | 35 |
| Een inhoudelijke benadering | 35 |

| | |
|--|----|
| Effectiviteit van behandelmethoden als probleem | 36 |
| Transdiagnostiek | 37 |
| Effectiviteit van transdiagnostische behandelingen | 40 |
| De consequenties van onduidelijke probleemstelling | 41 |
| Wat is de waarde van wetenschappelijk bewijs | 42 |
| Deel 2. The road not taken... .. | 45 |
| Geen stelselwijziging, maar een paradigmawissel..... | 45 |
| Powers' Perceptual Control Theory..... | 46 |
| Behaviorisme | 47 |
| Powers versus Behaviorisme | 48 |
| Tegenbewegingen: Cognitieve Therapie en PCT..... | 49 |
| Behavior: The control of perception..... | 51 |
| Powers' perceptiehiërarchie | 54 |
| Leren en herstellen volgens Powers: Reorganisatie..... | 59 |
| PCT's behandelmethode: the Method of Levels..... | 61 |
| Reorganisatie in de praktijk..... | 64 |
| Mol als panacee | 65 |
| Deel 3: Kosteneffectiviteit | 69 |
| Huidig onderzoek..... | 69 |
| Methode..... | 73 |
| Design..... | 73 |
| Procedure..... | 74 |
| Resultaten | 77 |
| Studie 1..... | 77 |
| Studie 2a..... | 78 |
| Aantal sessies | 80 |
| Treatment efficiency | 80 |
| Studie 2b..... | 82 |
| Studie 2c..... | 83 |
| Studie 3..... | 86 |
| Beantwoording van de hoofdvraag | 88 |
| Discussie..... | 88 |

| | |
|---|----|
| Onbetrouwbare data | 89 |
| Geen gevestigde onderzoekstraditie..... | 91 |
| Er is meer | 92 |
| Scifi, twee scenario's..... | 93 |
| Referenties..... | 95 |

Samenvatting

Kan de GGZ efficiënter en dus goedkoper worden georganiseerd? In deze studie wordt een poging ondernomen die vraag te beantwoorden door middel van literatuuronderzoeken. Het geheel heeft de vorm van een betoog over de stand van zaken in de GGZ en de achterliggende psychologische modellen. De huidige problemen in de GGZ worden geanalyseerd en zowel historisch als theoretisch verklaard. Aansluitend wordt er een alternatief paradigma geschetst, waarvan tot slot de te verwachten resultaten worden gecalculeerd.

In de curatieve GGZ vond op 1-1-2022 de tweede stelselwijziging van deze eeuw plaats. De Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC) die in de Zorgverzekeringswet van 2006 was ingevoerd werd aangepast tot het Zorgprestatie-model. Het nieuwe systeem dient eenvoudiger en transparanter te zijn en minder administratie te vereisen (Zorgprestatie-model GGZ & FZ), maar zal desondanks het kernprobleem van de GGZ (beperkte kosteneffectiviteit) niet oplossen.

Psycholoog en medisch ingenieur William Powers stelt dat mensen geen willoze automaten zijn die alleen reageren op invloeden van buiten. Hij ondergraaft hiermee de geldigheid van het Stimulus-Respons-paradigma (SR), dat sinds het begin van de 20ste eeuw de basis vormt van de psychologische wetenschap. Volgens Powers biedt SR onvoldoende verklaring voor psychologische fenomenen. Een van de vele consequenties van zijn stellingname is dat het fundament wegvalt over de heersende denkbeelden over psychologische problemen en behandelingen.

Uit Perceptual Control Theory (PCT), het door Powers ontwikkelde alternatief voor SR, volgt een door hem en onderzoeker en klinisch psycholoog Tim Carey ontwikkelde behandelmethodede genaamd de Method of Levels (MOL). Carey heeft

betoogd dat effectiviteit en efficiëntie van psychotherapie toenemen als er wordt behandeld vanuit de denkbeelden die door Powers en hemzelf zijn ontwikkeld.

In deze studie wordt eerst een historische schets gegeven van de stelselwijzigingen en de effecten ervan. Daarna volgt een schets van de denkbeelden van Powers en Carey, inclusief een toelichting van de door hen verwachte voordelen van hun benadering. Tot slot wordt een raming gegeven van de kostenreductie die behaald kan worden door middel van een paradigmawissel van SR naar PCT en van de huidige GGZ-behandelingen naar MOL.

Keywords: Medisch model, kostenefficiënt, Stimulus-Respons, Method of Levels, paradigmawissel

Summary

Can mental healthcare be organized more efficiently and thus cheaper? In this study this question will be answered based on literature studies. The study takes the form of an essay on the current state of Dutch mental health care and underlying psychological models. The actual problems in mental health care are addressed and explained historically and theoretically. Subsequently an alternate paradigm is being put forward, of which the probable results are being calculated.

On Jan 1st, 2022 the Dutch mental health system faced its second major reorganisation since the turn of the century. The Diagnose-Treatment-Combination (DBC), implemented in the Zorgverzekeringswet (Health Law) in 2006 was replaced by the Zorgprestatie model (Cure-performance model). The new system is supposed to be simpler and more transparent and should demand less paperwork (Zorgprestatie model GGZ & FZ), but still it will not tackle the main problem of mental care, which is limited cost efficiency.

Psychologist and medical engineer William Powers stipulated that the Stimulus-Response-paradigm (SR) does not sufficiently explain psychological phenomena, because humans don't just react to outward stimuli as automatons do. He hereby debunks SR, which has been the basis of psychology since the early 1900s. according to Powers SR insufficiently explains psychological phenomena. One of the many consequences of this is that current ideas about mental problems and treatments lose their solid basis.

Out of Perceptual Control Theory (PCT), Powers' alternative for SR, he and researcher and clinical therapist Tim Carey developed a treatment called Method of Levels (MOL). Carey has argued that effectivity and efficiency of mental care improve significantly if treatment is based upon the ideas he and Powers developed.

This study narrates the history of the reorganisations of the mental health system and their consequences. It furthermore provides a summary of Powers' and Carey's ideas, including a review of the expected profits. In conclusion a calculation is given of the possible reduction of costs in case of a paradigm shift from SR to Powers' Perceptual Control Theory (PCT) and of all current treatments to Carey's Method of Levels (MOL).

Keywords: Medical model, cost efficiency, Stimulus-Response, Method of Levels, paradigm shift

Inleiding

Deze masterthese behandelt de voordelen van een fictieve paradigmawissel van Stimulus-Respons naar Perceptual Control Theory (PCT). Twee stelselwijzigingen in twee decennia zijn erop gericht geweest de GGZ 'duurzaam' te maken en 'betaalbaar te houden'. De eerste van deze wijzigingen heeft niet het gewenste effect gehad; de tweede wacht vermoedelijk een vergelijkbaar lot aangezien het fundamentele probleem dat er binnen een inadequaat paradigma wordt gewerkt niet wordt opgelost.

Het 'heersende' paradigma in de psychologie is afkomstig van René Descartes (1596-1650) en wordt doorgaans Stimulus-Responstheorie (SR) genoemd. SR stelt dat gedrag (van mens en dier) een respons is op een externe stimulus. De theorie is dusdanig ingeburgerd dat het dagelijks taalgebruik allerlei varianten kent op 'stimuleren' en 'een prikkel toedienen'. Kenmerkend voor SR is dat het een lineair model is: de externe oorzaak (prikkel) leidt tot een gevolg (actie) van het organisme. De verklaring en behandeling van psychische aandoeningen en ook het onderzoek naar psychologische fenomenen is vrijwel zonder uitzondering gebaseerd op SR (Reed, 1996, pp. 3-5).

In deze masterthese wordt een alternatief paradigma voorgesteld: PCT. Er wordt verondersteld dat de curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) collectief overgaat op behandelen volgens de Method of Levels (MOL; Carey, 2006). Deze adiagnostische vorm van psychotherapie is een gesprekstechniek gebaseerd op het PCT-paradigma. PCT zou in theorie moeten leiden tot een humanistischer GGZ, die efficiënter en goedkoper is. De nadruk ligt hier op een benadering van de financiële voordelen. De studie beperkt zich tot de zogeheten curatieve GGZ.

Deel 1. Twee stelselherzelingen

De Zorgverzekeringswet 2006: de invoer van een ‘zorgmarkt’

Wat de politiek wilde

In 2006 werd in Nederland de Zorgverzekeringswet (ZVW) geïntroduceerd. Deze wet zou vanaf 1-1-2008 gelden als juridische basis onder zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. De minister van Volksgezondheid die ‘de immense hervormingsoperatie’ regisseerde was de VVD-er Hans Hoogervorst (Fogteloo, 2005). De stelselherziening werd noodzakelijk geacht om het hoofd te kunnen bieden aan de ‘vergrijzing’ van de samenleving. De ZVW ademde de neoliberale tijdgeest door het collectivistische ziekenfondsstelsel in te ruilen voor marktwerking in de zorg (Jeurissen & Maarse, 2021). Vanuit de gedachte dat concurrentie tegelijkertijd zorgt voor prijsverlaging én kwaliteitsstijging werd er een ‘zorgmarkt’ gedefinieerd waarop zorgproducenten en zorgconsumenten elkaar zouden kunnen vinden. De doelstellingen waren helder: de zorg moest kwalitatief hoogwaardig zijn, toegankelijk en betaalbaar (Kraaijeveld, Ooms, & Van Vuuren, 2020, p. 8).

Een van de opmerkelijkste elementen van de ZVW was de gelijkschakeling van GGZ en somatische zorg (Jeurissen et al., 2021). De behandeltrajecten van beiden dienden plaats te vinden op basis van wetenschappelijke diagnostiek en de vergoeding van de verrichtingen van beiden verliepen via dezelfde systematiek van zogeheten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De regie over die DBC's kwam in handen van de zorgverzekeraars te liggen, hetgeen nog voor de invoering van de wet leidde tot een — zeer zeldzame — staking onder huisartsen (Fogteloo, 2005). De kritiek uit het veld luidde dat de marktwerking nauwelijks voordelen had, dat er veel bureaucratie zou ontstaan, dat de zorgverzekeraars ‘macht in de spreekkamer’ zouden krijgen en de privacy van patiënten niet langer was gewaarborgd.

Wat de GGZ ervan vond

Voor de klinische psychologie vormde de stelselwijziging tegelijkertijd een stille triomf. John Broadus Watson (1878-1958), een van de meest invloedrijke psychologen uit de geschiedenis (Harzem, 2001), had bijna een eeuw eerder het streven geformuleerd om psychologie in wetenschapsfilosofisch opzicht op gelijke hoogte te brengen met de natuurwetenschappen (Watson, 1913). Nu in 2006 de GGZ gebruik ging maken van dezelfde DBC-structuur als de somatische zorg was de gelijkschakeling met de medische sector eindelijk een feit. Die gelijkschakeling vormde bovendien een forse beleidswijziging ten opzichte van Hoogervorsts voorganger Els Borst (1932-2014), die namelijk enkele jaren eerder had overwogen om het beroep van psychotherapeut zijn beschermde status af te nemen (Algemeen Dagblad, 2001).

Desondanks was de scepsis over het DBC-systeem groot. Critici waarschuwden voorafgaand aan de invoering ervan al dat de DSM — die er het uitgangspunt van vormde — een classificatiesysteem is en geen diagnostisch instrument. Ze stelden dat de DSM niet voorziet in beschrijvingen van etiologie, beloop en prognose (Hoogduin, Van Minnen, & De Kemp, 1999) en dus hoegenaamd geen houvast biedt voor behandelingen. De DSM onderscheidt uitsluitend aandoeningen.

Kort na de invoering bleek zowel de techniek achter het DBC-systeem als de onderlinge verhoudingen tussen alle tot samenwerking gedwongen partijen niet op orde. De situatie werd zo ernstig dat de Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP) een brandbrief aan de minister stuurde waarin viel te lezen dat psychologen en psychotherapeuten al drie maanden zonder inkomen zaten. Na een lijst van specifieke klachten volgde er een bondige probleemanalyse:

De belangrijkste oorzaken zijn de ontoereikende en onwerkbare regelgeving, waarbij voortdurend niet of zeer onvoldoende rekening wordt gehouden met de belangen en de financiële kwetsbaarheid van vrijgevestigde praktijken in de GGZ, het feit dat softwareleveranciers en zorgverzekeraars (incl. Vektis¹ en Vecozo²) hun zaken niet op orde hebben en eveneens hun werkwijzen niet kunnen of willen afstemmen op het vrijgevestigde aanbod, en de omstandigheid dat alle partijen voortdurend de verantwoordelijkheid voor falende systemen en regels naar anderen toeschuiven (LVVP, 2008).

En hoe het er in de praktijk uitzag: de GGZ in drie echelons

De ZVW definieerde in 2006 binnen de curatieve GGZ drie geledingen die in het jargon 'echelons' worden genoemd. Oplopend in 'zorgzwaarte' zijn dat de huisartsenzorg, de generalistische basis-GGZ (BGGZ) en de specialistische GGZ (SGGZ).

Huisartsenzorg

Huisartsenzorg is de ietwat verwarrende term voor psychologische zorg die binnen de ZVW werd verleend door de huisarts of diens Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ). Ruim 80% van de huisartspraktijken beschikte over zo'n POH-GGZ, die altijd in overleg met de huisarts handelde (Vektis, 2019, p. 25). Bij kleinere praktijken verrichtte de huisarts deze zorg zelf, net als voorafgaand aan de invoering van de ZVW. Huisartsenzorg bestond in eerste instantie uit maximaal tien sessies. Hierna werd de cliënt desgewenst doorverwezen naar BGGZ of SGGZ (KPMG, 2015). De POH-GGZ (en/of

¹ Vektis is een bedrijf dat alle declaratiegegevens van zorgverleners verzamelt, bewerkt en erover publiceert.

² VECOZO is een IT-bedrijf dat het veilig uitwisselen van administratieve gegevens in de zorg faciliteert. Het werkt samen met alle zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, en ca. 45.000 zorgaanbieders

de huisarts) behandelde — officieel althans — uitsluitend enkelvoudige problematiek (GGZ standaarden, 2017).

BGGZ

De BGGZ bood vier trajecten aan (middel, kort, intensief, chronisch), met een maximale duur van 750 minuten (KPMG, 2015). In theorie waren BGGZ-behandelingen protocollair (GGZ standaarden, 2017), maar in de praktijk vermoedelijk niet, al was het maar omdat veel protocollen meer sessies in beslag nemen dan de trajectduur toeliet (Raad voor volksgezondheid en samenleving, 2017).

SGGZ

Complexe zorg ressorteerde onder de SGGZ waarbinnen alle behandelingen werden vastgelegd in een DBC. In feite hield dit in dat er voor elke cliënt eerst een medische diagnose (D) werd gesteld en dat er vervolgens een behandeling (B) werd gestart. Gecombineerd (DBC) vormden deze een productcode op basis waarvan de zorgverzekeraar uitkeerde (KPMG, 2015).

En hoe het verliep: Patiëntenstromen

Aan de patiëntenstromen valt ongeveer te zien hoe de indeling in deze echelons functioneerde (zie Figuur 1). Van de ca 270.000 cliënten die de POH's-GGZ in 2015 gezamenlijk zagen zochten er 160.000 (ca. 60%) een jaar later geen hulp meer. Het is overigens onbekend of de behandeling in het eerste echelon voor deze mensen afdoende was of dat zij onbevredigd afhaakten. De resterende ruim 40% van de cliënten in het eerste echelon zocht echter aansluitend behandeling in het volgende echelon. 'Hoe meer consulten bij de POH-GGZ iemand heeft gehad, des te meer vervolgzorg in de basis- of gespecialiseerde ggz iemand krijgt,' constateerde Vektis (2019, p. 16). Met andere woorden: de POH-GGZ vormde tevens een soort eerste opvang voor complexere gevallen. Vektis zelf concludeert: 'hoe langer een patiënt op passende zorg moet

wachten, hoe meer consulten bij de POH-GGZ nodig zijn om de tijd te overbruggen (idem). Voor die 40% van de instroom functioneerde de POH-GGZ dus als een alternatief voor de wachtlijst van de BGGZ. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de BGGZ t.o.v. de SGGZ. Dit is conform het principe van stepped care, dat ertoe dient het zorgsysteem — en dan met name de meest gespecialiseerde delen ervan — te behoeden voor overbelasting. Dat is uiteraard ook een kwestie van kostenefficiëntie.



Figuur 1. Patiëntenstromen POH-GGZ 2015 (Vektis, 2019, p. 16).

Op welke punten de gelijkschakeling plaatsvond

Diagnostiek

Ten grondslag aan het DBC-systeem — en daarmee aan alle diagnoses die er tussen 2006 en 2022 werden gesteld in de GGZ — lag het Diagnostic and Statistical Manual (DSM), opgesteld en gepubliceerd door de American Psychiatric Association (APA, 2014). Het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5), zoals de ondertitel luidt, bevat — aldus de uitgever van de Nederlandse editie — ‘de actuele classificatie van psychische stoornissen. Het biedt een systematische

onderverdeling, van de meest voorkomende tot de zeldzaamste stoornissen, met alle bijbehorende criteria' (Boom 2022).

De eerste versie van de DSM, gepubliceerd in 1952, was een direct gevolg van het succes van de beweging die door Watson was ingezet, het Behaviorisme. Het Behaviorisme omarmde het Stimulus-Respons-paradigma (SR), de Cartesiaanse gedachte dat een externe prikkel leidt tot een reactie van het organisme (Thomas, 2020). Watson (1913) stelde dat ieder menselijk en dierlijk handelen het gevolg was van prikkels uit de omgeving. Een consequentie daarvan is dat gedrag van mens en dier voorspelbaar is mits de omgevingsfactoren bekend zijn.

Cognitieve gedragstherapie / het Stimulus-Responsparadigma

Een strikt gehanteerd uitgangspunt van het Behaviorisme was objectiviteit. Theorievorming diende gebaseerd te worden op observeerbaar gedrag. Dankzij nauwkeurige observatie en uitgekende experimenten bleek het Behaviorisme in staat te verklaren hoe mens en dier leren. Een van de uitvloeisels hiervan was de eerste (natuur)wetenschappelijke behandelmethodes voor psychische problemen: Gedragstherapie (GT). 'Volgens gedragstherapeuten hebben mensen met mentale stoornissen verkeerde gedragingen geleerd. Die moeten afgeleerd worden en vervangen door beter aangepaste reacties' (Brysbart, 2013, p. 658). Dat is zuiver behavioristisch en dus ook zuiver SR-denken.

In de loop van de 20^{ste} eeuw kwam het Behaviorisme onder vuur te liggen. De werking van GT bleek beperkt. Psychiater Aaron T. Beck (1976) lanceerde bij wijze van reactie een theorie die in tegenstelling tot gedragstherapie wél keek naar wat zich in het hoofd afspeelde. Beck stelde dat stoornissen juist veroorzaakt worden door verkeerde of verkeerd verwerkte cognities. De genezing daarvan — Cognitieve Therapie (CT) — was gelegen in het 'uitdagen' van onjuiste denkbeelden. De kloof met het recente verleden

kon niet dieper zijn, zo leek het. De psychologie keerde terug naar het onderzoeken van processen die in het hoofd plaatsvonden, niet zichtbaar waren en ook niet meetbaar (o.a. Beck, 1976; Ellis, 1958). CT is dus in beginsel niet-behavioristisch en derhalve niet ondergeschikt aan het SR-paradigma.

Het Behaviorisme leek terrein te verliezen en daarmee kwam het SR-paradigma onder druk te staan. Opmerkelijk genoeg gingen GT en CT echter samen op in iets nieuws. Behaviorisme — dat stelde dat alleen het observeerbare ertoe deed — en de cognitieve beweging — die zich principieel richtte op onzichtbare fenomenen — bleken in staat zich met elkaar te verenigen zonder dat het onderliggende paradigma sneuvelde. 'In the process of merging BT and cognitive therapy, the behavioural emphasis on empiricism was absorbed into cognitive therapy. The behavioural style of conducting empirical outcome research was adopted, with its demands for rigorous controls, statistical designs, treatment integrity and credibility, and so forth. In turn, cognitive concepts were absorbed into BT, and cognitive therapists made greater use of behavioural experiments (Rachman, 2015).' Met andere woorden: GT en CT smolten samen tot CGT en die nieuwvorming voegde zich in het SR-paradigma.

Het medisch model

Het SR-paradigma claimt voorspelbaarheid en legt daarmee een basis voor deskundigheid. Als er maar voldoende factoren bekend zijn, kan een deskundige een verklaring voor gedrag geven. Deze redenering vormt dus de rechtvaardiging van een expertmodel in de geestelijke gezondheidszorg, een medisch model waarin de behandelaar kennis koppelt aan waarnemingen en de 'patiënt' 'behandeld wordt'. From a pragmatic perspective, 'medical model' refers to any system that medical professionals (referred to as 'physicians') use in clinical work and research. (...) Models of explanation are used to describe the nature of these problems and how these problems came about.

This definition can broadly also include psychodynamic and CBT models (both developed by physicians) (Huda, 2021).

Professionals die werken volgens het medische model worden geregistreerd in het register voor Beroepen in Individuele Gezondheidszorg (BIG) dat de wettelijke kaders aangeeft waarbinnen zij dienen te handelen. Hoewel deze professionals binnen de Zorgverzekeringswet allemaal dienen te werken met Diagnose-Behandel Combinaties (DBC's) is het volgens de BIG de behandelaar die bepaalt welke behandeling er wordt gegeven.

En hoe dat vormgaf aan een belangenconflict

Hoewel de minister de regie van de gezondheidszorg uiteindelijk in handen gaf van de zorgverzekeraars (Jeurissen & Maarse, 2021), kon hij dankzij de BIG de autonomie van de behandelaren niet aantasten. De regisserende zorgverzekeraar kon zich daardoor niet met de inhoud van de behandeling bemoeien, maar slechts met tarieven en omstandigheden.

Dit opmerkelijke belangenconflict komt o.a. tot uitdrukking in de facturatie. De behandelaar stelt een DSM-diagnose op en begint op basis daarvan een behandeltraject — de start van de DBC. Na een jaar wordt dit traject afgesloten en gefactureerd, waarbij de duur van de behandeling in combinatie met de diagnose bepalend is voor de prijs van de DBC. Wordt de behandeling binnen het jaar gestaakt, dan wordt er meteen na afsluiting gedeclareerd, wederom op basis van behandelduur en diagnose. Of de behandelaar de betreffende protocollaire behandeling uitvoert of niet valt door de verzekeraar niet te controleren. Het staat een behandelaar of instelling immers vrij om een methode van eigen voorkeur te gebruiken (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Zelfs de juistheid van de diagnose is voor de zorgverzekeraar onbetwistbaar.

Met andere woorden, het tarief hing samen met de DSM, maar niet per se met de soort therapie. En het totaal van de zorguitgaven in de SGGZ kwam tot stand in een krachtenspel tussen cliënt, behandelaar en zorgverzekeraar (KPMG, 2015), waarbij de zorgverzekeraar zo goed als niets kon doen aan budgetoverschrijdingen.

Of de ZVW de GGZ beter en efficiënter maakte

Alle goede bedoelingen ten spijt leverde het DBC-systeem niet op wat de politiek ervan had verwacht. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 stegen de kosten van de curatieve GGZ (tussen 2009 en 2011) van 3,7 naar 4,3 miljard euro (ruim 16%) en daalden vervolgens tot 4,1 miljard in 2015 (Algemene rekenkamer, 2017, p. 7). In diezelfde periode nam het aantal patiënten toe van 1,1 miljoen (in 2009) tot 1,3 miljoen (2011) om vervolgens te dalen tot 1,0 miljoen in 2015 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). Voorzover de stelselwijziging van 2006 was gericht op het verlagen van de kosten van geestelijke gezondheidszorg — een van de redenen om ‘marktwerking’ in te voeren — valt het resultaat vanuit maatschappelijk standpunt (d.w.z. voor de belastingbetaler) tegen. In 2015 waren de nominale kosten van de curatieve GGZ 10,8% hoger dan in 2006; gecompenseerd voor inflatie 2,1% lager (CBS, 2016). Per saldo was de GGZ dus ietsje goedkoper geworden. Het aantal behandelde patiënten was echter in diezelfde tijd met 11% afgenomen.

De verlaging van de kosten was dus mislukt, mogelijk mede veroorzaakt doordat de regierol van de zorgverzekeraars feitelijk onuitvoerbaar was. Zo concludeerde de Algemene rekenkamer: ‘In de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars niet kunnen inkopen op prijs en kwaliteit, omdat zij onvoldoende informatie hebben, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg. In plaats daarvan onderhandelen zorgverzekeraars met

zorgaanbieders over de hoogte van financiële plafonds tot waar de declaraties van de zorgaanbieders worden vergoed' (Algemene rekenkamer, 2017).

Ondanks de per saldo gestegen kosten bleef de curatieve GGZ binnen de financiële kaders die de minister had gesteld, maar hoe het zat met de kwaliteit van de zorg bleef ongewis. Wat gaandeweg wel duidelijk werd was dat het beleid ten koste ging van de efficiëntie. In 2017, ruim een decennium na invoering van de ZVW bedroeg de wachttijd voor ruim 80% van alle diagnoses meer dan negen weken, met uitschieters tot 34,6 weken (Vektis, 2019). Er wachtten in mei 2021 ruim 75.000 mensen op geestelijke gezondheidszorg, bijna 6% van het aantal van 1,2 miljoen personen dat (een jaar eerder) in behandeling was (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). Voor 27.000 personen duurde de wachttijd langer dan de door het veld als aanvaardbaar ingestelde Treenorm van maximaal veertien weken (Nederlandse Zorgautoriteit, Informatiekaart wachttijden ggz 2021). Volgens de betrokkenen komt dat deels doordat werknemers in de GGZ 40% van hun tijd aan administratie besteden (Hanekamp, Heesbeen, & Van der Helm, 2019), redelijk in lijn met de kritiek die er al voor invoering van de ZVW was geuit. Bestrijden van die administratieve last was voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA³) dan ook een van de redenen om een nieuwe stelselwijziging aan te bevelen.

Terug naar de punten waarop de gelijkschakeling plaatsvond

Voordat de ZVW DSM-diagnostiek en het medisch model tot kernpunten van de gelijkschakeling maakte, waren er binnen de psychologie ontwikkelingen in andere richting gaande. Zo bestonden er cliëntgerichte benaderingen waarbinnen de therapeut eerder de gelijke van de 'cliënt' was dan de 'deskundige die een patiënt behandelde'.

³ De NZA is een zelfstandig bestuursorgaan dat toezicht houdt op zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Grondlegger van die aanpak was Carl Rogers, die daar overigens al in tweede helft van de 20^{ste} eeuw over publiceerde (Rogers, 1951).

Het medische model

Binnen de GGZ is het medische model niet evident geschikt. Bij diagnostiek is de cliënt immers de bron van de meeste — zo niet alle — informatie en bij de behandeling moet er bij de patiënt ‘een knop om’ waar de expert niet bij kan. Bohart (2000) concludeert dat de cliënt de belangrijkste factor in de behandeling is. Hij stelt dat de bijdrage van de therapeut gering is, zoals onder meer blijkt uit het feit dat zelfhulpboeken in veel gevallen echt resultaten opleveren. ‘In sum, the evidence that it is therapists and their powerful interventions which make therapy work is sparse. A much more plausible explanation is that the healing force in therapy primarily comes from the “dependent variable” side of the equation — the client.’

Het medische model leidt in de praktijk dan ook tot kunstgrepen als ‘shared decision making’. De beschrijving van de diagnostische cyclus in het *Handboek Generalistische GGZ* is wat dat betreft exemplarisch. Schematisch samengevat verloopt die diagnose als volgt: de patiënt komt met een klacht, wordt bevraagd door de behandelaar en wordt op basis daarvan geconfronteerd met een aantal vragenlijsten, waarna hij door de therapeut/analist de oplossing krijgt aangereikt (Hutschemaekers et al., 2019). In alle stadia van het proces dient de behandelaar de patiënt ‘eigenaar te maken’ (sic) van respectievelijk het ‘probleem’, de ‘oplossing’, de ‘uitvoering’ en het ‘proces’. Dit alles in het kader van de ‘zelfregie’.

DSM-diagnostiek

In psychotherapeutische kringen werd ook openlijk getwijfeld aan de toepasbaarheid van de DSM. Critici waarschuwden al jaren voor de problemen die

samenhingen met de DSM-logica. Naar hun mening was de DSM ongeschikt om te dienen als uitgangspunt van behandeling (Hoogduin et al, 1999).

Enkele jaren na invoering van de ZVW formuleerde psychiater Allen Frances nog fundamentele kritiek op de DSM-V (Frances & Dayle Jones, 2014). Hij betichtte de samenstellers van de vijfde editie van de DSM, verschenen in 2013, van een ondoorzichtig proces, onrealistisch ambitieuze hoop, tekortschietend in uitvoering en gevaarlijk qua uitkomsten. Dat komt volgens hem onder andere in een verlaging van drempelwaarden voor het verkrijgen van een classificatie, waardoor miljoenen gezonde mensen zullen worden gemisdiagnosticeerd als geestesziek, worden gestigmatiseerd en ten onrechte onderworpen aan behandeling en onderzoek. Frances, nota bene zelf voorzitter van de stuurcommissie die de DSM-IV had samengesteld, beweerde dan ook dat de APA haar geloofwaardigheid heeft verloren en adviseerde daarom gebruikmaking van de concurrerende International Classification of Diseases (ICD).

Acht jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet schrijft Scheepers, hoogleraar innovatie in de GGZ aan het UMC Utrecht, over de problemen die zij in haar vak tegenkomt (Scheepers, 2021, pp. 40-41). Ter illustratie hiervan citeert zij de kritiek op de DSM van een groep Britse wetenschappers (Dalglish, Black, & Johnston et al., 2020):

1. De onderliggende processen van de verschillende 'stoornissen' worden niet goed begrepen, worden te weinig beschouwd vanuit een sociaal-maatschappelijke context en houden zich niet aan de grenzen van de DSM. (Angstregulatie is bijvoorbeeld een proces dat bij meerdere stoornissen een rol lijkt te spelen).

2. Symptomen zijn dimensionaal en niet binair.

3. Er zijn meer mensen die verschillende stoornissen tegelijkertijd hebben dan mensen met een keurig afgegrensde stoornis.

4. Er is binnen één enkele stoornis extreem veel variatie. Er werd bijvoorbeeld uitgerekend dat bij depressie 16.400 verschillende symptoomprofielen mogelijk zijn en bij posttraumatische stressstoornis zelfs 636.120.

5. Er zijn geen heldere en eenduidige instrumenten om een diagnose te stellen. Zo zijn er voor depressie 120 verschillende vragenlijsten ontwikkeld, die geen van alle op precies dezelfde symptomen zijn gericht.

6. Mentale symptomen en problemen wisselen in ernst tijdens het leven. Het zijn dus geen statische maar dynamische fenomenen.

7. Veel psychiatrische interventies zijn effectief bij een meerderheid van de stoornissen, en er zijn nauwelijks tot geen interventies die specifiek zijn voor een bepaalde stoornis.

Hoe de praktijk pragmatisch omging met een ongeschikt instrument

Doordat de DSM in de loop der jaren steeds uitgebreider en fijnmaziger werd in zijn beschrijving van aandoeningen, nam ook het aantal mogelijke diagnoses toe. Een van de problematische gevolgen daarvan was dat cliënten steeds vaker meer dan één diagnose kregen. Comorbide aandoeningen waren dan ook 'eerder regel dan uitzondering' (Korrelboom, 2018, p. 52). Johansson, Carlbring, en Heedman et al. (2013) constateren dat bijna 50% van de deelnemers aan een Zweeds onderzoek lijdt aan comorbide aandoeningen. Sterker nog, die verschillende problemen zijn veelal met

elkaar verweven. Zo constateren Brière, Rohde, en Seeley et al. (2014) bijvoorbeeld dat zware depressie en alcoholmisbruik bidirectioneel samenhangen.

Strikt genomen had dat er binnen de DBC-structuur toe moeten leiden dat er voor elke comorbide cliënt meerdere DBC's werden geopend, die een voor een werden uitgevoerd. In de praktijk werd er vermoedelijk op grote schaal afgeweken van deze voorgeschreven manier van werken. In de eerste plaats omdat serieel behandelen onrealistisch was vanwege de verwevenheid van de klachten, in de tweede plaats omdat het cliëntonvriendelijk is om comorbide cliënten na elke afgeronde DBC terug te sturen naar de huisarts voor een nieuwe verwijfsbrief om vervolgens te worden behandeld voor de 'volgende' aandoening. Therapieën waarin een breder spectrum aan klachten tegelijk wordt behandeld verwerven in de DBC-tijd onder de term transdiagnostiek een soort geuzenstatus (zie Tabel 1).

In de meest recent gepubliceerde cijfers rapporteert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS⁴) dat er in 2017 ca 860.000 DBC's actief waren, verdeeld over 700.000 personen (Broekman, 2019). In het uiterste geval — dat er geen enkele cliënt meer dan twee DBC's heeft —, komt dat neer op 160.000 mensen (23%) met twee DBC's en 540.000 mensen (oftewel 77%) met een enkele DBC. Dat zit onrealistisch ver af van de 50% die Johansson et al. (2013) vonden. Het lijkt derhalve waarschijnlijk dat veel tweede (en volgende) diagnoses niet werden gesteld oftewel dat er werd doorbehandeld binnen de oorspronkelijke DBC zonder dat daarvan melding werd gemaakt aan de zorgverzekeraar.

⁴ Het CBS is een zelfstandig bestuursorgaan, gefinancierd door de rijksoverheid, bij wet ingesteld. Het verzamelt en publiceert gegevens om maatschappelijke debatten op basis van betrouwbare statistische informatie mogelijk te maken.

Het Zorgprestatie­model 2022

De volgende stelselwijziging vond slechts zestien jaar na de invoering van de ZVW plaats. De beleidsmakers leken te hebben geluisterd naar 'het veld', want per 1 januari 2022 werd voor de GGZ (en de Forensische Zorg) de DBC-structuur formeel afgeschaft en vervangen door het 'zorgprestatie­model' (ZPM). De NZA bepleitte de tweede stelselwijziging in korte tijd met als belangrijkste argumenten dat het nieuwe systeem eenvoudiger is, dat aan de factuur van de behandelaar beter is af te lezen welke prestatie er is geleverd en dat het ZPM minder administratie vereist (Zorgprestatie­model GGZ & FZ, z.d.) Het gaat dus om eenvoud, transparantie en vermindering van de administratieve druk.

Het ZPM vormt derhalve geen breuk met het verleden, maar is vooral een aanpassing van het bestaande systeem. Het neoliberale principe van de marktwerking blijft bestaan, dezelfde instanties blijven verantwoordelijk voor dezelfde taken. Zorgverzekeraars vergoeden, therapeuten behandelen, BIG-geregistreerden bepalen welke behandelingen er wel en niet worden uitgevoerd.

Hoewel het ZPM geen aanpassing vormt aan behandelprincipes of -inzichten, is de stelselwijziging indirect toch inhoudelijker dan ze lijkt. En ook inhoudelijker dan wordt verantwoord, overigens. Vanaf 1-1-2022 wordt in twee jaar tijd de DSM-diagnostiek uitgefaseerd. Daarmee vervalt de koppeling van facturatie aan dit soort diagnostiek en daarmee de administratieve gelijk­schakeling tussen somatische zorg en GGZ. In de begeleidende documentatie bij het ZPM wordt niet toegelicht hoe principieel deze ingreep is.

Op verzoek van de zorgverzekeraars wordt er een andere klachtenevaluatie ingevoerd aan de hand van de uit het Engels vertaalde Health of the Nation Outcome

Scales (HONOS)-lijst (Wing, Beevor, & Curtis et al., 1998). Hiermee worden het 'zorgvraagtype' en de 'zorgzwaarte' vastgesteld (Zorgprestatie model GGZ & FZ, z.d.).

De DSM-diagnostiek wordt dus vervangen door een alternatieve klachtenevaluatie, die iets anders werkt, maar hetzelfde doel dient: inzicht krijgen in wat de patiënt mankeert en een inschatting maken van hoeveel er van welke therapie aan zal moeten worden besteed om die klachten te reduceren. Tot zover is het ZPM een mineure aanpassing aan het ZVW. Maar wat wordt er dan bedoeld met eenvoud, transparantie en vermindering van de administratieve druk?

Wat 'eenvoud' inhoudt

Wat er precies wordt bedoeld met eenvoud is onduidelijk. Mogelijk duidt het op de complexiteit van diagnostiek, declaratie en dossiervorming, maar dit wordt in de beschikbare publicaties niet gespecificeerd. Het zou ook de ietwat exotische manier van factureren kunnen betreffen die binnen de DBC-structuur gebruikelijk was. DBC's werden gefactureerd na afsluiting van het behandeltraject, of — als dat eerder was — na afloop van een kalenderjaar. De facturen konden zodoende hoog oplopen voor cliënten, en behandelaren konden bijzonder lang zitten te wachten op uitbetaling. Om te voorkomen dat vrijgevestigde behandelaren hun inkomsten pas na een jaar ontvingen, verplichtte de politiek de zorgverzekeraars tot permanente 'bevoorschotting', hetgeen de situatie nogal complex maakte (Bohn Stafleu van Loghum, 2011). In het ZPM wordt er onmiddellijk of maandelijks afgerekend, waardoor facturen per definitie lager zijn én er voor alle partijen eerder inzicht is in de financiële consequenties én de zorgverzekeraar niet ook nog bank van lening hoeft te spelen voor de GGZ.

Voor de zorgverzekeraars was een nadeel van de langlopende DBC's dat het late inzicht in de financiële consequenties ook maakte dat er een grote vertraging ontstond bij het nemen van beleidsbeslissingen.

Wat 'transparantie' inhoudt

De term transparantie lijkt te slaan op de door de overheid ongewenste manier waarop een tweetal artefacten van de DBC-structuur vorm had gekregen. De DBC-structuur had namelijk geleid tot strategisch declaratiegedrag dat vervolgens door de NZA werd gekwalificeerd als 'perverse prikkels' (Zorgprestatie model GGZ & FZ, p. 20).

De eerste van die artefacten wordt in de documentatie toegelicht met een verwijzing naar de nieuwe structuur waarin op de factuur moet komen te staan wie de behandelaar was. Binnen de DBC-structuur ontbrak die verantwoording, waardoor behandelingen werden gedeclareerd tegen dezelfde prijs ongeacht het niveau — en het salaris — van de behandelaar. De declaratieregels maakten geen onderscheid, maar de CAO-tarieven wel. In grote instellingen, waar de overhead zwaar drukt op het budget, heeft dat er mogelijk toe geleid dat de laagstbetaalde behandelaren de therapieën uitvoerden.

Het tweede artefact was ontstaan door de indeling van DBC's in staffels, waarbij er een vergoeding werd gegeven per blok van behandelminuten, ongeacht hoeveel van die behandelminuten er daadwerkelijk was behandeld. Zo bedroeg het tarief van de eerste staffel van de DBC depressie (250 t/m 799 minuten) € 1386,07, de tweede staffel (800 t/m 1799 minuten) € 2736,19 en de derde (1800 t/m 2999 minuten) € 4972,69 (Eiswijzer, 2021). Die systematiek bevatte logisch geredeneerd twee perverse prikkels. De eerste was dat het voor de behandelaar financieel zeer gunstig uitpakte om een drempel tussen twee staffels te overschrijden. De tweede was om in de nieuwe staffel

een zo gering mogelijk aantal behandelminuten te werken. Minuut 800 leverde immers € 2736,19 op, alle volgende minuten tot aan 1800 niets.

Wat 'administratieve druk' inhoudt

Dat de complexiteit van facturatie, diagnostiek en verslaglegging had geleid tot de eerdere genoemde administratieve druk van 40% leidt geen twijfel. Bij het ontwerpen van het ZPM zal het reduceren van die overhead ongetwijfeld een grote rol hebben gespeeld. Het is immers inefficiënte bedrijfsvoering om hoogopgeleide zorgmedewerkers 40% van hun tijd iets anders te laten doen dan behandelen. Het ZPM lijkt de verlaging van de administratieve druk deels te willen bewerkstelligen door afschaffing van de DBC-structuur en deels door versimpeling van de facturatie. Daarnaast wordt er iets bijzonders gedaan met de financiële consequenties van de administratieve druk binnen het ZPM. 'Indirecte tijd' wordt namelijk niet langer afzonderlijk vergoed, maar in plaats daarvan wordt het uurtarief verhoogd (Zorgprestatie model GGZ & FZ, p. 20). Dat is een kwestie vestzak-broekzak, maar het scheelt het afzonderlijk administreren van indirecte tijd...

Of marktwerking wel de oplossing was

Vanuit de beleidsmakers die aan de wieg hadden gestaan van de marktwerking in de zorg was neo-liberaal beleid in zekere zin het standaardantwoord op elke maatschappelijke vraag. Dat gold met name voor de liberaal Hans Hoogervorst, minister van Volksgezondheid van 2003 tot 2007. Privatisering leek sinds begin jaren '80 politiek gezien eerder doel dan middel. De spoorwegen, de postbestelling, telefonie en tal van andere nutsbedrijven en andere staatsvoorzieningen gingen over in particuliere handen omdat de overheid vanuit de heersende filosofie zich niet met uitvoering moest bezighouden, maar slechts met het formuleren van beleid (Friedman, 1953). In een vrij

spel van vraag en aanbod zou volgens economische wetten de kwaliteit stijgen en de prijs dalen.

In Nederland was de gezondheidszorg een van de laatste diensten die na de millenniumwisseling nog grotendeels door de overheid werd bestuurd. Voor Hoogervorst, de eerste liberale minister van volksgezondheid in twee decennia, was het in 2006 derhalve bijna een ideologische plicht geweest om marktwerking in de zorg te introduceren.

De met de ZVW beoogde kostenreductie was echter mislukt, want de kosten van de curatieve GGZ per patiënt waren na 2006 gestegen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). De kwaliteitsverbetering bleek niet meetbaar (zie p. 30) en de groeiende wachtlijsten tonen aan dat veel cliënten überhaupt niet werden geholpen — hetgeen in de GGZ zeer ernstige consequenties kan hebben. ‘Crisis in de GGZ,’ werd een veelgelezen kreet in de media (Voss, 2021 en Stroër, 2021), wat aanleiding had kunnen — of moeten? — zijn voor een fundamentele analyse van het systeem en zijn uitgangspunten. Daarbij had de vraag gesteld kunnen worden of het neoliberale denken zich wel moet uitstrekken tot de zorg. Was ‘zorgmarkt’ geen *contradictio in terminis*?

Als die analyse voorafgaand aan de invoering van het ZPM al heeft plaatsgevonden, dan is ze zeker niet meegenomen in de besluitvorming. Geen van die argumenten wordt namelijk genoemd. Het feit dat de zorg commercieel is geworden, wordt dan ook niet aangepast, maar wel werd er ingegrepen in het verdienmodel van de GGZ, want daarin kwamen de genoemde ‘perverse prikkels’ voor. Maar zijn financiële prikkels niet juist een kenmerk van marktwerking? En is het achteraf niet merkwaardig — om niet te zeggen hypocriet — om zulke prikkels ‘pervers’ te noemen?

Ontkoppeling GGZ van de somatische zorg

Door de afschaffing van de DBC-structuur wordt voor de GGZ de logica losgelaten dat een behandeling in principe is gebaseerd op een medische diagnose. Zodoende werd in 2022 de koppeling die in 2006 tot stand was gekomen tussen de GGZ en de somatische zorg ongedaan gemaakt. Werd daarmee impliciet erkend dat geestelijke zorg een ander soort 'product' is dan somatische zorg?

Er is een cruciaal argument te maken voor die ontkoppeling, te weten dat in de GGZ de cliënt de enige informatiebron is van de behandelaar. Scans, bloedanalyse en allerlei andere technieken uit de somatische zorg maken dat de patiënt in zekere mate een object van diagnose en behandeling is. In de GGZ wordt daarentegen alle diagnostische kennis door de cliënt zelf verstrekt, al is het via 'meetinstrumenten' als vragenlijsten. Opmerkelijk genoeg werd bij de invoering van het ZPM dit argument niet gegeven door de beleidsmakers. Wel wordt in de nieuwe situatie een diagnostisch oordeel gevraagd van de behandelaar dat niet is gebaseerd op DSM-diagnostiek. Daar valt veel over te zeggen. In de eerste plaats lijkt het een tijdsbesparing, maar dat is het uiteraard alleen als de behandelaar die diagnostiek ook niet meer verricht. Doet hij of zij dat wel, dan is dat voor eigen rekening. In de tweede plaats wordt hier gebroken met de evidence-based practice (EBP), waar de WRR nu juist zo'n voorstander is (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021). In de derde plaats leidt dit ertoe dat het — mogelijk subjectieve — oordeel van de behandelaar zwaarder gaat wegen. Dat versterkt de positie van de behandelaar en bekrachtigt dus het medische model.

Of het ZPM de problemen oploste

Bij gebrek aan inhoudelijke argumenten van de beleidsmakers laat zich min of meer raden welke overwegingen hebben geleid tot deze tweede stelselwijziging. Het

principe van de zorgmarkt moest kennelijk overeind blijven, maar er werd gepoogd de constructiefouten uit het systeem te halen. Eenvoud, transparantie en verlaging van administratieve druk voegen immers niet direct iets toe aan de kwaliteit van de zorg als geheel of die van behandelingen in het bijzonder.

De kwaliteit van de verleende zorg werd bij de invoering van het ZPM overigens niet genoemd. Was de beoogde kwaliteit wellicht al bereikt? Het lijkt waarschijnlijker dat de beleidsmakers zich hadden neergelegd bij de vaststelling van de Algemene Rekenkamer (2017) 'dat zorgverzekeraars niet kunnen inkopen op prijs en kwaliteit, omdat zij onvoldoende informatie hebben, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg. In plaats daarvan onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de hoogte van financiële plafonds tot waar de declaraties van de zorgaanbieders worden vergoed.'

De WRR benadrukte derhalve alleen dat de GGZ uitsluitend dient te werken volgens wetenschappelijk bewezen methoden (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Was dat een verholen verwijt dat er in de DBC-jaren te veel was afgeweken van wetenschappelijk bewezen methoden? Of sprak hieruit angst voor de gevolgen van het loslaten van de door EBP voorgeschreven DSM-diagnostiek? Een toelichting ontbreekt, wat ruimte laat voor de gedachte dat de roep om wetenschappelijkheid een sneer was naar de behandelaren die van de wetgever mogen doen wat ze willen.

Bij het schrijven van deze masterthesis zijn er nog nauwelijks gegevens beschikbaar over de werking van het ZPM in de praktijk. Niettemin valt er vanuit de structuur van het ZPM wel iets te voorspellen over de te verwachten resultaten.

Nogmaals eenvoud

De structuur van facturatie lijkt eenvoudiger binnen het ZPM. Facturen moeten sneller worden ingediend en zullen voortvarender worden betaald. De facturenstroom

neemt echter enorm toe in omvang nu er maandelijks zal worden afgerekend in plaats van jaarlijks. Dus of deze ingreep voordeel oplevert is onduidelijk.

Nu facturatie op maandbasis geschiedt kunnen zorgverzekeraars sneller beleidsbeslissingen nemen. Dat lijkt althans zo. Binnen de ZVW waren de bedragen weliswaar lager, maar de facturen kwamen gedurende het hele jaar door binnen, waardoor zorgverzekeraars toch voortdurend inzicht hadden in de stand van zaken. De machtsverhouding tussen zorgverzekeraars en behandelaren blijft binnen de nieuwe situatie bestaan. Hoeveel invloedrijker beleidsbeslissingen van zorgverzekeraars kunnen worden zolang ze te maken hebben met behandelaren die met een beroep op de BIG autonoom mogen handelen, blijft de vraag.

Dankzij het feit dat geldstromen niet meer aangroeien tot stuwmeren, kunnen de zorgverzekeraars stoppen met 'bevoorschotting'. Het vervallen van deze bankfunctie — met alle daarbij behorende administratie — zal de situatie voor de betrokkenen ongetwijfeld overzichtelijker maken. Voorafgaand aan de invoering van het ZPM wees de LVVP echter alweer op te verwachten frictieproblemen bij het uitkeren van behandelvergoedingen (LVVP, 2021).

Nogmaals transparantie

De kloof tussen behandel tarief en CAO-loon lijkt gedicht. Het tarief dat wordt uitgekeerd is dat van de feitelijke behandelaar. Deze correctie levert geen bijdrage aan de kwaliteit van de zorg, maar wel aan de betaalbaarheid ervan, verondersteld dat de zorgverzekeraars deze meevaller doorberekenen in hun premies. Hoe groot deze post is, is niet bekend.

De door middel van de staffels ingebouwde 'perverse prikkel' is uitgebannen. Dat voorkomt overbodige handelingen die alleen tot doel hadden de volgende drempel te halen en zodoende de prijs van de DBC te verhogen. Aan de andere kant bevat het ZPM

weer nieuwe perverse prikkels die ongetwijfeld tot nieuwe vormen van strategisch declareren gaan leiden. Zo gaat voor intakesessies een hogere vergoeding gelden dan voor behandlesessies. Aan het aantal intakesessies wordt echter geen limiet wordt gesteld (Nederlandse Zorgautoriteit, Informatiekaart wachttijden ggz 2021). Er zullen in de nieuwe structuur dus ongetwijfeld meer intakesessies worden gedeclareerd in verhouding tot het aantal behandlesessies, aangezien die meer opleveren. Er zijn vermoedelijk andere nieuwe mogelijkheden tot strategisch declareren ingebouwd, maar die ontbreken hier omdat het in kaart brengen daarvan niet het doel was van deze masterthesis.

Nogmaals administratieve druk

Er wordt in het ZPM beoogd om werknemers in de GGZ dankzij versimpelde facturatie en algehele reductie van administratietijd meer tijd te laten overhouden om cliënten te zien. Het is echter onduidelijk hoe de nieuwe manier van factureren de behandelaar of de instelling tijd gaat schelen. Er moet in elk geval veel vaker worden gefactureerd nu er een maandtermijn is ingevoerd. Verslaglegging van wat er in de therapie is besproken blijft eveneens verplicht. Bovendien moet er in de overgangperiode zowel met de HONOS als met de DSM worden gediagnosticeerd.

Hoeveel tijd scheelt het behandelen als ze — over twee jaar — geen DSM-diagnoses meer hoeven te stellen? Het afnemen van veel vragenlijsten verliep al geruime tijd online, zonder inmenging van de behandelaar, dus dat was redelijk efficiënt (Allard, Butler, & Faustet al 1995). De populariteit van websites als Therapieland.nl — een online-platform waarop cliënten de vragenlijsten ongesuperviseerd kunnen invullen — suggereert dat behandelen een fors deel van het diagnostiekwerk al hadden geautomatiseerd. Interpretatie van de resultaten en terugkoppeling kostten nog altijd wel minimaal één sessie. In totaal duurt het stellen van de diagnose zodoende minstens

één sessie, met uitlopers naar drie (Hutschemaekers, Nekkers, & Tiemens, 2019). Het potentieel vervallen van die sessies door afschaffing van DSM-diagnostiek kan dus een besparing opleveren.

Dat behandelaren geen DSM-diagnostiek meer hoeven te verrichten, wil echter niet zeggen dat ze het ook niet meer willen, of doen. De autonome behandelaar die zich senang voelt bij DSM-diagnostiek kan er rustig mee doorgaan, maar zal die inspanning feitelijk in zijn eigen tijd en voor eigen kosten verrichten. Van een besparing is dan dus geen sprake, althans niet voor de behandelaar.

Een deel van de besparing — als die er al is — zal bovendien verloren gaan doordat de behandelaar de HONOS-lijst moet invullen (Wing, Beevor, & Curtis et al., 1998). De HONOS is betrekkelijk kort en datzelfde geldt voor de speciaal voor het ZPM uitgebreide versie ervan, de HONOS+. Deze bestaat uit zes onderdelen A t/m E en Q, waarvan A is onderverdeeld in 13 vragen. Hoelang afname in beslag neemt, is niet bekend, maar een kwartier lijkt een redelijke schatting. Dat betekent tijdwinst. Aangezien dit hulpmiddel echter mede tot doel heeft om de voortgang te meten, kan het niet anders of het moet meermalen gedurende de behandeling worden afgenomen, door de behandelaar. Bij een gemiddelde sessieduur van ca. drie kwartier kost diverse keren de HONOS afnemen in de loop van een behandeltraject dus ook al snel een sessie.

Kortom, het is onduidelijk of de binnen het ZPM nagestreefde reductie van de administratieve druk behaald zal worden. Het heeft er de schijn van dat wat er met de ene hand wordt gegeven met de andere weer wordt afgenomen. Hoe groot de werkelijke besparing in tijd, geld en werkdruk uiteindelijk zal zijn, valt op dit moment dan ook nog niet te zeggen.

Evaluatie van twee stelselwijzigingen

De ZVW heeft voor de GGZ niet gebracht wat ervan werd verwacht, namelijk kwaliteitsstijging en prijsverlaging. De conclusie van beleidsmakers is klaarblijkelijk geweest dat het ZVW moest worden aangepast in plaats van afgeschaft. Die aanpassing, het ZPM, vertoont in theorie al enkele tekortkomingen en lijkt een aantal van de problemen van de ZVW niet of slechts gedeeltelijk op te lossen. Het ziet er zodoende naar uit dat betreffende de GGZ de neoliberale ‘marktwerking in de zorg’ ook in tweede instantie niet het gewenste resultaat zal opleveren.

Een inhoudelijke benadering

Wat vooral opvalt aan de twee stelselwijzigingen is dat de respectievelijke gelijkschakeling en ontkoppeling van de GGZ met de somatische zorg verliepen zonder argumentatie, inhoudelijk of anderszins. Dat lijkt erop te duiden dat men op beleidsniveau niet weet wat men met de GGZ aan moet. Is het een medische of paramedische aangelegenheid? Of toch iets anders?

Toezichthouder WRR dringt erop aan dat er — bij het ontkoppelen van de somatische zorg — tenminste moet worden vastgehouden aan ‘wetenschappelijk bewezen methoden’. De ‘wetenschappelijk bewezen methoden’ zijn echter zelf problematisch. De inhoudelijke debatten op het gebied van de klinische psychologie van de afgelopen decennia gaan in belangrijke mate over problemen met de diagnostiek en het ontbreken van bewijs van de effectiviteit van behandelmethoden in de GGZ. Met andere woorden, de kritiek van o.a. Scheepers (2021) en Dalglish et al. (2020) kan worden opgevat als signaal dat de wetenschap het antwoord niet kan vinden op de vraag hoe de GGZ moet (be)handelen. Datzelfde valt op te maken uit een rapportage van Pim Cuijpers, hoogleraar klinische psychologie aan de VU en verbonden aan de WHO, over het gebrek aan bewijs van effectiviteit van behandelmethoden in de GGZ (Cuijpers,

2010). Tot een vergelijkbare conclusie kwam Kendler (2008), toen hij stelde dat GGZ-problematiek complex is en binnen de huidige stand van de wetenschap niet wordt doorgrond.

Effectiviteit van behandelmethoden als probleem

Dit gebrek aan begrip vertaalt zich in de (geringe) effectiviteit van behandelingen. Een schrijnend voorbeeld hiervan wordt aangedragen door Kok, Van Rijsbergen, en Elgersma et al. (2011), die hun bevindingen publiceerden onder de veelzeggende titel 'Huidige behandeling depressie is weggegooid geld'. Zij stelden vast dat de jaarlijkse kosten van behandeling tegen depressie € 660 miljoen bedragen. Naast die directe behandelkosten lijdt de economie € 950 miljoen schade door productieverlies ten gevolge van uitval door depressiviteit. Behalve de persoonlijke tragiek is dus ook het maatschappelijk belang groot. Behandeling van depressie in de GGZ heeft echter nauwelijks resultaat. Uiteindelijk valt 90% van de patiënten terug in een depressie (Kok, et al., 2011), waarvan 35,5% al binnen een jaar (Biesheuvel-Leliefeld, Dijkstra-Kersten & van Schaik et al., 2018).

Uit tal van meta-analyses blijkt dat het helende aspect van CGT bij de meest voorkomende GGZ-diagnosen zeer beperkt is of niet aantoonbaar. Zo blijkt uit een meta-analyse (117 studies) dat slechts 1/8 van de cliënten baat heeft bij CGT-behandeling tegen depressie (Cuijpers, Smit, & Bohlmeijer et al., 2010). Uit internationale meta-analyses wordt dit bevestigd en wordt tevens geconcludeerd dat CGT geen meerwaarde heeft bij de behandeling van schizofrenie, geen terugvalpreventie oplevert bij bipolariteit (Lynch, Laws, & McKenna, 2009) noch resulteert in significante klachtenafname bij een gegeneraliseerde angststoornis (Covin, Ouimel, & Steeds et al., 2008). In een meta-analyse uit 2016 wordt zelfs geconstateerd dat 'de effecten die de

superioriteit van CGT moeten bewijzen klein en goeddeels niet-significant zijn, beperkt tot specifieke symptomen of veroorzaakt door ondeugdelijk onderzoek' (Wampold, Flückiger, & Del Re et al., 2016).

Transdiagnostiek

Een trend in de GGZ die het hoofd probeert te bieden aan de problemen die samenhangen met DSM-diagnostiek is de zogeheten Transdiagnostiek. Vanuit de gedachte dat psychische problemen zelden monomorbide zijn, zijn er de afgelopen decennia diverse therapieën ontwikkeld die uitgaan van onderliggende processen, zoals bijvoorbeeld lage zelfwaardering (Staring, Van den Berg, & Cath et al. (2016) of problemen in de informatieverwerking (Harvey, Watkins, & Mansell et al., 2004). Comorbiditeit vormt in die benadering geen beperking voor de behandeling, maar wordt er het uitgangspunt van.

Het brede spectrum aan transdiagnostische behandelingen laat zien dat transdiagnostiek eerder eclecticisch is dan principieel. CGT-aspecten maken er soms wel en soms niet deel van uit (zie Tabel 1). Zo zien Pankowski, Adler, en Andersson et al. (2017) ACT als een combinatie van CGT met mindfulness, omschrijven Lewey, Smith, en Burcham et al. (2018) EMDR als een combinatie van CGT met exposure; beschrijven Taylor, Bee, en Haddock (2017) schematherapie als een combinatie van CGT, interpersoonlijke psychotherapie, psychodynamische psychotherapie en experiëntiële therapie. Johnson, Hunsley, en Greenberg et al (1999) laten bij de beschrijving van EFT het CGT-aspect helemaal weg; EFT heeft naar hun mening humanistische, systemische, affectieve, hechtingsgerelateerde en experiëntiële kenmerken.

Hechting, mindfulness, affect, ervaringsgerichte en humanistische therapie — het zijn allemaal begrippen die niet stroken met het SR-paradigma. Transdiagnostiek

begeeft zich qua inzichten en qua behandeling buiten de kaders van het SR-paradigma en zal om die reden in het vervolg van dit betoog ook worden aangeduid met de term 'non-SR'.

Transdiagnostische behandelingen zijn inmiddels zo populair dat cursussen erin in ruime mate worden aangeboden door de Regionale Instellingen voor Nascholing en Opleiding (RINO's). Behalve bij de RINO's hebben transdiagnostische behandelingen inmiddels onderdak gevonden bij de grootste beroepsvereniging voor psychologen in Nederland, de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën (VGCT). Het ligt dus in de rede dat ze al jaren volop worden gepraktiseerd.

In de administratie van de zorgverzekeraars zijn deze behandelingen echter niet herkenbaar als transdiagnostisch, vermoedelijk ten gevolge van het dwingende karakter van de DBC-structuur. Conform de BIG-regel die stelt dat de behandelaar autonoom is, hebben therapeuten vermoedelijk al jarenlang gedaan wat zij goed achten voor hun cliëntèle en dat binnen de digitale wereld van de DBC's op een creatieve manier weggeschreven. De RINO's hebben daaraan bijgedragen door in hun cursusaanbod alle non-SR-behandelingen te etiketteren als CGT (zie Tabel 1). Alles was in hun optiek CGT, ook therapieën die dat volgens wetenschappers beslist niet waren, of hooguit ten dele.

Of andersom geredeneerd: 'transdiagnostiek' is een artefact van de grote nadruk op diagnostiek. De GGZ heeft haar nieuwe en oude vormen van behandelen en declareren weten in te passen in de DBC-structuur. Gangbare non-SR-behandelingen dienden volgens de DBC-logica vervangen te worden door CGT, maar werden in de praktijk zonder van inhoud te veranderen geheretiketteerd. In die zin is het misschien beter om te stellen dat transdiagnostiek niet populairder is geworden, maar dat non-SR-

behandelingen gaandeweg transdiagnostisch zijn gaan heten en dat ze zijn gedeclareerd onder de noemer CGT.

Het afschaffen van de DBC's kan wellicht worden opgevat als een legitimering van dit soort behandelingen, een knieval voor de werkelijkheid. Een besparing valt daarvan echter niet te verwachten, aangezien non-SR in vermomming dus al in ruime mate aanwezig was binnen de DBC-structuur. Misschien is deze aanpassing van de regels aan de werkelijkheid wel wat in het ZPM wordt bedoeld met 'transparantie'.

| Therapiesoort | Wetenschappelijke typering | Bron wetensch. typering | Typering RINO |
|--|--|---|---------------|
| Oplossingsgerichte therapie (PST) | CGT | Bell & D'Zurilla, 2009 | CGT |
| Systeemtherapie | Communicatie, cybernetica | Cullin, 2006; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967 | CGT |
| Affectfobietherapie (AFT) | Psychodynamisch, CGT, Experiëntieel | Van Dam, & Hamburger, 2014 | CGT |
| Bewegings- en lichaamsgeoriënteerde interventies | Experiëntieel, Mentalization Based Therapy (MBT) | Baljon, 2007 Bateman, & Fonagy, 2004 | CGT |
| Systeemtherapie op EFT-basis | Transdiagnostisch, Humanistisch, Systemisch, Affectief, Hechttingsgerelateerd, Experiëntieel | Johnson, Hunsley & Greenberg et al., 1999 | CGT |
| Schematherapie | Experiëntieel, Psychodynamisch, CGT, Systemisch | Taylor, Bee & Haddock, 2017 | CGT |
| Lichaamsgerichte psychotherapie | Experiëntieel, Mentalization Based Therapy (MBT) | Baljon, 2007 Bateman, & Fonagy, 2004 | CGT |
| Single Session Therapy (SST) | Adiagnostisch | Hoyt, 1994 | CGT |
| Emotie Regulatie Training (ERT) | CGT, Systeemtherapie | Schuppert, Giesen-Bloo, & Gemert, et al (in press); Blum, St John, & Pfohl, et al, 2008 | CGT |
| EMDR | Transdiagnostisch, Experiëntieel | Lewey, Smith & Burcham et al., 2018 | CGT |

| | | | |
|---|---------------------------------|--|-----|
| Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) | Farmacotherapie, CGT | Markowitz, & Weissman, 2012 | CGT |
| KOP - Kortdurende psychologische interventies | CGT, Systeemtherapie | Rijnders, & Heene, 2015 | CGT |
| Positieve Psychologie (PP) | Transdiagnostisch, Humanistisch | Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000 | CGT |
| Acceptance and Commitment Therapy (ACT) | Transdiagnostisch, Mindfulness | Pankowski, Adler, & Andersson et al., 2017 | CGT |

Tabel 1. Door RINO Amsterdam aangeboden cursussen in behandelmethoden (Rino, 2022)

Effectiviteit van transdiagnostische behandelingen

De wetenschappelijk bewezen effectiviteit van transdiagnostische behandelingen laat net als die van CGT te wensen over. Een meta-analyse (60 RCT's) wees uit dat het effect van ACT op psychiatrische en somatische stoornissen en werkstress net zo klein was als die van verschillende vormen van CGT (Öst, 2014). De werkzaamheid van EMDR kon in een meta-onderzoek (76 studies) niet worden aangetoond in goed uitgevoerde studies (Cuijpers et al., 2010). Voor een vermeend kortetermijneffect bij PTSS was het bewijs te mager en voor andere toepassingen werd helemaal geen bewijs gevonden (idem). Schematherapie kan blijken een meta-analyse van 41 studies een positieve uitwerking hebben op specifieke symptomen en bij vroeg-maladaptieve schema's, maar Peeters, Van Passel, en Krans (2021) die dit concluderen waarschuwen voor de matige kwaliteit van de onderzoeken waaruit dit blijkt. Gedragsmatige partnerrelatietherapie (BCT) en EFT voor paren (EFCT) blijken in een meta-analyse (33 studies) even effectief: een matig effect op korte termijn, een klein effect na een half jaar en geen effect na een jaar (Rathgeber, Bürkner, & Schiller, 2018).

De consequenties van onduidelijke probleemstelling

Het probleem dat moest worden opgelost door de invoering van marktwerking is nooit duidelijk gedefinieerd. Zodoende kon de problematische DSM-diagnostiek centraal komen te staan in de DBC's. De koppeling van GGZ en somatische zorg dwong de GGZ (nog verder) in het medische model, ook al staat dat diametraal tegenover de ervaringskennis dat de cliënt (en niet 'patiënt') de afhankelijke variabele is (Bohart, 2000).

De kronkelige logica die de samenstellers van het *Handboek generalistische ggz* gebruiken om 'zelfregie' uit te leggen binnen het kader van het medische model, toont aan op wat voor gespannen voet de inzichten van professionals stonden met het opgelegde beleid. Er moet enerzijds een diagnostisch proces plaatsvinden, maar anderzijds staat de 'patiënt' centraal; om die reden dient de behandelaar in elk stadium zijn oplossingen zodanig op te dringen aan de patiënt dat die zich er verantwoordelijk voor gaat voelen.

Het medische model — een van de problematische aspecten van de curatieve GGZ — is dankzij de invoering van de ZVW en het ZPM een grotere rol gaan spelen in behandelingen. In die zin hebben beide stelselwijzigingen de GGZ eerder verzwakt dan versterkt.

Een ander kritiekpunt dat op beide stelselwijzigingen valt te leveren, is dat de geringe effectiviteit van de behandelingen niet aan de orde is gesteld. Het lijkt voor de hand te liggen dat juist daarin de kwalitatieve en kwantitatieve winst valt te behalen waarop de beleidsmakers mikten. De minister heeft er misschien van gedroomd dat die effectiviteit via de omweg van marktwerking viel te behalen. In werkelijkheid is er eerder sprake geweest van regelgeving dan marktwerking en die regelgeving heeft

zowel de diagnostiek als het medische model versterkt en daarmee behandelmodellen verstoord en hun effectiviteit verminderd.

Het is verwonderlijk hoe weinig impact deze bevindingen hebben op de dagelijkse praktijk in de GGZ enerzijds en op het geformuleerde beleid anderzijds. Een tandarts bij wie slechts een op de acht vullingen blijft zitten zal snel zijn klanten verliezen en vermoedelijk voor een tuchtcommissie worden geroepen. Een medische handeling die geen terugvalpreventie oplevert zal alleen worden toegestaan als laatste redmiddel. Een chirurgische ingreep waarvan de toegevoegde waarde alleen met ondeugdelijke rapportages wordt bewezen zal vroeger of later worden verboden. Maar dat het niet lukt om eenduidig aan te tonen dat de behandelingen in de GGZ effectief zijn, heeft tot geen andere consequenties geleid dan een mager onderbouwde ingreep om de kosten beperkt te houden.

Wat is de waarde van wetenschappelijk bewijs

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) lijkt wel gevoelig voor deze kritiek. Zij adviseert effectiviteitsonderzoek en Evidence Based Practice (EBP) om de zorg 'houdbaar' te maken: 'Onderzoek (...) in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg actiever dan nu en gebruik waar nodig onafhankelijke doorzettingsmacht om te stoppen met het aanbieden en vergoeden van zorg die niet wetenschappelijk bewezen is ('niet-passende' zorg).'

Deze aanbeveling van de WRR is om twee redenen problematisch. De eerste is dat de werkzaamheid van vrijwel alle huidige behandelmethoden in de GGZ te wensen overlaat. Cuijpers (2010) constateert dat waar het bewijs van werkzaamheid valide is, de effecten klein zijn en waar de effecten groot zijn, het bewijs niet valide is. Met andere

woorden: als de WRR behandelingen verbiedt waarvan ook de strengste wetenschappers de effectiviteit niet betwisten, dan is dat het einde van de GGZ.

De tweede reden waarom de WRR-aanbeveling problematisch is, is een paradox die wordt veroorzaakt door de wetenschappelijke praktijk. Er wordt binnen het SR-paradigma bijzonder veel onderzoek gedaan naar behandelmethoden, en de bewijzen, hoe klein wellicht ook, maken die behandelingen evidence-based, wetenschappelijk bewezen. Andere methoden of andere vormen van onderzoek — bijvoorbeeld binnen een ander paradigma — zouden mogelijk tot veel grotere resultaten leiden. Dat soort onderzoek ontbreekt echter nagenoeg helemaal. De middelen ervoor gaan in feite op aan steeds meer SR-onderzoek, dat inmiddels valt te beschouwen als een voortdurende herhaling van zetten.

Dit punt wordt gemaakt door Carey, Tai, en Mansell et al, die concluderen dat de voorkeurspositie die RCTs in de besluitvorming genieten de vooruitgang van de professionele psychologische praktijk heeft gedwarsboemd. Ze trekken die conclusie uit twee metastudies waaruit blijkt dat een steeds groter aantal RCTs tussen 1980 en 1995 een steeds kleiner behandel-effect rapporteren. Er werd dus ondanks uitblijvend succes voortdurend meer geïnvesteerd in grotendeels overeenkomstig onderzoek. De auteurs bestempelen RCT's om deze reden als 'yesterday's news'.

Op een satirische wijze toont ex-psychiater Bram Bakker (2022) nog een tekortkoming van het soort EBP dat het gevolg is van SR-onderzoek, namelijk de ontpersoonlijking die het teweegbrengt. Bakker stelt metaforisch dat proefpersonen in een onderzoek de keuze krijgen tussen een broodje ham en een broodje kaas. De meerderheid kiest het broodje ham, met als gevolg dat vanaf dat moment iedereen een broodje ham krijgt, ook de kaasliefhebbers en vegetariërs.

In het tweede deel van deze these zal ik betogen dat de kosteneffectiviteit van de GGZ tot stand komt doordat er in de psychologie wordt uitgegaan van een ongeschikt paradigma. In een korte historische schets zal ik de geschiedenis van de psychologie in de twintigste eeuw samenvatten en de verschillen uitleggen tussen SR en het alternatieve Perceptual Control Theory (PCT), alsmede tussen de erop gebaseerde behandelmethoden CGT en Method of Levels (MOL).

In het derde deel van deze these zal ik ten slotte de kosteneffectiviteit van beide systemen vergelijken en berekenen hoeveel de GGZ kan besparen met deze paradigmawissel.

Deel 2. The road not taken...

Geen stelselwijziging, maar een paradigmawissel

Wie langetermijn behandelresultaten wil verbeteren (effectiviteit) en behandelkosten wil verlagen (efficiëntie) komt er niet met stelselwijzigingen. Behandeltrajecten en behandelresultaten zijn in essentie namelijk resultanten van hoe 'ziekte' wordt gedefinieerd en wat 'genezing' is. Een voorbeeld van waar een incorrecte definitie toe kan leiden werd geleverd door Breuer en Freud (1895), die vanuit het volledig mannelijke perspectief op ziekte en gezondheid 'hysterie' als ziekte definieerden, een neurotische aandoening waarvan genezing alleen mogelijk was door middel van een orgasme, dat bijvoorbeeld door de arts werd opgewekt. In de Victoriaanse tijd werden deze diagnose en ook de opmerkelijk intieme behandeling ervan volstrekt serieus genomen. Nu beseffen we de absurditeit van een niet bestaande ziekte en dito remedie.

Maar wat is in de 21ste eeuw de eenheid van psychische ziekte? En wat is genezing? Kazdin (2007) constateerde dat we geen verklaring hebben van hoe of waarom psychotherapie verandering bewerkstelligt. Opmerkelijk genoeg bestond er ook in de Westerse wereld op dat moment al ruim drie decennia zo'n verklaring van de hand van William T. Powers (1926-2013), compleet met een uitleg van wat psychische problemen zijn en hoe ze herstellen. Powers' inzichten worden hierna gepresenteerd als uitgangspunt voor een alternatieve benadering van psychologische wetenschap, psychische ziekte en gezondheid en dus als basis voor een beter functionerende GGZ.

Volgens Powers (1973) is er aan het begin van de twintigste eeuw (!) een fundamentele fout gemaakt in de psychologische wetenschap, een basisfout waarop de geringe effectiviteit en efficiëntie van de GGZ mogelijk zijn terug te voeren. De klinische psychologie — en in het verlengde daarvan de GGZ — gaat volgens Powers uit van SR,

een paradigma dat geen correcte weergave is van hoe een mens 'werkt'. Om de GGZ te verbeteren is het, vanuit Powers' logica geredeneerd, noodzakelijk om het SR-paradigma te vervangen.

Powers' Perceptual Control Theory

Psycholoog en medisch ingenieur William T. Powers publiceerde in 1973 een opmerkelijk boek waarin hij PCT lanceerde, een nieuwe theorie over menselijk handelen: *Behavior: The control of perception* (Powers, 1973). Hij breekt in dat boek radicaal met SR als model voor de verklaring van menselijk gedrag en in het verlengde daarvan met Behaviorisme in het algemeen.

Behavior: The control of perception is een psychologische theorie, een deels filosofische en deels technische benadering van menselijk functioneren. In zijn oorspronkelijke voorwoord spreekt Powers de hoop uit dat hij de mens weer kan definiëren als autonoom wezen, nadat er een mensbeeld is gepopulariseerd — door de behavioristen — waarin de mens is gedegradeerd tot automaat (Powers, 1973, p. ix). De hoofdgedachte van Powers' theorie van menselijk gedrag valt samen met de titel van zijn boek: *Behavior: the control of perception*; met andere woorden: Gedrag is controle van perceptie. De mens is volgens Powers namelijk geen passieve automaat voor wie actie altijd reactie op de omgeving is, maar, zoals ook James (1890) al stelde, een wezen met verlangens, wensen, doelen. Ons gedrag is erop gericht om onze doelen te verwezenlijken.

Het boek vormde een uitbreiding en concretisering van eerdere publicaties van Powers, waarin hij aansluiting vond bij onder andere theoretici in de cybernetica (Wiener, 1948 en Ashby, 1952) en de psychologie (Dewey, 1896; James, 1890; Taylor, 1962; von Uëxkull, 1926). Volgens Mansell (2020b) heeft Powers o.a. navolging gekregen in de sociale, persoonlijkheids- en arbeidspychologie. De Method of Levels,

die als behandelmethode in de klinische psychologie enige naam heeft gemaakt, is gebaseerd op PCT en door Powers zelf mede ontworpen. Daarnaast is PCT gebruikt als verklaring voor hoe andere therapieën (ook CGT) werken en is het een inspiratiebron geweest voor David Heise bij het ontwikkelen van ACT en voor Peter Burke bij het ontwikkelen van de sociologische identiteitstheorie. In het populaire 'opvoedboek' *Oei, ik groei! De acht sprongen in de mentale ontwikkeling van je baby* (ook onder afwijkende titels verschenen) schetsen Van de Rijt, Plooi, en Plas-Plooi (1994) de vroege ontwikkeling van een mens, volledig gebaseerd op inzichten uit de PCT. Behalve in de sociale wetenschappen is PCT belangrijk in de neurowetenschappen en — hoewel volgens Mansell menigmaal verkeerd geïnterpreteerd of onvoldoende gewaardeerd — ook in onder andere de robotica en de biologie.

Behaviorisme

Het mensbeeld waartegen Powers zich afzet is dat van het Behaviorisme, met name dat van Watson en Skinner. Hen verwijt hij dat ze in hun theorieën de mens definiëren als automaat. SR — en dus ook het Behaviorisme — is gebaseerd op de Cartesiaanse gedachte dat een externe prikkel leidt tot een reactie (Powers, 1973, p. 3). Descartes gebruikte hiervoor bijna vier eeuwen geleden al de term automaat, maar die was wat hem betrof van toepassing op dieren en slechts ten dele op mensen (Thomas, 2020). Watson (1913) rekte dat op tot alle menselijk gedrag. De consequentie van dit behavioristische uitgangspunt definieert menselijk gedrag als een uitkomst (output), wat maakt dat 'de directe fysieke aanleiding van wat een organisme doet, zich buiten dat organisme bevindt' (Powers, 1973, p. 1). De mens is dan dus een — willoze — omvormer van een stimulus in een respons.

Om Powers goed te begrijpen is het nodig om eerst een beeld te schetsen van het Behaviorisme van zijn dagen. Het Behaviorisme kwam begin 20ste eeuw op als reactie

op de dieptepsychologie. Theoretici als John Watson, B. F. Skinner en Edward Thorndike zochten naar verklaringen voor gedrag van mens en dier. Dat mocht niet langer via introspectie en andere huns inziens oncontroleerbare methoden, maar diende zich te beperken tot de bestudering van uitsluitend observeerbaar gedrag. Uit dat gedrag zouden wetmatigheden afleidbaar zijn op basis waarvan toekomstig gedrag voorspelbaar zou zijn (Guthrie, 1943, p. 19). Volgens grondlegger John Watson zou dankzij deze benadering de grens tussen psychologie en natuurwetenschappen worden geslecht (Watson, 1913). In zekere zin is de discussie over Evidence Based Practice dus te herleiden tot dit ideaal van Watson.

Nadat o.a. Pavlov (1927) en Skinner (1932, 1933) hadden aangetoond dat gedrag geconditioneerd kan worden door het manipuleren van een organisme met gebruikmaking van stimuli, lag de gedachte voor de hand dat ongewenst gedrag ook gedeconditioneerd kan worden. Eysenck, die op basis van behavioristische denkbeelden een model voor persoonlijkheidstypen construeerde, stelde dat neurotische symptomen aangeleerde gedragspatronen zijn die om een of andere reden niet adaptief zijn.' (Eysenck, 1959, p. 62). Het 'om een of andere reden' uit zijn redenering moest dan wel conditionering zijn (Rachman, 2015). Door middel van therapie diende dit ongepaste gedrag te worden afgeleerd en vervangen door gepast gedrag, gedeconditioneerd dus. Vanaf de jaren '50 van de twintigste eeuw werd deze 'gedragstherapie' ingezet bij de behandeling van angstklachten.

Powers versus Behaviorisme

Watsons positivistische claim dat door het bestuderen van gedrag uiteindelijk alle toekomstig gedrag voorspeld zou kunnen worden, werd door Powers verworpen. Het veronderstelde in zijn ogen namelijk dat dezelfde stimulus het zenuwstelsel steeds op dezelfde manier prikkelt, daardoor dezelfde respons genereert en zodoende leidt tot

hetzelfde gedrag. Met een ingenieuze uitleg van neurologische processen toont Powers (1973, pp. 19-40) aan dat dit onjuist is. Zo is de (samen)werking van neuronen volgens Powers veel minder voorspelbaar dan nodig is om Watsons theorie te ondersteunen. Waar Watson suggereert dat er een lineair proces is — een prikkel van buiten leidt zonder verstoring tot steeds hetzelfde gedrag van het individu — stelt Powers dat prikkeloverdracht in de eerste plaats aanzienlijk chaotischer verloopt en in de tweede plaats dat menselijk gedrag daarmee niet afdoende kan worden verklaard. Mensen doen namelijk meer dan reageren op (prikkel(s) uit) hun omgeving; ze vertonen doelgericht gedrag (de douchekraan opendraaien) en checken voortdurend of hun gedrag afdoende is om het plan te laten slagen (heet of koud bijmengen naar wens). Is er een verstoring (elders in huis tapt iemand water waardoor de temperatuur stijgt of daalt), dan passen ze het gedrag aan (bijmengen) om alsnog het doel (de referentiewaarde) te bereiken: ‘Controlling means producing repeatable consequences by variable actions’ (Powers, 1973, p. 5). Gedrag is dus geen lineair maar een circulair gegeven. Een lineaire douchebeurt leidt vrijwel zeker tot brandblaren of gebibber omdat de temperatuur vooraf niet exact valt af te stellen en sowieso niet stabiel blijft. Afgezien daarvan kan de waterstraal gedurende de douchebeurt heter of kouder worden gemaakt aangezien er gewenning optreedt. Gedrag is dus output én input (zie Figuur 2).

Tegenbewegingen: Cognitieve Therapie en PCT

In de twee decennia na de introductie van GT kwam er gaandeweg een tegenbeweging op gang tegen het behaviorisme. Een belangrijk punt van kritiek was dat met gedragstherapie angstklachten wel, maar depressieve klachten niet konden worden bestreden. Her en der doken alternatieven op. Zo pleitte psychiater Jan Foudraine (1971) voor een humanistische benadering die zou beginnen met een gelijkwaardiger verhouding tussen ‘patiënt’ en behandelaar. Foudraine haalde zijn wijsheid deels uit het

oosten, maar zijn benadering sloot ook in hoge mate aan bij de — uit de jaren '40 stammende — humanistische psychologie van Carl Rogers.

Binnen die tegenbeweging nam William T. Powers een bijzondere positie in. Hij bemoeide zich niet met behandelmethoden, maar met het onderliggende paradigma. Hij begon weliswaar met fundamentele kritiek op het Behaviorisme, maar zijn werkelijke nemesisis was het SR-paradigma, waarvan hij aantoonde dat het niet in staat is menselijk gedrag te verklaren (Powers, 1998a). Het PCT-paradigma kon dat zijns inziens wel. Het kwam bovendien overeen met wetmatigheden uit de elektrotechniek en sloot aan bij de evolutietheorie. PCT bleek uiteindelijk zo krachtig dat het succesvol werd toegepast in het ontwerp van robotarmen (Mansell, 2020b).

Powers' PCT bleef in therapeutenkringen tamelijk onbekend al theoretiseerde hij ook over therapie (Powers, 1990). Hij ontwikkelde zelfs een behandelmodel dat aansloot op zijn theorie en dat hij de Method of Levels doopte (o.a. Powers, 2001). De methode grijpt terug op experimenten die Powers in de jaren '50 van de 20ste eeuw deed met een vriend. In 1985 presenteerde hij het basale idee onder de titel How/Why-techniek op de eerste Annual Control Systems Group (CSG) Conference (Mansell en Goldstein, 2020). Hij breidde het in later jaren uit, maar het zou nog tot 2006 duren voordat Tim Carey ruimere bekendheid zou weten te verwerven voor de Method of Levels.

In dezelfde periode waarin Powers het behaviorisme verwierp en Foudraïne de patiënt als een gelijke ging zien, formuleerde Aaron T. Beck (1976) zijn kritiek op de Gedragstherapie, die zou leiden tot Cognitieve Therapie (CT). Powers stond dus bepaald niet alleen in zijn kritiek. Waar Ellis (1958) en Beck zich echter vooral richtten op behandelmethoden en -resultaten, bouwde Powers in eerste instantie aan een functiemodel van levende wezens. Over behandelmethoden liet Powers zich niet uit. GT

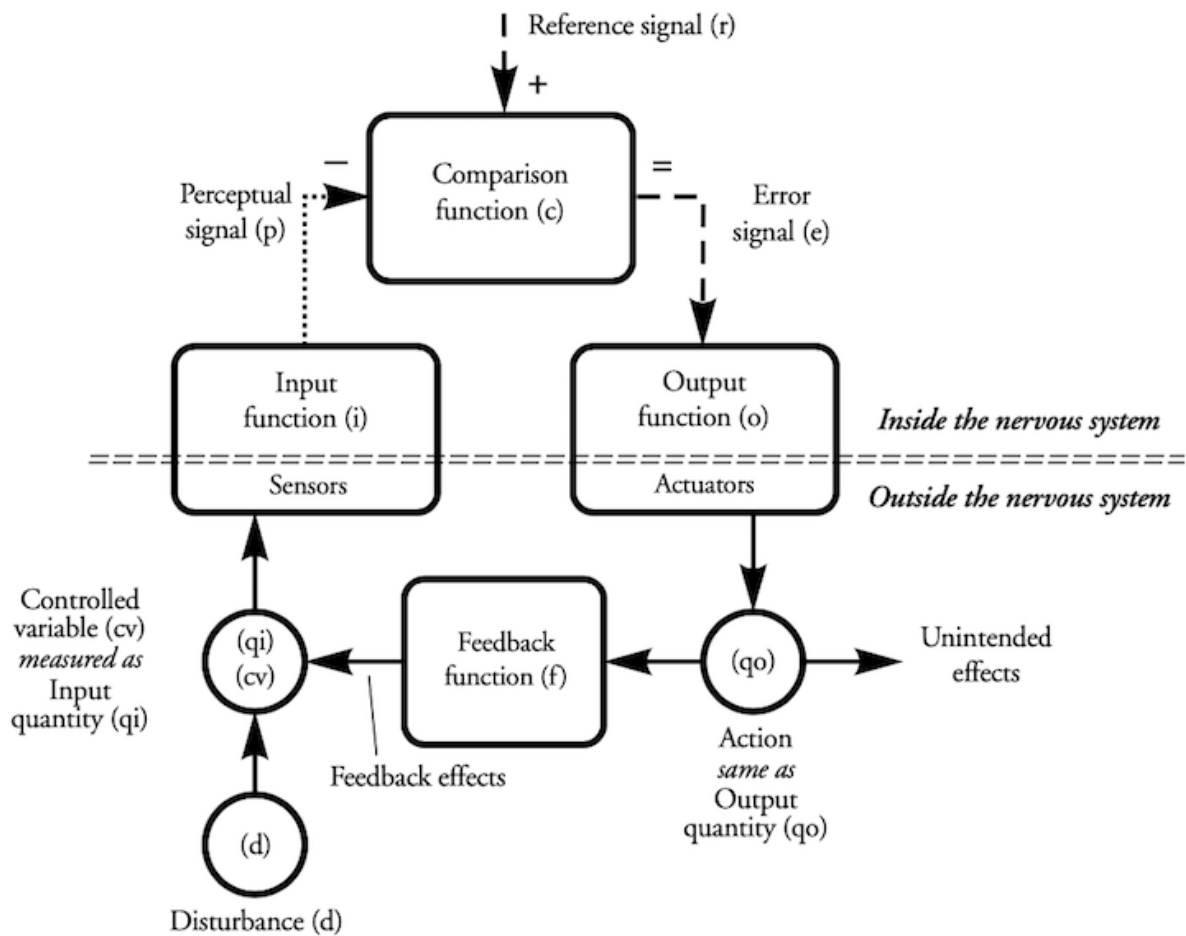
en CT en CGT behoorden wat hem betrof tot de ‘inhoud’ van een model en niet tot dat waarmee hij zich bezighield en wat hij ‘de vorm’ noemde (Powers, 1973, p. xi). De namen Eysenck, Ellis en Beck komen dan ook niet voor in *Behavior: The control of perception*. Zelfs in de herdruk van 2005, toen CGT inmiddels voor de meeste psychische aandoeningen de voorkeursbehandeling was geworden — in de westerse wereld althans —, besteedde Powers geen aandacht aan die ontwikkelingen. Hij theoretiseerde namelijk uitsluitend over het onderliggende model van menselijk functioneren — het PCT-paradigma — en degene tegen wie hij zich afzette was degene die daarvoor een ziens inziens ondeugdelijk uitgangspunt had gekozen, de grondlegger van het behaviorisme, John Watson.

Behavior: The control of perception

In zekere zin waren Beck en Powers verwante denkers. Beiden vonden de gedragsmatige benadering onvoldoende en zochten derhalve een verklaring voor wat er in de binnenwereld van de mens gebeurt. Beck belandde zodoende op het spoor van cognities, opvattingen en overtuigingen die niet aangeboren of blijvend zijn, maar wel kenmerkend. Powers — wellicht minder belemmerd door de strenge positivistische denkbeelden van de behavioristen — waagde zich aan de (re)constructie van die binnenwereld met het aan cognitie verwante begrip perceptie. Hij beschreef een neurale netwerk dat op zodanige wijze een beeld van de werkelijkheid vormt dat het wat het bewustzijn van het organisme betreft de werkelijkheid is. *Perception is reality*. Waar Beck zich beperkt tot gedachten, de output van hersenactiviteit, zoekt Powers het in alle vormen van hersenactiviteit, in een hiërarchisch geordend systeem waarin waarneming/perceptie en bewustzijn/gewaarszijn de kernbegrippen zijn.

Powers formuleert een alternatieve theorie van menselijk gedrag: gedrag is controle over perceptie; ‘Perception tells us the current status of whatever it is we’re

trying to control (Powers, 1973, p. 7). Door controle, een principe uit de elektrotechniek, te gebruiken blijkt Powers wel in staat doelgericht menselijk handelen te beschrijven en verklaren. Apparaten als de thermostaat en *cruise control* werken met een zogeheten negative feedback loop (zie Figuur 2). In zo'n loop wordt de huidige situatie vergeleken met de ingestelde doelwaarde; het verschil tussen die twee is error. In het geval van cruise control betekent dit dat de feitelijke snelheid wordt vergeleken met de doelsnelheid. Gaat de auto harder dan de referentiewaarde, dan wordt de motor met rust gelaten totdat de error is geminimaliseerd, oftewel de snelheid voldoende is afgenomen. Is de snelheid te laag, dan wordt de error verkleind door de motor net zo lang aan te jagen tot de snelheid voldoet aan de referentiewaarde. Om de error voortdurend te kunnen registreren en er het errorverkleinende gedrag op te kunnen aanpassen is er ononderbroken feedback nodig.



Figuur 2. Negative Feedback loop (overgenomen uit Carey, 2006, p. 37)

De mens is volgens Powers een dergelijk 'control system' (zie Figuur 2). Rij je met de auto ergens heen, dan vergelijk je in c of de actuele waarde p (waar bevind je je op de weg) nog wel overeenkomt met je referentiewaarde r (tussen de lijnen die je rijstrook aangeven blijven). Zo niet, dan ervaar je error en stuur je bij (qo) totdat de error 0 is. Als dat gebeurt — de som $r - p$ geeft uitkomst 0 — wordt de actie (qo) gestaakt.

Zolang er wél error is — een verschil tussen r en p — wordt er actie (output) ondernomen, waarvan het gevolg opnieuw als input dient, die weer wordt afgetrokken van de referentiewaarde (doel) en — zolang er nog verschil is — opnieuw leidt tot actie (output) teneinde doel en werkelijkheid (zoveel mogelijk) identiek te krijgen. Deze

controle van perceptie vindt permanent plaats opdat er actie kan worden ondernomen indien nodig.

Het feedbacksysteem kan verstoringen van buitenaf ondergaan. Een windvlaag kan de auto uit zijn baan duwen. Binnen het model heet het dan dat de gecontroleerde variabele (qi) verandert onder invloed van verstoring d . De zintuigen (sensors) zullen de nieuwe gecontroleerde variabele ‘waarnemen’ en als input i doorgeven aan de comparator c . Die trekt de gepercipieerde waarde p af van r en geeft een sterker errorsignaal af dan eerder. De auto is immers uit koers, dus de verschillen tussen p en r zijn groter dan eerst. Output o en actie (qo) zullen daardoor ook groter zijn — een ruk aan het stuur —, waarna de volgende error vermoedelijk weer kleiner zal zijn.

Gedrag wordt door Powers dus beschreven in de vorm van deze cyclus die permanent wordt doorlopen. Er is niet altijd actie nodig, maar het feedbacksysteem blijft ‘aan’, want perceptie is ononderbroken noodzakelijk. *Behavior* is immers *the control of perception*. Gedrag is volgens Powers dus een continu proces van waarnemen, vergelijken en aanpassen. Het is zeker geen lineair proces zoals in de SR-logica.

Powers’ perceptiehiërarchie

Percepties zijn er volgens Powers op vele niveaus, van de intensiteit van een zintuiglijke prikkel tot aan een systeemconcept, d.w.z. de definitie van wie/hoe/wat het organisme is. Powers onderscheidt deze percepties en plaatst ze in een hiërarchisch verband. Zodoende ontstaat er een perceptiehiërarchie, die een model vormt van ons persoonlijke control system, of — wellicht beter — van onszelf als control system (De Hullu, 2022; Marken, 1990; Powers, 1973; zie Figuur 3). Powers beschrijft hoe lagere niveaus van perceptie input leveren aan de hogere niveaus. Op het hogere niveau worden vele lagere percepties gecombineerd tot een perceptie. Zo worden sensaties van level 2 als hard en koud of warm en vochtig op level 3 (configuraties) in samenhang

gepercipieerd. Voor elke stap level-up geldt dat vele percepties worden gecombineerd (many to one). Omgekeerd sturen hogere perceptieniveaus onderliggende niveaus aan om hun perceptie te controleren en in die richting is het dan one to many. Powers beschrijft zelf dat zijn principiële besluit om de krant te gaan lezen (level 10) ertoe leidt dat hij op level 9 het programma 'bril zoeken' moet aanzetten, dat op zijn beurt bestaat uit een hele reeks sequenties (level 8) van handelingen als kamers inlopen en dingen optillen. Het programma eindigt zodra de bril wordt gevonden of de poging om de krant te lezen wordt opgegeven.

Percepties als het zijn van een strenggelovig protestant, verantwoordelijk gezinshoofd en liefhebbende vader kunnen bijvoorbeeld zijn gebundeld in het systeemconcept identiteit (level 11). Tot de principes (level 10) die bij een dergelijke mannenbroeder vanaf level 11 worden aangestuurd behoren de overtuigingen en intuïties die zijn beslissingen bepalen. Vanuit de lagere percepties beschouwd zijn die principes vaag; ze gaan over wat goed voelt, zonder dat zich dat nauwkeurig laat definiëren. Zo kan goed ouderschap consequent of inconsequent zijn, maar elke ouder voelt of hij of zij het goed doet.

Level 10 stuurt op haar beurt programma's (level 9) aan: regelmatige kerkgang, stemmen op het CDA en andere keuzes die vanzelfsprekend zijn dankzij de aansturing van boven (in de perceptiehiërarchie, sic). 'Regelmatige kerkgang' kan in hoge mate routineus zijn en dan worden beschouwd als een programma (level 9). Dezelfde aanvangstijd, dezelfde kleding, dezelfde route, dezelfde attributen, dezelfde zitplaats — in hoofdlijnen is level 9 in staat de regie te voeren. Dat spaart energie op de hogere levels, en is dus adaptief. Wordt de routine evenwel verstoord (zondagse pak in de was, weg opgebroken, bijbeltje zoek) dan moet de controle worden hersteld op level 10 en desnoods op 11.

| Perceptual Level | Description |
|---------------------|---|
| 11. System concepts | Level 11 controls combinations of principle level perceptions as a single unit, such that it forms a coherent organization of principles. For example, a worldview, an identity, a personality. Control at this level feels like something is true: it fits your worldview from which you consider everything you perceive. |
| 10. Principles | Level 10 controls 'fuzzy' concepts such as values, for example safety or justice. The principle level controls our sense of meaning, what is important, what you want, why you do what you do. The experience of controlling from this level is like intuitive knowing. Loss and gain of control is associated with feelings and emotions at lower levels. |
| 9. Programs | Level 9 controls programs: a structure of tests and selection points across sequences. In a branching series of if/then statements, choices are made based on information from lower levels. This could also be planning and involve imagination and trial-and-error. For example, looking for your lost keys. Control is experienced as being able to make a choice. |
| 8. Sequences | Level 8 orders combinations of underlying perceptions into sequences: a predetermined order in time, place or process. For example, a melody is a sequence of separate notes (events). Following a clear path is sequence control. Control is experienced as predictability or being able to orientate in time or space. |

| | |
|-------------------|--|
| 7. Categories | <p>Level 7 organizes perceptions that share properties into categories. This level allows clustering of perceptions into single categories and distinction between perceptions of different categories. For example, what you see is either a cat or not a cat. Emotions can be categorized, for example anger or fear. Control is experienced as knowing what things are.</p> |
| 6. Relationships | <p>Level 6 controls how lower-level perceptions are related, creating perspective, before/ after and causality. Space is the relationship between configurations (things: things), time between transitions (change: change), process between events (events: events). Control is experienced as a sense of connection.</p> |
| 5. Events | <p>Level 5 controls a coherent pattern of short-term perceptions of underlying levels. It unites underlying perceptions into a single experience. Something is happening, for example a sip of coffee, a crash, a word. Control at this level is experienced knowing that something happens.</p> |
| 4. Transitions | <p>Level 4 controls perception of time, movement or change as configurations, sensations, or intensities vary. For example, bending your arm at the elbow or water from the tap warming up. The experience of control at this level is the perception of change.</p> |
| 3. Configurations | <p>Level 3 controls configurations of sensations and creates a perception of order in patterns and shapes. Objects are perceived as a unit.</p> |

| | |
|----------------|--|
| | Examples: a chair, a house, emotions as 'gut feeling' (without the name or labels). Control at this level is experienced as consistency. |
| 2. Sensations | Level 2 compounds sensory information into a single sensation or feeling. For example, feeling cold, feeling hot, or the taste of lemonade (both sweet and sour in one unified taste). Experience of control at this level is feeling sensations and having your senses stimulated. |
| 1. Intensities | Level 1 controls the intensity of sensory information. Output at this level is physical effort making feedback loops through the environment or internal organs. Examples are the intensity of light, the intensity of a loud sound. Control is experienced at this level as a sense of contact with the physical world. |

Figuur 3. De perceptiehiërarchie, ontleend aan De Hullu (2022).

Vanuit deze theorie verklaart William Powers ook geestelijk lijden. Problemen ontstaan volgens PCT als er niet-combineerbare doelen worden nagestreefd als vroeg thuiskomen én geen snelheidsovertredingen begaan, of piano leren spelen én geen fouten mogen maken. Of om door te gaan op het voorbeeld van de protestant: op het niveau van principes bevinden zich zowel de zedelijke opvattingen als goed ouderschap. Krijgt de strenggelovige protestant van zijn zoon te horen dat die homoseksueel is, dan conflicteren goed ouderschap en homofobie. Dit conflict — dat plaatsvindt tussen twee items op een en hetzelfde level — veroorzaakt geestelijk lijden, of in de woorden van Carey (2006, p. 71): 'The implication from PCT then, is that conflict is at the root of all chronic psychological distress.'

Leren en herstellen volgens Powers: Reorganisatie

Bij een conflict is er sprake van een onmogelijkheid (Powers, 1998b, p. 75): je kunt niet op twee plekken tegelijk zijn. Een innerlijk conflict leidt tot verlies van controle, want een keuze voor het een gaat altijd ten koste van het ander en omgekeerd. Elk conflict wordt volgens Powers veroorzaakt doordat er twee waarden (of voor wie het iets minder technisch wil hebben: doelen) worden nagestreefd die niet tegelijkertijd bereikt kunnen worden. Die twee doelen worden aangestuurd vanaf een hoger level en het controleverlies dat ontstaat door het conflict uit zich op een lager expressieniveau. Er zijn bij een conflict dus altijd twee niveaus van de perceptie betrokken, te weten een niveau waarop het conflict tot uiting noemt, een hoger niveau waarop twee incompatibele referentiewaarden zijn opgegeven en een nog hoger niveau dat het conflict veroorzaakt. Powers (1998b, p. 84) geeft als voorbeeld de uitspraak: 'Mam, ik kom te laat op mijn afspraak!' van een dochter die zich tijdens een gesprek met haar moeder opgelaten voelt wegens verplichtingen elders. De uitspraak vindt plaats op het expressieniveau, waar het conflict zich niet afspeelt. De onverenigbare referentiewaarden (op het conflictlevel) zijn 'gevangen zitten in een gesprek met moeder' enerzijds en 'op tijd willen komen' anderzijds. Nog een level hoger wordt het conflict mogelijk gemaakt door een notie die we 'zelfbeschikking' kunnen noemen of 'efficiënt tijdsgebruik'.

'Conflict can be resolved through reorganisation; a mechanism through which random change is continuously generated until control is restored (Tai, 2016). Ten einde een conflict op te lossen is er een verandering nodig op het hoogste van de drie perceptieniveaus, 'level-up' dus. Daar kan de dochter tot het inzicht komen dat het niet haar moeder is die haar gijzelt, maar dat zij het zelf is die tegelijkertijd wil luisteren en vertrekken en dat zij dientengevolge degene is die het probleem zelf kan oplossen; ze

wordt niet gegijzeld door haar moeder, hooguit door zichzelf. Door een ingreep op het hoogste van de drie perceptieniveaus wordt de controle hervonden op het middelste niveau.

Powers beschrijft reorganisatie vooral in technische termen. De twee onverenigbare waarden op het middelste betrokken niveau vormen het conflict, de error. Level down uit zich dat op het expressieniveau. Een controlesysteem 'stuurt' de error automatisch level-up, waar onophoudelijk nieuwe referentiewaarden worden gegenereerd. Een voor een worden die referentiewaarden getoetst, net zo lang totdat er eentje de error tot nul weet te reduceren. Op dat moment is er herstel van controle.

Aangezien die nieuwe referentiewaarde alle onderliggende levels controleert, heeft zo'n verandering allerlei consequenties (one to many). Organisch en dus op onvoorspelbare wijze zullen op alle onderliggende levels veranderingen plaatsvinden. Besluit dochterlief te vertrekken, dan stuurt die nieuwe referentiewaarde alle lagere perceptieniveaus aan om bijvoorbeeld het gesprek af te breken, op te staan, haar tas te pakken, enzovoorts.

Sinds Powers PCT introduceerde in 1973 heeft hij zelf in diverse publicaties (Powers, 1998b, 2005, 2007; Powers & Runkel, 2010) wijzigingen aangebracht in de theorie in brede zin en in het onderdeel reorganisatie in het bijzonder. In navolging van zijn werk is de International Association for Perceptual Control Theory (IAPCT) opgericht, die onder andere studies verzamelt die voortbouwen op de PCT. Tot de vele toepassingen van PCT behoren — naast psychotherapie — biomechanica, economie en robotica. Op al die deelgebieden wordt Powers' theorie toegepast, toegelicht, uitgebreid en aangepast door een breed scala aan auteurs; (zie www.iapct.org; Mansell, 2020a).

PCT's behandelmethode: the Method of Levels

Method of Levels (MOL) is de bij PCT behorende behandelmethode (o.a. Carey, Mansell, & Tai, 2015), ontwikkeld door Powers en uitgewerkt door Carey (2006). Het is een therapievorm die radicaal breekt met zowel de medische traditie als de praktijk van CGT door cliënten niet als patiënten te zien of behandelen. 'MOL psychotherapists understand that their clients are not defective or disordered or otherwise in need of repair. They are conflicted' (Carey, 2006, p. 73). In de tweede plaats stelt MOL dat een probleem alleen kan worden gedefinieerd door diegene die het ervaart (idem), met als consequentie dat de cliënt de 'locus of change' is (Carey, Tai, & Stiles, 2013). En dus erkennen MOL-therapeuten that they don't "know what's best" when it comes to how their clients should deal with their problems (Carey, 2006, p. 72). De therapeut is dus geen deskundige die diagnosticeert of adviseert, maar een bijzonder soort gesprekspartner die op een zeer specifieke wijze begeleidt, namelijk door de cliënt te helpen haar problematiek vanaf een metaniveau te bekijken: 'The only thing the clients need help with is maintaining their awareness at the level where reorganization can alter the control system creating the conflict' (Carey, 2007, p. 73).

De rol van de behandelaar is dus beperkter dan bij CGT, maar niettemin cruciaal. Carey et al. (2015) geven een korte samenvatting van de doelen die de MOL-therapeut nastreeft. Het eerste doel is de cliënt aan het praten krijgen. Doorgaans begint de cliënt dan over een probleem dat zij ervaart, een verschil tussen hoe het is en hoe het zou moeten zijn. Dat duidt op een conflict dat zich buiten het bewustzijn/gewaarszijn van de cliënt bevindt. Teneinde haar het probleem en de ermee samenhangende gevoelens te laten ervaren dient de therapeut de aandacht van de cliënt zo lang mogelijk op die problematiek te richten. Dat doet hij door nieuwsgierig te zijn en zich onwetend op te stellen. Hij hoeft de problematiek zelf niet te begrijpen, doorgronden of duiden en

realiteitstoetsing is eveneens zinloos. Het gaat erom dat zij de problematiek zo ruim mogelijk in beeld krijgt en er nieuwe dingen in ontdekt.

Het tweede doel van de therapeut is om de cliënt te helpen haar bewustzijn/gewaarszijn te richten op hogere levels in de perceptiehiërarchie. Er moet immers reorganisatie gaan plaatsvinden en dat kan alleen level-up. Dit streeft de therapeut na door in te gaan op verstoringen in mimiek of spraak van de cliënt, die in normale conversaties worden genegeerd. Zo'n verstoring duidt op het bestaan van een ander systeem dat ook betrokken is bij het probleem, maar dat niet doordringt tot het bewustzijn en daardoor geen deel uitmaakt van de reorganisatie. Door de cliënt te onderbreken en naar de inhoud van die verstoring te vragen, maakt de therapeut het mogelijk dat dit andere systeem in het bewustzijn belandt en deel gaat uitmaken van de reorganisatie.

In het verlengde van de gedachte dat alleen de cliënt het probleem ervaart kan ook alleen de cliënt aangeven wanneer zij ervan af is. Zodra zij zich weer in balans voelt, het gevoel heeft dat de controle is hersteld, bereikt zij wat Stiles, Barkham, en Connell et al (2008) omschrijven als Good Enough Level. Het conflict is opgelost, de cliënt heeft geen behoefte aan verdere behandeling. Bij een protocollaire therapie noemt men dat dropout, bij een MOL-therapie eindigt daar simpelweg de behandeling.

Vanuit dit idee volgt de logica dat de cliënt — en dus niet de therapeut — bepaalt hoeveel en wanneer er wordt behandeld, alsmede hoe lang sessies duren, althans binnen de praktische mogelijkheden. Carey et al. (p. 103) refereren daarom aan ervaringscijfers die aangeven dat cliënten in protocollaire behandelingen veel minder sessies afnemen dan er worden voorgeschreven (idem, p. 110). Ze constateren vervolgens droogjes dat ze geen enkel onderzoek betreffende EBP hebben kunnen

vinden dat bewijst hoe lang sessies en behandelingen moeten duren, noch hoeveel tijd er tussen twee sessies moet zitten om effectief te zijn.

Uit de gedachte dat de behandelaar geen deskundige is, vloeit logisch voort dat er geen diagnose wordt gesteld en geen behandelprotocol wordt uitgevoerd. De behandeling is derhalve transdiagnostisch. Daarnaast is de methode ook experiëntieel, d.w.z. dat ernaar wordt gestreefd dat de cliënt tijdens de therapie — in authentiek empathisch gezelschap — de emoties beleeft die behoren bij zijn of haar problematiek (Berdondini, Elliott, & Shearer, 2012). Wat deze kenmerken betreft (transdiagnose en experiëntialiteit) vertoont MOL dus overeenkomsten met vrijwel alle non-SR-methoden. MOL is in beide echter radicaler (en door de achterliggende theorie pertinent non-SR). Vrijwel alle transdiagnostische en experiëntiële behandelingen beginnen namelijk met een diagnose of werken volgens een protocol. Zo wijden Whittingham en Coyne (2019) in hun handboek ACT voor ouders een heel hoofdstuk aan casusconceptualisatie, geeft Johnson (2008) voor haar 'EFT for Couples' een compleet protocol van zeven 'gesprekken' en bevat *Time to Act! Het Basisboek voor Professionals die met ACT willen werken* 'een stap-voor-stap-programma, dat speels is en gebruikmaakt van ruim 150 oefeningen en metaforen' (Jansen & Batink, 2014). EMDR werkt met een uitgebreid protocol (De Jongh & Ten Broeke, 2003)

MOL is zowel in transdiagnostisch als experiëntieel opzicht minimalistisch. Churchman, Mansell, en Tai (2019) noemen MOL daarom zelfs 'adiagnostisch'. De simpele reden waarom MOL niet met protocollen werkt, is omdat die de cliënt ongeschikt maken aan een bedacht uitwendig proces, terwijl reorganisatie een inwendig proces is dat random en organisch verloopt. Werken met een protocol verstoort dat proces. Of zoals Carey (2006, p. 80) het formuleert: "These things may be important to the psychotherapist, but unless they somehow redirect the client's

awareness to the appropriate perceptual level, they are irrelevant to helping the client resolve a perceptual conflict. Worse than irrelevant, they are detrimental if they distract the client from the task that matters or if they keep the client's awareness focused at a lower level. In short, they may get in the way.'

Doordat reorganisatie organisch verloopt binnen de perceptiehiërarchie van de cliënt heeft de behandelaar geen zicht op dit proces. Hij kan wel helpen de 'awareness' van de cliënt vast te houden, maar ziet niet waarop het is gericht, ziet niet welke potentiële oplossingen van het conflict er in de cliënt opkomen en kan zodoende ook niet voorspellen wanneer het conflict verdwijnt. Dat maakt inhoudelijke verslaglegging min of meer onmogelijk en bovendien zinloos.

Reorganisatie in de praktijk

Het 'werkzame bestanddeel' van MOL is dus niet de therapie, niet de behandelaar en niet de cliënt, maar reorganisatie. Reorganisatie heft vanaf een hoger niveau/level het conflict op dat de oorzaak is van het psychische probleem. 'For conflict to be eliminated, a person must become aware of the level that is creating the conflict. That is, the person must arrive at a point of view from which the highest level in the conflict can be consciously experienced' (Carey, 2006, p. 57).

Op level 11 kan de streng protestante vader zijn referentiewaarde bijstellen om het conflict op te lossen dat hij op level 10 heeft. Zijn godsgeloof staat daar tegenover zijn vaderliefde en die situatie is ondraaglijk. Van een simpele keuze kan geen sprake zijn, want dan verliest hij of zijn zoon of zijn god en kerk. Zijn identiteit als liefhebbende en godvrezende vader kan evenwel intact blijven als hij bijvoorbeeld inziet dat zijn homoseksuele zoon is geschapen door zijn god. De perspectiefverandering die plaatsvindt is dat homoseksualiteit en protestantisme elkaar dan niet meer uitsluiten, maar dat ze samengaan. Het conflict is daarmee opgelost en zodoende verdwijnt de

oorzaak van het psychisch lijden. Aansluitend zal de nieuwe referentiewaarde verandering teweegbrengen in lagere perceptieniveaus. De hele perceptiehiërarchie zal zich richten naar de nieuwe homo-accepterende vorm van protestantisme.

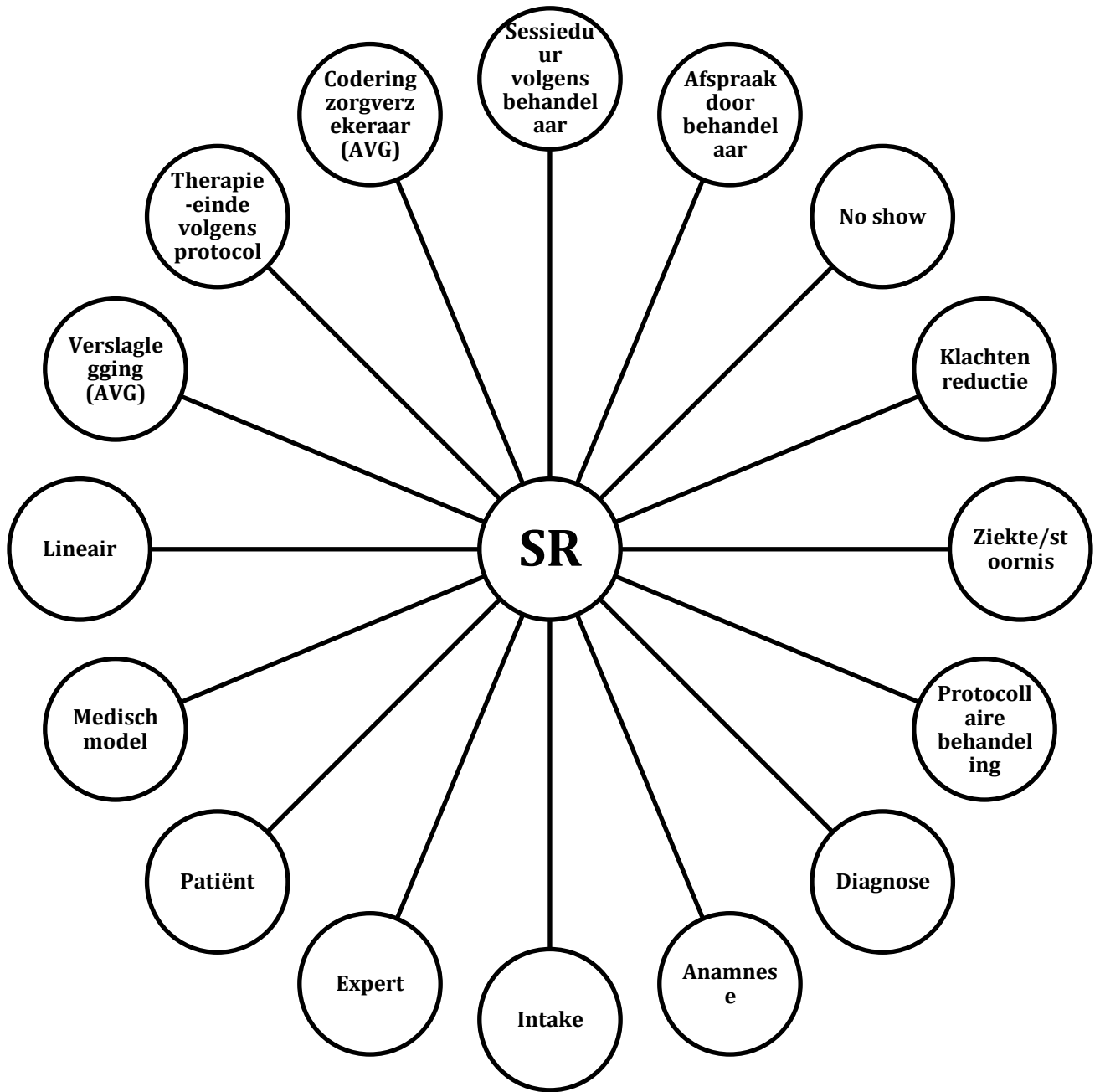
Mol als panacee

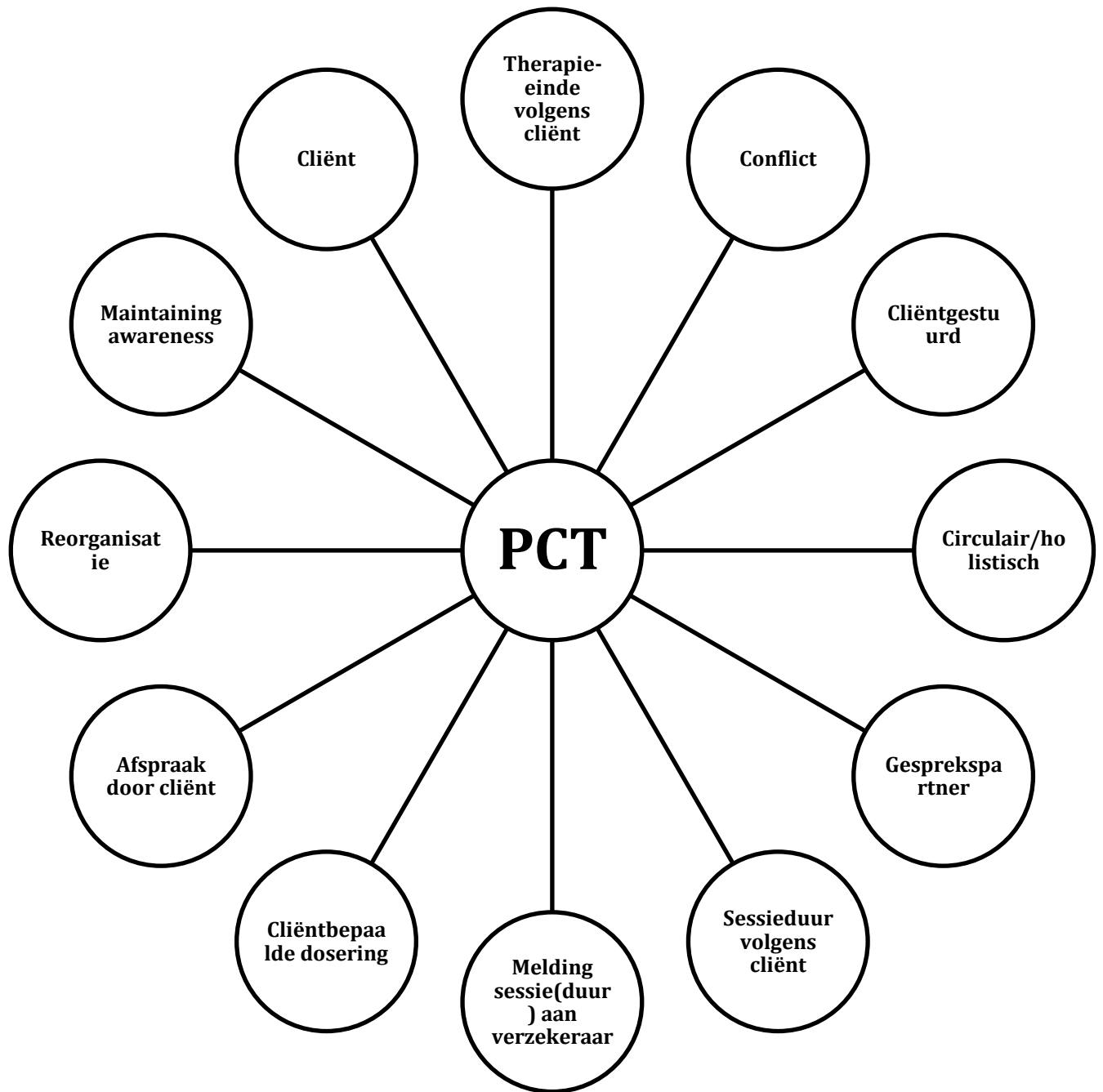
Wie artikelen en boeken leest van Tim Carey, de Powersvolgeling die de Method of Levels populariseerde en verder ontwikkelde, krijgt de indruk dat MOL dé panacee is voor de GGZ. Hij rapporteert dat cliënten gemiddeld minder afspraken maken, de gesprekken korter zijn en de therapieën veel korter duren dan gebruikelijk. Cliënten en hun huisartsen zijn over het algemeen tevreden over de resultaten (Carey & Mullan, 2007). Andere onderzoekers (Higginson & Mansell, 2008) voorspellen vergelijkbare resultaten of komen op basis van onderzoek tot vergelijkbare conclusies (Harvey et al., 2004).

Een deel van het succes schrijft Carey toe aan zijn cliëntgestuurde benadering. De cliënt bepaalt de duur en frequentie van de afspraken en daarmee de dosering van de behandeling. Doordat de cliënt controle krijgt over de situatie, neemt hij sessies af naar behoefte in plaats van naar de verwachting van de hulpverlener. Een belangrijk gevolg van deze flexibiliteit is dat therapietrouw toeneemt, d.w.z. cliënten nemen minder sessies af dan anders en zeggen zelden op het laatste moment af (Carey, 2010).

De ethische basis voor deze werkwijze ontleent Carey aan de National Health Service (NHS), de Britse gezondheidszorgorganisatie, die stelt: 'NHS services must reflect, and should be coordinated around and tailored to, the needs and preferences of patients, their families and their carers.' (Department of Health & Social Care, 2021). Carey vertelt over een praktijk waar deze cliëntgestuurde benadering na invoering in een halfjaar tijd de zeven maanden lange wachtlijst tot nul reduceerde terwijl het aantal sessies gelijk bleef en het patiëntenaantal bijna verdubbelde (Carey, 2010).

Ook in de verdere omgang met de cliënt wijkt MOL af van het medische model. Cliënten ondergaan geen anamnese en hoeven zodoende niet na een diagnostisch proces opnieuw eigenaar van het probleem te worden gemaakt. Ze blijven dat gedurende het hele proces omdat ze niet ziek zijn, maar 'conflicted'. Al met al betitelen pleitbezorgers MOL daarom als een humanistischer vorm van therapie (Marken & Carey, 2015 en Churchman et al., 2019), die bovendien eenvoudiger valt aan te leren dan bestaande behandelingen (Carey, 2006). Afgaand op dergelijke claims lijkt MOL superieur aan CGT en ook aan alle transdiagnostische en experiëntiële behandelingen (ACT, EMDR, EFT, etc.) die momenteel EBP zijn in de curatieve GGZ. MOL lijkt derhalve de droomkandidaat voor het vervangen van bestaande behandelingen en het tegelijkertijd behalen van forse besparingen.





Figuur 4. Mindmaps SR en PCT

Deel 3: Kosteneffectiviteit

Huidig onderzoek

Onderhavige masterthesis is een businesscase waarin de voordelen van een paradigmawissel van SR naar PCT worden onderzocht (zie ook Figuur 4). De problemen in de GGZ — en ook de moeite die de overheid heeft om op de GGZ te bezuinigen — lijken allemaal terug te voeren op het feit dat de geestelijke gezondheidszorg uitgaat van een ontoereikend paradigma. In dit onderzoek wordt in kaart gebracht wat er zou veranderen als dat paradigma zou worden verlaten en als in plaats daarvan de Perceptual Control Theory van William Powers zou worden gebruikt. In dit fictieve geval worden CGT en alle andere actuele psychotherapeutische behandelvormen vervangen door de Method of Levels. Deze studie is dus een onderzoek naar de voordelen die MOL in de Nederlandse situatie te bieden heeft ten opzichte van de huidige praktijk. Theoretici van PCT/MOL claimen dat MOL superieur is aan traditionele behandelingen en dan met name aan CGT (zie boven). Zo zou MOL effectiever zijn (problemen beter verhelpen) en daarmee efficiënter (minder behandelingen) en dus goedkoper zijn. Doordat intake en diagnose overbodig zijn, bespaart MOL bovendien op kostbare behandel-elementen als een testbatterij met vragenlijsten. Dankzij het transdiagnostische aspect vervalt bovendien de noodzaak tot diagnosespecifieke (vervolg)opleidingen, met als gunstig bijeffect dat behandelaren breder inzetbaar worden.

Niet al die vermeende voordelen kunnen binnen het bestek van deze thesis daadwerkelijk worden bestudeerd. Het betoog van de thesis richt zich op kostenefficiëntie; de overige vermeende — veelal kwalitatieve — voordelen van PCT en MOL staan opgesomd in Tabel 2.

| Voordeel PCT / MOL | Specifieke kwaliteit |
|----------------------|---|
| Bredere werking | <ul style="list-style-type: none"> • geen afzonderlijke diagnoses en protocollen • geen specialisaties • minder opleidingstijd • bredere inzetbaarheid behandelaren • kortere wachtlijsten |
| Diepere werking | <ul style="list-style-type: none"> • geen symptoombestrijding, maar aanpak van onderliggende problematiek • duurzamer 'herstel' • kortere wachtlijsten |
| Minder behandel tijd | <ul style="list-style-type: none"> • kostenefficiënter • minder stigmatiserend • kortere wachtlijsten |
| Humanistisch | <ul style="list-style-type: none"> • waardiger, minder stigmatiserend, laagdrempeliger • hogere therapietrouw • meer toestroom |

Tabel 2. Kwalitatieve voordelen PCT en MOL

Er wordt een poging gedaan in kaart te brengen wat een paradigmawissel zou opleveren in termen van behandel effect (klachtenreductie) en efficiëntie (kosten). Er wordt daarbij niet inhoudelijk ingegaan op de juistheid van de claims van PCT/MOL-theoretici. Hun uitspraken en denkbeelden worden voor waar aangenomen, net als de

uitkomsten van bestaande effectstudies. Daarmee is niet gezegd dat die claims juist zijn, maar wel dat die vraag er in dit onderzoek niet toe doet. Er is namelijk nog maar weinig empirisch onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van MOL en daardoor is er geen andere optie dan gebruikmaken van het onderzoek dat er is.

Hayes (2008), (mede)grondlegger van de ACT, stelt dat 'vooruitstrevende vakgebieden een corpus aan observaties, principes, concepten en theorieën ontwikkelen, die nauwgezet, panoramisch, nuttig en systematisch zijn.' Dat was de strategie waarmee hij en zijn collega's ACT sinds medio jaren negentig tot een succesvolle therapie hebben gemaakt. 'Het was onze bedoeling om een vooruitstrevend wetenschappelijk programma op te zetten. Daaraan hebben we vijftien jaar besteed voordat we ons weer op uitkomsten richtten.' MOL/PCT lijkt momenteel qua onderzoek en populariteit vergelijkbaar met ACT in 1993. Het corpus aan nauwgezette, panoramische, nuttige en systematische principes, concepten en theorieën is er, maar de cruciale observaties ontbreken nog. Daarvoor zijn randvoorwaarden noodzakelijk als goodwill (bij financiers) en onderzoekstijd. Naarmate de te verwachten baten van MOL groter zijn, stijgt de kans dat aan die randvoorwaarden zal worden voldaan.

De hoofdvraag van deze studie luidt derhalve: Welke kwantitatieve voordelen (behandeleffecten, kosteneffectiviteit en kosten) zijn er te verwachten van een paradigmawissel naar PCT/MOL?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het zinvol drie subvragen te onderscheiden:

1. Werkt MOL effectiever dan CGT (en andere actuele behandelmodellen) en zo ja hoeveel?
2. Werkt MOL efficiënter dan CGT (en andere actuele behandelmodellen) en zo ja hoeveel?

3. Hoe groot zijn de te verwachten financiële voordelen van een paradigmawissel naar PCT/MOL?

Methode

Design

Het onderzoek bestaat uit een verzameling van literatuurstudies. In studie 1 werd — teneinde subvraag 1 te beantwoorden — gezocht naar literatuur over de effectiviteit van MOL. In studie 2 werd — teneinde subvraag 2 te beantwoorden — via Ebscohost, Google Scholar en Google gezocht naar literatuur waarin de efficiëntie van MOL wordt aangetoond. In studie 3 werd — teneinde subvraag 3 te beantwoorden — een herberekening gemaakt van de kosten van de curatieve GGZ, uitgaande van de antwoorden uit studie 2. Hierbij werd vooral gebruik gemaakt van informatie afkomstig van grote data-verzamelaars. Deze dataverzamelaars, (semi-)overheidsorganen en aanverwante bedrijven als de Algemene Rekenkamer, de NZA, het CBS, Vektis en de RIVM,⁵ rapporteren met enige regelmaat over cliëntenstromen, behandelchelons en diagnoses als percentage van het geheel. Nadelig aan die rapportages is dat ze deelaspecten belichten en daarbij niet dezelfde bronnen en dus ook niet dezelfde kerncijfers hanteren. Zo rapporteert Vektis over aantallen nieuwe DBC's per jaar en het CBS over alle DBC's. Waar de Algemene Rekenkamer (2017) de kosten van de GGZ in 2017 op € 4,3 miljard stelt, hanteert de Nederlandse Zorgautoriteit (Aan de Slag) voor hetzelfde jaar € 3,785 miljard. De Algemene Rekenkamer merkt zelf in een rapportage van patiëntenaantallen al op: 'Als gevolg van een stelselwijziging in de GGZ zijn cijfers van vóór 2014 niet goed vergelijkbaar met cijfers van daarna' (Algemene Rekenkamer, 2020). Interpretatie van die cijfers dient dus omzichtig te worden uitgevoerd.

⁵ Het RIVM is een zelfstandig onderdeel van het ministerie van VWS, maar heeft ook andere opdrachtgevers. Het is bij wet geregeld. Het signaleert welk onderzoek er nodig is en voert dit uit. Het geeft advies aan overheid, professionals en burgers, en deelt kennis.

Procedure

Studie 1: Voor het beantwoorden van subvraag 1 werd via Ebscohost een literatuur-onderzoek (21-9-2021) gedaan met de zoektermen “effect size”, “method of levels” en ‘Powers” binnen de periode vanaf 1-1-2000, vakgebied psychologie. Dit leverde 167 artikelen op, waarvan de meeste veeleer over geneeskunde gingen dan over psychologie. Vervanging van “method of levels” door “MOL” gaf geen nieuwe hits, vervanging van “effect size” door “RCT” evenmin. Op 20-9-2021 werd het database-onderzoek uitgebreid met de periode 1-1-1990 — 1-1-2000. Dit leverde geen aanvullende hits op.

De eerste inhoudelijke screening kende drie inclusiecriteria, te weten ‘behandelingen volgens de Method of Levels’ en ‘cijfermateriaal waaruit de doelmatigheid van de behandeling blijkt’. Na deze screening resteerden 18 artikelen en tijdens bestudering van de inhoud werd er een titel toegevoegd, waardoor het totaal op 19 kwam. In een tweede screeningsronde bleek het merendeel van de artikelen data te hergebruiken uit 6 artikelen waarin die cijfers betreffende effectiviteit oorspronkelijk werden gerapporteerd. Alleen die 6 artikelen zijn gehandhaafd:

- Carey, Carey, en Mullan et al. (2009)
- Carey en Mullan (2008)
- Carey, Tai, en Stiles (2013)
- Churchman, Mansell, en Tai (2019)
- Griffiths, Mansell, en Carey et al. (2019)
- Grzegorzolka, McEvoy, en Mansell (2019)

Alle relevante onderzoeksgegevens zijn opgenomen in Tabel 3.

Studie 2 beoogt subvraag 2 te beantwoorden: Werkt MOL efficiënter dan CGT (en andere actuele behandelmodellen) en zo ja hoeveel? Om die vraag te kunnen beoordelen

werden drie verschillende subonderzoeken verricht. Studie 2a dient ter beantwoording van het eerste deel van de vraag: hoe efficiënt is MOL? Studie 2b dient ter beantwoording van het tweede deel van de vraag: hoe efficiënt is CGT? In studie 2c werd ten slotte een alternatieve benadering gekozen om de behandel efficiëntie van beide methoden te vergelijken.

In studie 2a werd — ter beantwoording van subvraag 2a — in Ebscohost een database-onderzoek (11 & 12-10-2021) gedaan met de zoektermen “efficiency”, en “method of levels” binnen de periode vanaf 1-1-1990, vakgebied psychologie. Dit leverde 66 artikelen op. Na een eerste screening met als inclusiecriteria ‘behandeling volgens de Method of Levels’ en ‘efficiency van de behandeling’, bleven er 10 artikelen over. Vervanging van “efficiency” door respectievelijk “number of sessions” (20 hits), “length of session” (20 hits), “duration of treatment” (7) en “speed of recovery” (1) leverde na eerste screening negen artikelen op. Ook die werden inhoudelijk getoetst aan de inclusiecriteria.

In een tweede selectieronde vielen alle artikelen af die geen originele data opleverden. Er resteerden 6 artikelen waarvan er vier al waren gevonden in studie 1. Alle relevante gegevens zijn te vinden in Tabel 3.

- Carey, Carey, en Mullan et al. (2009)
- Carey en Mullan (2007)
- Carey en Mullan (2008)
- Carey, Tai, en Stiles (2013)
- Churchmann, Mansell, en Tai (2021)
- Griffiths, Mansell, en Carey et al. (2019)

Studie 2b: Voor het beantwoorden van subvraag 2b werd (op 31-5-2022) in Ebscohost literatuurstudie verricht naar de efficiency van CGT. In de periode na 2010 en

binnen de domeinen peer-reviewed en psychologie werd — na enkele pogingen met verwante zoektermen die ofwel geen ofwel veel te veel resultaten opleverden - gezocht met de zoektermen “psychotherapy”, “efficiency” en “meta-analysis”. Gezien de grote hoeveelheid aan CGT-studies (50 hits) leek een langere periode onnodig. Na selectie op bruikbaarheid bleven er negen studies over. Inclusiecriteria waren ‘data in artikel’ en ‘niet over een specifiek deelonderwerp’.

Studie 2c: Een alternatief antwoord op subvraag 2 werd verkregen door gegevens uit onderzoek 2a te vergelijken met onderzoeksgegevens van derden. Het gaat hierbij puur om het aantal sessies dat een behandeling in beslag neemt. Behandeleffectiviteit speelt geen rol.

Studie 3: Voor het beantwoorden van subvraag 3 werd een herberekening gemaakt van de kosten van de GGZ, uitgaande van wat er te verwachten valt van het PCT-paradigma. Hiervoor wordt beredeneerd hoe het verschil in effectiviteit en efficiëntie doorwerkt in de maatschappelijke kosten van de curatieve GGZ. Daarnaast wordt een beredeneerde schatting gemaakt van de besparing die valt te behalen door de systeemverandering die hiervan het vervolg zal zijn. Hiervoor is vooral gebruik gemaakt van informatie die wordt verschaft door de eerdergenoemde grote data-verzamelaars NZA, CBS, Vektis en RIVM, ook al zijn die data niet per se eenduidig of zuiver.

In de discussie wordt een beredeneerde benadering gegeven van de te behalen voordelen van een paradigkawissel, zowel financieel als in andere opzichten (filosofisch, bijvoorbeeld).

Er worden inzichten, data en redeneringen met elkaar gecombineerd en tegen elkaar afgezet, maar een meetinstrument werd niet ontwikkeld en statistische analyse was overbodig. Van een onderzoek met proefpersonen, een steekproef en een manipulatie is geen sprake en dus was ook ethische controle niet nodig.

Resultaten

Studie 1

Studie 1 dient ter beantwoording van subvraag 1 of MOL effectiever is dan CGT. Er zijn zes onderzoeken beschikbaar waarin originele effectgrootten van MOL worden gerapporteerd (zie Tabel 3]. Deze onderzoeken zijn verschillend van aard en methode: nrs. 1, 2 en 3 kennen betrekkelijk grote groepen deelnemers met een breed palet aan klachten. Het zijn geen gerandomiseerde onderzoeken. Alle proefpersonen zijn afkomstig uit dezelfde praktijk, waardoor de selectie mogelijk is beïnvloed door bias.

De gerapporteerde effectgrootten in deze drie onderzoeken zijn gemiddeld tot groot, waaruit kan worden geconcludeerd dat MOL een effectieve behandeling is. De resultaten zijn echter niet robuust. Volgens de onderzoekers is de interpretatie van de uitkomsten lastig bij gebrek aan randomisering en controlegroep. Bovendien valt bias niet uit te sluiten aangezien Tim Carey, na Powers de belangrijkste kracht achter MOL, bij alle drie de onderzoeken betrokken is als behandelaar en auteur.

De drie andere onderzoeken zijn selectiever, want ze zijn gericht op een bepaalde leeftijdscategorie (4, adolescenten) of diagnose (5, epilepsie en 6, slaapproblemen).

Het effect van MOL-behandeling van adolescenten (4) wordt gerapporteerd als gemiddeld, met een klachtenreductie van ca $r = .50$. Achter dat gemiddelde gaat een veel minder flatteus gegeven schuil, te weten dat slechts 5 van de 12 participanten herstelt en dat er vier maanden na de behandeling nog slechts bij 3 van de 12 van herstel sprake is, bij 1 verbetering en bij 1 verslechtering. De gemiddelde klachtenreductie verbergt dus het feit dat het behandel-effect na enkele maanden bij (gunstig genomen) slechts 1/3 van de deelnemers positief is. Vergelijkingscijfers uit reguliere behandelingen ontbreken, maar desondanks is het evident dat MOL hier weinig toegevoegde waarde heeft.

Het onderzoek bij epilepsiepatiënten (5) is het enige van de zes onderzoeken dat als RCT is ingericht. Het levert zodoende de meest robuuste cijfers van de zes onderzoeken, maar de onderzoekers constateren dat de uitkomsten moeilijk interpreteerbaar zijn, voornamelijk omdat MOL alleen als toegevoegde therapie werd ingezet. De bijdrage van MOL kan niet bewezen worden. De effectgrootten, zeker op lange termijn, zijn gering, terwijl de standaardfout groot is.

Het onderzoek naar de toepasbaarheid van MOL bij slaapproblemen (6) betreft twee case-studies en heeft derhalve geen statistische betekenis. Dat beide patiënten van hun problemen verlost raken, suggereert dat MOL werkt bij deze populatie, maar bij gebrek aan controlegroep en cijfers op lange termijn kunnen hier geen nadere conclusies aan worden verbonden.

Van de zes pogingen om de effectiviteit van MOL-therapie aan te tonen, leveren er dus drie geen bevestigend antwoord op. De andere drie onderzoeken tonen gunstige bevindingen. Gemiddeld genomen lijkt de effectiviteit van MOL dus aangetoond. Aangezien de validiteit en betrouwbaarheid van de positieve resultaten te wensen overlaten, moet echter worden geconstateerd dat subvraag 1 niet kan worden beantwoord.

Absence of proof is geen proof of absence. De genoemde gunstige bevindingen zouden op zijn minst de aanleiding moeten vormen voor grondiger onderzoek, d.w.z een aantal studies waarin de genoemde statistische en procedurele tekortkomingen worden ondervangen.

Studie 2a

| Artikel | Controle | Random | Populatie | n | Klacht | Effectiviteit | Efficiency | Sessiedu | Traject** | No show |
|---------|----------|--------|-----------|---|--------|---------------|------------|----------|-----------|---------|
| | | | | | | | | ur (min) | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------|-----|-----|---------------|-----|-------|--------------|---------|-----------|----------|--------------|
| CCM2009 | Nee | Nee | Alg | 120 | Alg. | $d=0.77$ | =non-SR | - | - | - |
| CM2007 | Nee | Nee | Alg | 69 | Alg. | -30%. | - | $m=30/35$ | $m=127m$ | - |
| | | | | | | $d=onbekend$ | | | | |
| CM2008 | Nee | Nee | Alg | 90 | Alg. | $d=0.80$ | - | - | $m=2s$ | 23%* |
| CMT2019 | Nee | Nee | Adolescenten | 12 | Geen | $d=1.38^*$ | - | - | 6-8s | - |
| CMT2021 | Nee | Nee | 11-16 jr | 12 | | $d=2.89^*$ | - | 15-50 | $m=1-3s$ | - |
| CTS2013 | Nee | Nee | Alg | 47 | Alg. | $d=1.45$ | 4* | 49.2-49.8 | $m=3s$ | 27%- 35%* |
| GMC2019 | Ja | Ja | FEP | 36 | FEP | $d=0.59$ | - | - | $m=2s$ | 8.7% |
| GMM2019 | Nee | Nee | Slaapstoornis | 2 | Slaap | -83%, | - | - | - | - |
| | | | | | | $d=onbekend$ | | | | |

Tabel 3. Effectiviteit van MOL-therapie

*afgeleid uit beschikbare data

**s = sessies; m = minuten

Subvraag 2 wordt beantwoord door middel van drie substudies (2a t/m 2c). Studie 2a berust op gegevens afkomstig uit zes onderzoeken naar MOL waarin cijfermatige data worden verstrekt over aantallen sessies per behandeling. In een ervan wordt opgemerkt dat het aantal geconsumeerde sessies bij MOL en SR-behandelingen vrijwel gelijk is. In vier van de andere vijf wordt die vergelijking met SR-behandelingen niet gemaakt, maar wordt in plaats daarvan vooral gekeken naar aantallen MOL-

behandelingen, uitval/afzeggingen en behandelingsresultaat. Behandelingsresultaat blijkt in veel gevallen toe te nemen met behandelingsduur/aantal sessies, bij één onderzoek (CMT2008) wordt zelfs gemeld dat er een significant behandelingsresultaat is zodra er meer dan een sessie wordt afgenomen. Verder worden er drie kenmerkende verschijnselen van MOL gerapporteerd die volgens de verklaring van Griffiths et al. vermoedelijk gerelateerd zijn aan het cliëntgestuurde karakter van MOL: 1. hoge therapietrouw (de meeste afzeggingen zijn toe te schrijven aan een gering aantal proefpersonen), 2. korte sessies (30-35 minuten volgens Carey & Mullan, 2007; 15-50 volgens Churchmann, Mansell, & Tai, 2021), 3. sterk wisselende frequentie.

Aantal sessies

Het totaal aantal sessies laat zich moeilijk onderling vergelijken, maar de tendens is duidelijk: Mol-behandelingen zijn kortdurend. Carey et al. (2007) rapporteren een gemiddelde van 127 behandelminuten (vergelijkbaar dus met drie reguliere sessies van ca 45 minuten), Carey et al. (2008) noemen een mediaan van 2 sessies, Churchmann et al. rapporteren een mediaan van 3 sessies en Griffiths et al. geven een mediaan van 2. Volgens de indeling van Shapiro, Barkham, en Stiles et al. (2003) zijn MOL-behandelingen 'ultrakort' (6 sessies of minder), vermoedelijk in de orde van grootte van twee of drie sessies.

Treatment efficiency

Effectiviteit en efficiëntie zijn twee kanten van dezelfde behandelmedaille. Effectiviteit betreft de kwaliteit van de behandeling, doorgaans uitgedrukt in klachtenreductie. Efficiëntie betreft de kosteneffectiviteit van de behandeling, veelal uitgedrukt in aantallen sessies of behandelminuten. Carey, Tai, en Stiles (2013) thematiseren in hun artikel de effectiviteit en efficiency van MOL in een psychologische kliniek in de zogeheten secondary care in Australië (=specialistische zorg, vergelijkbaar

met SGGZ). Ze hanteren als eenheid van behandelefficiëntie (treatment efficiency) de formule effectgrootte / gemiddeld aantal sessies, waarbij effectgrootte gelijk is aan het verschil tussen eind- en beginmeting gedeeld door de standaarddeviatie van de beginmeting (zie Tabel 4).

Wanneer Carey, Tai en Stiles hun eigen behandelgegevens vergelijken met twintig andere onderzoeken naar behandelresultaten, blijkt de kracht van behandelefficiëntie als eenheid. In één klap zijn al die behandelingen daadwerkelijk vergelijkbaar. De conclusie dat MOL efficiënter werkt dan andere behandelingen lijkt onontkoombaar. MOL heeft een efficiencyratio van .40, een straatlengte verschil met de nummer twee, die .31 haalt. Bovendien geldt voor de onderzoeken die qua efficiency in de buurt komen van het MOL-onderzoek (Stiles et al., 2008a en 2008b) dat ze plaatsvonden binnen de Britse primary care, een populatie die vergelijkbaar is met die van de POH-GGZ in Nederland, aanzienlijk lichter qua problematiek dan de secondary care (tweede lijn) uit het onderzoek van Carey et al. Als we de selectie om die reden opschonen geeft het onderzoek van Gobbard en Hanley de beste score onder de non-

MOL-participanten: .17. Marriott en Kellett geeft met .04 de slechtste score. MOL is dus $(.40 / .17 =) 2,35$ tot tienmaal efficiënter dan de onderzochte SR-behandelmethoden.

Table 4

Average Session Numbers, Effect Sizes, and Efficiency Ratio for Various Published Studies of Evaluations of Routine Clinical Practice

| Reference | n | Therapy [†] | Average session | Effect size | Efficiency ratio [*] |
|---------------------------|-------|--------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|
| Current study | 47 | MOL | 3.6 | 1.45 | 0.40 |
| Marriott & Kellett (2009) | 25 | Medium-term PCT | 20.6 | 0.87 | 0.04 |
| Persons et al. (1999) | 45 | CBT | 34.8 | 1.79 | 0.05 |
| Paley et al. (2008) | 62 | PIT using BDI [‡] | 16.9 | 0.87 | 0.05 |
| Paley et al. (2008) | 62 | PIT using CORE-OM [‡] | 16.9 | 0.76 | 0.05 |
| Marriott & Kellett (2009) | 27 | Medium-term CAT | 21.1 | 1.23 | 0.06 |
| Westbrook & Kirk (2005) | 893 | CBT using BAI [‡] | 13.2 | 0.94 | 0.07 |
| Marriott & Kellett (2009) | 27 | Medium-term CBT | 21.9 | 1.72 | 0.08 |
| Marriott & Kellett (2009) | 38 | Short-term PCT | 10.4 | 0.87 | 0.08 |
| Marriott & Kellett (2009) | 38 | Short-term CAT | 13.4 | 1.04 | 0.08 |
| Westbrook & Kirk (2005) | 893 | CBT using BDI [‡] | 13.2 | 1.15 | 0.09 |
| Clement (2008) | 550 | Eclectic | 17.4 | 1.87 | 0.11 |
| Marriott & Kellett (2009) | 38 | Short-term CBT | 13.4 | 1.90 | 0.14 |
| Stiles et al. (2008b) | 261 | PDT | 8.1 | 1.29 | 0.16 |
| Gibbard & Hanley (2008) | 697 | PCT | 7.0 | 1.20 | 0.17 |
| Stiles et al. (2008b) | 1,045 | CBT | 7.3 | 1.38 | 0.19 |
| Stiles et al. (2008b) | 1,709 | PCT | 6.8 | 1.39 | 0.20 |
| Stiles et al. (2008b) | 1,035 | CBT + 1 | 6.1 | 1.40 | 0.23 |
| Stiles et al. (2008b) | 530 | PDT + 1 | 6.0 | 1.42 | 0.24 |
| Stiles et al. (2008b) | 1,033 | PCT + 1 | 5.8 | 1.43 | 0.25 |
| Stiles et al. (2008a) | 9,703 | Various | 6.4 | 1.96 | 0.31 |

‡ BDI is Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996), BAI is Beck Anxiety Inventory, CORE-OM is de Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall, & Twigg, 2005). † Therapy: CBT = CGT; PCT = Persoonsgerichte therapie; PDT = Psychodynamische therapie; CBT + 1 = CGT in combinatie met een andere therapie; PCT + 1 = PCT in combinatie met een andere therapie; PDT + 1 = Psychodynamische therapie in combinatie met een andere therapie; PIT = Psychodynamische Interpersoonlijke therapie; CAT = Cognitief analytische therapie; Eclectic = "pragmatisch, empirisch, experimenteel, en functioneel" (Clement, 2008, p. 217); Various = "veelvoorkomende benaderingen als integratief (40.4%), persoonsgericht (37.0%), gestructureerd/kort (31.4%), cognitief-gedragsmatig (26.4%), ondersteunend (16.8%), en psychodynamisch (16.1%)" (Stiles, Barkham, Connell, & Mellor-Clark, 2008a, p. 299); MOL = Method of Levels.

Tabel 4. Effectiviteit en efficiëntie van verschillende behandelingen, overgenomen uit Carey et al. (2013)

Studie 2b

Om zelf de efficiency van MOL te vergelijken met die van CGT zijn er gegevens gebruikt uit een onderzoek dat werd gevonden doordat het in een van de gebruikte studies werd geciteerd. Het betreft Hans (2013), een meta-analyse waarin data worden gerapporteerd over CGT bij depressie. Deze cijfers lenen zich voor vergelijking doordat in het betreffend artikel behalve effectgrootten ook aantallen sessies worden gegeven (zie Tabel 5).

Benchmark Comparisons With Efficacy Studies: Pre-Post Effect Sizes for the Reduction of Depressive Severity by Treatment Format

| Study | Format | Therapy type | Completer | | | | | Intention-to-treat | | | | | %Dropout |
|--------------------------------|--------|--------------|-----------|----------|----------|------------|-------------|--------------------|----------|----------|------------|--------------------|----------|
| | | | <i>k</i> | <i>N</i> | <i>d</i> | 95% CI | Sessions | <i>k</i> | <i>N</i> | <i>d</i> | 95% CI | Sessions | |
| Effectiveness | Ind | CBT | 9 | | 1.26 | 1.05, 1.46 | 21.71 | 8 | | 1.12 | 0.98, 1.26 | 18.99 | 42.00 |
| Dimidjian et al. (2006) | Ind | CT, BA | — | — | — | — | — | 64 | | 2.22 | 1.34, 3.11 | ≤24.00 | 10.71 |
| Elkin et al. (1989) | Ind | CBT | 37 | | 1.90 | 1.27, 2.53 | 16.20 | 59 | | 1.44 | 0.99, 1.88 | 13.00 ^a | 32.20 |
| Jacobson et al. (1996) | Ind | BA, AT, CBT | 137 | | 2.60 | 2.21, 2.99 | 12.00–20.00 | 149 | | 2.46 | 2.10, 2.82 | <12.00 | 8.05 |
| Jarrett et al. (1999) | Ind | CT | — | — | — | — | — | 36 | | 1.80 | 1.18, 2.42 | 17.40 | 13.89 |
| King et al. (2000) | Ind | CBT | 117 | | 1.66 | 1.33, 2.00 | 6.00–12.00 | 134 | | 1.28 | 0.99, 1.56 | ≤12.00 | 12.69 |
| Effectiveness | Grp | CBT | 18 | | 1.06 | 0.92, 1.20 | 11.18 | 3 | | 0.87 | 0.70, 1.04 | 8.78 | 16.70 |
| Allart-van Dam et al. (2003) | Grp | CBT | — | — | — | — | — | 61 | | 0.87 | 0.48, 1.25 | 9.39 | 17.74 |
| Beutler et al. (1991) | Grp | CT | — | — | — | — | — | 21 | | 1.29 | 0.57, 2.01 | 20.00 | 40.00 |
| R. A. Brown & Lewinsohn (1984) | Grp | CBT | 25 | | 1.28 | 0.62, 1.94 | 12.00 | — | — | — | — | — | 3.13 |
| Neimeyer et al. (2008) | Grp | CBT | 35 | | 1.19 | 0.64, 1.73 | 10.00 | — | — | — | — | — | 23.91 |
| Teri & Lewinsohn (1986) | Grp | CBT | 47 | | 1.93 | 1.37, 2.49 | 12.00 | — | — | — | — | — | 8.00 |

Note. Dashes indicate data are not available. *k* indicates the number of pooled effect sizes. AT = automatic thoughts; BA = behavioral activation; CBT = cognitive behavioral therapy; CI = confidence interval; CT = cognitive therapy; %Dropout = proportion of patients who have attended at least one but fewer than the number of sessions necessary to complete treatment; Grp = group therapy; Ind = individual therapy.

^a Based on total sample.

Tabel 5. Effectgrootten en aantallen sessies per therapiesoort, overgenomen uit Hans (2013)

Op basis van deze data valt te berekenen dat de overall efficiency voor individuele behandelingen ($1.26/21.71=$) .06 was en de overall efficiency voor groepstherapie ($1.06/11.18=$) .10. De hoogste individuele efficiency (.16) werd behaald in twee onderzoeken (Elkin en Neimeyer), beide met hoge dropoutpercentages (respectievelijk ca 32% en ca 24%). Vergelijken we deze cijfers met de treatment efficiency van MOL (de 'current study' in studie 2a), dan is MOL met een efficiency van .40 een factor 6,7 efficiënter dan individuele therapie, een factor 4 efficiënter dan groepstherapie en een factor 2,5 efficiënter dan de twee meest efficiënte behandelingen. Daarbij is niet gecorrigeerd voor dropout. Ook op basis van studie 2b kan dus worden geconcludeerd dat de efficiëntie van MOL aantoonbaar groter is dan die van andere behandelingen.

Studie 2c

Voor een derde benadering van de behandel-efficiency worden aantallen sessies MOL vergeleken met aantallen sessies SR-behandelingen. Daarbij wordt verondersteld

dat het behandelingseffect na afloop van de behandeling gelijk is ook al was er sprake van verschillende behandelmethoden. Deze aanname is ietwat arbitrair, maar hierdoor wordt het wel mogelijk om het verschil in efficiency te berekenen. De formule daarvoor is logischerwijze als volgt: efficiencyverschil is gelijk aan het aantal sessies SR gedeeld door het aantal sessies MOL.

SR-behandelingen zijn menigmaal protocollair, met voorgeschreven aantallen van 10, 12 of meer sessies. Volgens Hansen, Lambert, en Forman (2002) ligt gemiddelde aantal sessies dat in werkelijkheid wordt afgenomen echter aanzienlijk lager. In 2002 stelden zij vast dat het er minder dan vijf waren, gemeten bij een groep van 6000 cliënten. Glover, Webb, en Evison (2010) kwamen bij hun evaluatie van een groot aantal SR-behandelingen tot een mediaan < 10 bij 7825 geregistreerde patiënten. 'Minder dan vijf' zal gezien de manier waarop statistische onderzoeksresultaten doorgaans worden gepresenteerd ongetwijfeld meer dan vier betekenen en 'minder dan tien' meer dan negen.

Ter vergelijking worden de MOL-cijfers uit studie 2a gebruikt die suggereren dat MOL-behandelingen 2 à 3 sessies duren. In het voor MOL ongunstigste geval betekent dit dat MOL (4 SR / 3 MOL =) 1,3 maal efficiënter is. En in het gunstigste geval (9 SR / 2 MOL =) 4,5 maal. Het hoeft geen betoog dat deze manier van rekenen onverantwoord is, al was het maar omdat de grootste MOL-groep 120 personen groot, terwijl de SR-gegevens over duizenden sessies gaan: onvergelijkbare aantallen en dus onbruikbaar voor een zuivere vergelijking. Op basis van deze gegevens kan dus niet worden beredeneerd in welke mate MOL efficiënter is dan SR. Het lijkt echter onloochenbaar dat MOL efficiënter is.

Samenvatting van de bevindingen van studies 1 en 2

Er is betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit en efficiëntie van MOL-therapie. Het onderzoek dat is gedaan is bovendien verricht door pleitbezorgers voor MOL die veelal ook zelf de behandelaren waren en mogelijk ook degenen die bepaalden wie er wel en niet tot de onderzoekspopulatie behoorden. Bias valt dus niet uit te sluiten, om niet te zeggen dat bias bijna gegarandeerd is bij deze onderzoeken. Voorzichtige interpretatie van de gegevens leidt ertoe dat in studie 1 geen robuust effect van MOL kan worden geconcludeerd. Dat in de drie andere studies wel efficiëncyratio's worden gevonden is daarmee in tegenspraak, want zonder effect kan er geen efficiency bestaan.

Hoe beperkt de bevindingen ook zijn en hoe verantwoord het moge lijken om voorzichtig om te gaan met die weinige gegevens, de in studie 2a t/m 2c gevonden cijfers zijn werkelijke efficiëncyratio's gerapporteerd in of afgeleid uit peer reviewed wetenschappelijke artikelen. Met enige slagen om de arm mogen op basis daarvan wel conclusies worden getrokken. De minimum- en maximumwaarden uit de studies 2a t/m 2c zijn weergegeven in Tabel 6.

| Efficiëncyratio MOL t.o.v. non-SR | Minimum | Maximum |
|-----------------------------------|---------|---------|
| Studie 2a | 2,4 | 10 |
| Studie 2b | 2,5 | 6,7 |
| Studie 2c | 1,3 | 4,5 |

Tabel 6. Efficiëncyratio's uit de studies 2a t/m 2c.

Marken en Carey (2014) relativeren elke discussie over efficiëntie en effectiviteit door droogjes de conclusie aan te halen van een onderzoek van Norcross (2000) dat

70% van de mensen die in aanmerking komt voor een diagnose van een mentale of gedragsstoornis nooit specialistische geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen. Norcross' onderzoek was een van de aanleidingen om in Australië en het Verenigd Koninkrijk drempelverlagende initiatieven te ontwikkelen voor de GGZ, respectievelijk Better Access en Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). In de discussie over effectief en efficiënt behandelen wordt momenteel dus naar slechts 30% van de potentiële cliëntèle gekeken. Aangezien niet bekend is waarom die andere 70% geen hulp zoekt, mag niet op voorhand worden verondersteld dat die mensen gelijk zijn aan en / of gelijk zouden reageren op therapie. In die zin kunnen de cijfers die effectiviteit en efficiëntie aangeven niet per se worden gegeneraliseerd. Tegelijkertijd is het duidelijk dat initiatieven om de GGZ toegankelijker te maken zin hebben zolang zoveel mensen die vermoedelijk baat bij behandeling zouden hebben die behandeling niet zoeken.

Studie 3

Het doel van studie 3 is het beantwoorden van subvraag 3 naar de potentiële besparing die het gevolg zou zijn van een paradigmawissel van SR naar PCT. Teneinde de grootte van die besparing vast te stellen, worden de volgende berekeningen uitgevoerd:

Berekening 1: Zorgbudget – administratietijd = netto behandelkosten

Berekening 2: Netto behandelkosten – efficiencywinst MOL = netto behandelkosten MOL

Berekening 1: Het zorgbudget, zoals gerapporteerd door Vektis, is gebaseerd op DBC-cijfers en kan derhalve slechts op een manier worden geïnterpreteerd: dit zijn kosten die direct worden vergoed aan behandelaren, naar rato van behandeltime.

Berekening 1 is noodzakelijk om uit dit zorgbudget een onzuiverheid te verwijderen.

Niet alle kosten uit het zorgbudget zijn immers zorgkosten. Administratietijd moet worden afgetrokken, want een MOL-therapeut doet niet aan verslaglegging.

Verslaglegging is volgens MOL niet nodig en zelfs niet mogelijk (Carey, 2006).

Verantwoording aan de zorgverzekeraar vereist echter enige mate van verslaglegging waaraan een MOL-therapeut zelfs in een ideale wereld niet kan ontsnappen, dus laten we ruimhartig 10% administratietijd rekenen bij MOL-behandelingen. Bedroeg in de jaren 2006-2022 de administratieve overhead van de GGZ 40%, dan besparen we dus voorafgaand aan de efficiencyberekening al 30% van het zorgbudget. Gemakshalve is er in de berekening vanuit gegaan dat het totale zorgbudget voor de curatieve GGZ € 4 miljard bedraagt, hetgeen het exacte gemiddelde is van de eerder gerapporteerde bedragen van € 3,7 en € 4,3 miljard en vrijwel gelijk aan de € 4,1 miljard van de meest recente meting (Algemene rekenkamer, 2017).

Berekening 1 ziet er dan als volgt uit:

Totaal zorgbudget curatieve GGZ: € 4 miljard

Administratieve besparing (30%): € 1,2 miljard

Rest (= netto behandelkosten): € 2,8 miljard

Berekening 2: Voor de berekening van de efficiencywinst hebben de studies 1 t/m 2c zes sterk uiteenlopende cijfers opgeleverd. Het heeft voor de discussie geen zin al die ratio's door te berekenen. Om die reden worden hier alleen de minimale en maximale waarde gebruikt. Bij de minimale efficiencyratio van 1,3 levert dit de volgende berekening op:

Netto behandelkosten: € 2,8 miljard

Netto behandelkosten MOL = € 2,8 miljard / 1,3 = € 2,2 miljard

Totale besparing = € 1,2 + (€ 2,8 - € 2,2) = € 1,8 miljard

Bij de maximale efficiencyratio van 10 levert dit de volgende berekening op:

Netto behandelkosten: € 2,8 miljard

Netto behandelkosten MOL = € 2,8 miljard / 10 = € 0,3 miljard

Totale besparing = € 1,2 + (€ 2,8 – € 0,3) = € 3,7 miljard

De totaal te behalen besparing bedraagt dus ten minste € 1,8 miljard (45%) en ten hoogste € 3,7 miljard (= 92,5%).

Beantwoording van de hoofdvraag

De vraag welke kwantitatieve voordelen (behandeleffecten en kosteneffectiviteit) er verwacht kunnen worden van een paradigmawissel naar PCT/MOL laat zich niet gemakkelijk beantwoorden. De antwoorden op de subvragen 1 t/m 3 zijn deels tegenstrijdig. Met name de sprong van het antwoord op subvraag 1 (geen robuust behandelingseffect aangetoond) naar het antwoord op subvraag 3 (een maximale besparing van 92,5%) is verwarrend. Om die reden volgt er een uitgebreide discussieparagraaf ter toelichting op de nu volgende conclusies.

De behandelingsefficiency van MOL blijkt in alle onderzoeken groter dan die van SR. MOL-behandelingen vergen minder sessies en bovendien zijn die sessies vaak korter. Dat maakt dat er door hetzelfde aantal therapeuten meer cliënten kunnen worden geholpen of dat minder therapeuten volstaan om hetzelfde aantal cliënten te bedienen. De grotere efficiëntie van MOL maakt dat de kosten van de GGZ kunnen dalen met een factor van minimaal 1,3 tot maximaal 10. Doordat MOL minimale administratie vereist kan bovendien een besparing worden bereikt van 30% op het totale budget van de curatieve GGZ. In totaal betekent dit dat een paradigmawissel van SR/CGT naar PCT/MOL zal leiden tot een directe besparing van 45% tot 92,5% op het GGZ-budget. Daarnaast vallen er tal van indirecte besparingen te verwachten.

Discussie

De geestelijke gezondheidszorg in de hele westerse wereld heeft te maken met problemen die niet wezenlijk verschillend van die in Nederland, aangezien bijvoorbeeld

de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk werken binnen hetzelfde SR-paradigma. In een recente aflevering van het veelvuldig bekroonde humoristisch-informatieve tv-programma *Last Week Tonight* (31-7-2022) schetste presentator John Oliver een rampzalig beeld van de toestand van de Amerikaanse GGZ (Oliver, 2022). Wachtlijsten, personeelstekorten, administratieve belasting en bewerkelijke diagnostiek werden in dat programma aan de kaak gesteld, overigens zonder dat de paradigmakwestie aan de orde kwam. In het Verenigd Koninkrijk is in 2008 onder de titel *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) een ambitieus programma gestart om de geestelijke gezondheidszorg te hervormen. De kern van dat project wordt gevormd door cliëntervaringen. Het vijfjaarrapport dat de stuurgroep IAPT in 2016 uitbracht, was gebaseerd op interviews met 20.000 ervaringsdeskundigen (The Mental Health Taskforce, 2016). IAPT is een integratief project, d.w.z. dat vrijwilligersorganisaties, wetenschappers, behandelaren, cliënten en werkgevers er allemaal in betrokken worden. Het lijkt van enige afstand of de stakeholders van de Britse GGZ gezamenlijk op zoek zijn naar een nieuw paradigma. In Australië streeft de overheid met het project *Better Access* hetzelfde na. Er valt vermoedelijk veel te leren van de Britse en Australische aanpak. Vanzelfsprekend zou het eveneens goed zijn om in nader onderzoek de bevindingen te betrekken van niet-westerse geestelijke gezondheidszorg, die immers in de meeste gevallen niet op SR-basis is.

Onbetrouwbare data

Een ernstige beperking bij het doen van onderzoek naar behandel-effectiviteit en behande-efficiëntie is gelegen in de kwaliteit van de beschikbare data. Een tweede ernstige beperking is de teleurstellende kwaliteit van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek. Om met dat laatste te beginnen: in een poging de zuiverheid van de bevindingen van RCT's naar depressiebehandelingen te beoordelen

stellen Cuijpers et al. (2010) een set inclusiecriteria op om vervolgens de resterende artikelen te corrigeren voor publicatiebias. Het resultaat na die correctie luidt dat de bewezen werkzaamheid van CGT voor depressie zeer gering is.

Ook de studies waarin effectiviteit en efficiëntie van MOL-therapie worden aangetoond voldoen niet aan de inclusiecriteria van Cuijpers et al. Bovendien zijn ze allemaal belast met publicatiebias doordat Tim Carey in bijna alle gevallen zowel auteur van het artikel is als onderzoeker van dienst, behandelaar van de doelgroep en ook nog eens bedenker van de methode. Dat maakt de in deze thesis gehanteerde MOL-data niet per se onbruikbaar, ze zijn per slot van rekening allemaal afkomstig uit peer reviewed wetenschappelijke artikelen. We kunnen echter gerust aannemen dat de gepresenteerde bevindingen minder zuiver en minder veelzeggend zijn dan ze lijken. Een goed alternatief is er echter niet, afgezien van beter onderzoek gaan doen.

Om diverse redenen zijn andere effectiviteitscijfers uit deze thesis eveneens onbetrouwbaar. Zo leidt Vektis haar data af uit de DBC's en zoals eerder in dit betoog aan de orde is geweest blijken DBC-data geen waarheidsgetrouw beeld te geven. Behandelaren — die de DBC's invullen — hebben er in veel gevallen geen belang bij om exact te verantwoorden welke behandeling ze toepassen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld Partnerrelatietherapie niet declareren bij de zorgverzekeraar, met als gevolg dat ze dergelijke therapie 'weschrijven' als iets anders. Bij Partnerrelatieproblematiek raakt doorgaans een van de partners wel depressief of burned-out en dan kan de relatietherapie op die manier worden 'verantwoord'. Cijfers over hoe vaak dit gebeurt, zijn uit de aard der zaak niet bekend. Op de website van de stichting EFT Nederland staan evenwel 322 therapeuten die EFT for couples aanbieden, de populairste Partnerrelatietherapie van dit moment, en het is niet erg waarschijnlijk dat die allemaal de basismodule van 8 sessies of een van de andere langer lopende

Partnerrelatiebehandelingen op EFT-basis uitsluitend aanbieden aan zelfbetalende cliënten.

Diverse non-SR-behandelingen die momenteel worden vergoed door de zorgverzekeraars vallen te kwalificeren als holistische therapie. EMDR, ACT, AFT e.d. zijn niet voortgekomen uit het SR-paradigma, maar worden er in zekere zin oogluikend in toegelaten. Ze worden doorgaans vermoedelijk als volwaardige CGT gedeclareerd bij de zorgverzekeraars, overeenkomstig het feit dat de RINO dergelijke behandelingen rangschikt onder het kopje CGT. Ook dit verstoort uiteraard de data van Vektis.

Dat neemt niet weg dat gegevens zoals die worden verstrekt door Vektis door de NZA (en bij extensie de minister) en door de zorgverzekeraars als uitgangspunt van beleid worden gebruikt.

Geen gevestigde onderzoekstraditie

Door zich zo strikt mogelijk te beperken tot de observeerbare werkelijkheid waren de behavioristen in staat de heldere lineaire logica van het SR-paradigma te formuleren. Dat leidde er weliswaar toe dat het gedrag van mens en dier functioneel gelijk werd gesteld aan dat van een deurbel, maar het maakte het doen van onderzoek naar dat gedrag tamelijk overzichtelijk: je dient een organisme een prikkel toe en meet de respons.

Na zijn weerlegging van het Behaviorisme heeft Powers een alternatief paradigma geschetst, waarmee hij gedrag kan verklaren. Negative feedback is als functioneel model voor gedrag productief gebleken in de robotica en alleen daarom al is PCT superieur aan SR: als een robotarm werkt volgens het PCT-principe is het immers ondenkbaar dat een mensenarm werkt volgens het zoveel simpeler SR-principe. Ook Powers' theorie over conflict is fascinerend en geloofwaardig, maar het is en blijft een model van een onzichtbaar proces. In zekere zin heeft Powers zich met die theorie

blootgesteld aan dezelfde kritiek die de behavioristen hadden op hun voorgangers: de perceptiehiërarchie — hoe elegant ook als verklaring voor gedrag, geheugen en leren — is niet objectief waarneembaar.

Het moge duidelijk zijn dat PCT zich niet leent voor onderzoek binnen het SR-paradigma. Een prikkel toedienen aan de perceptiehiërarchie en dan de respons meten is onzinnig omdat je dan nog steeds niet weet wat er binnen die hiërarchie gebeurt. Er dient voor PCT dus een heel nieuw soort bewijsvoering te worden ontwikkeld, een PCT-logica. In de cybernetica, biologie, sociologie en diverse psychologische disciplines begint PCT zo'n onderzoekstraditie te krijgen. Binnen de klinische psychologie is er weliswaar aandacht voor PCT, maar is er nog nauwelijks een eigen onderzoeksmethode, laat staan dat er veel resultaten bestaan.

Er is meer

In deze thesis zijn allerlei indirecte effecten van een paradigmawissel buiten beschouwing gelaten. Zo vallen binnen een PCT-paradigma de kosten weg van specialistische vervolgoopleidingen en bijbehorend cursusmateriaal, (abonnementen op) diagnostische materialen en (al dan niet digitale) archiefsystemen. Dit zijn geen kosten die in de huidige situatie binnen het zorgbudget vallen, maar ze moeten wel worden betaald uit de inkomsten van therapeuten en instellingen, en wegen dus wel mee. Bovendien kosten al deze activiteiten tijd die ook aan behandelen zou kunnen worden besteed.

Een ander indirect effect moet afzonderlijk worden genoemd, al is het ook in dit geval onmogelijk om te berekenen hoe groot dit effect zou zijn. Het betreft de inzetbaarheid van therapeuten. MOL vereist geen protocollen, waardoor MOL-therapeuten alom inzetbaar zijn. Niet alleen vervalt daarmee de behoefte aan protocollaire behandelingen, maar bovendien zijn alle behandelaren daardoor

beschikbaar voor alle soorten problematiek. Dat betekent dat binnen het PCT-paradigma bij wijze van spreken de wachtlijst van de systeemtherapeut kan worden weggewerkt door de seksuoloog en de eetstoornisdeskundige — ze zijn dan immers allemaal allround.

Scifi, twee scenario's

Wat de kansen van een ommezwaai naar het PCT-paradigma betreft, is scepsis gerechtvaardigd. De maatschappij, in dezen vertegenwoordigd door de NZA en de WRR, eist terecht verantwoording van het aan geestelijke gezondheid bestede budget, en PCT is vooralsnog onvoldoende onderzocht. Het is de vraag of zorgverzekeraars baat hebben bij grotere kostenefficiëntie van het systeem. Zij kunnen bij kostenoverschrijding immers de zorgpremie verhogen of aankloppen bij de rijksoverheid voor een vereveningsbijdrage. Er zijn twee scenario's denkbaar waarbinnen van paradigma kan worden gewisseld, allebei zo onwaarschijnlijk zijn dat ze hier worden gepresenteerd als sciencefiction.

Scifi scenario 1: een mogelijke oplossing voor bovengeschetst probleem is volledige loskoppeling van de GGZ van het medische model. Op die manier kan de MOL-therapeut zich ontdoen van protocollaire behandelingen en verslaglegging, inclusief de vele daaraan verbonden eisen betreffende bewaartermijnen en encryptie. Voor declareren en factureren moet een eenvoudige oplossing worden gevonden, waarbij cliënt en behandelaar verklaren hoeveel tijd er met de behandeling gemoeid ging, waarna er volgens een vast uurtarief wordt betaald. Een nadeel van dit scenario schuilt in het verlies van het verschoningsrecht waarover elke BIG-geregistreerde therapeut in de huidige situatie beschikt. Bij loskoppeling uit het medische model kan een MOL-therapeut zich niet op dit verschoningsrecht beroepen, maar als hij toch niets zwart-op-wit heeft staan levert dat vermoedelijk geen problemen op.

Scifi scenario 2: een andere optie is dat PCT het leidende principe wordt binnen de GGZ. Daar is — zie boven — veel voor te zeggen. Voordat die switch door alle betrokken partijen kan worden goedgekeurd, zal er echter veel bewijs moeten worden geleverd van de werkzaamheid en efficiëntie van MOL. En zo eindigt deze thesis net als elke wetenschappelijke publicatie in een roep om meer onderzoek. Holistische benaderingen van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, de geldigheid van PCT-principes in het bijzonder en heel specifiek de toepasbaarheid, effectiviteit en efficiëntie van MOL-therapie dienen grondig onderzocht te worden. De te verwachten financiële besparingen zijn beloftevol genoeg om daarin te investeren.

Referenties

- Algemene rekenkamer. (2017). *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*
- Allard, G., Butler, J., Faust, D., & Shea, M. T. (1995). Error in hand scoring objective personality tests: The case of Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R). *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 304-308
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.)
- Algemeen Dagblad*. (2001). Psychotherapeut wordt afgeschaft, *Algemeen Dagblad*, 13-07-2001
- Bakker, B. (2022). *Oud Zeer*. Amsterdam (in voorbereiding)
- Baljon, M. (2007). Lichaamsgerichte interventies in de experiëntiële behandeling van angststoornissen. *PSIE, 33*, 161–170. <https://doi-org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1007/BF03062283>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Beck, A., *Cognitive therapy and the emotional disorders*. (1976). New York, NY: International University Press
- Bell, A. C., D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review, 29*(4), 348-353, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- Berdondini, L., Elliott, R., & Shearer, J. (2012). Collaboration in Experiential Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 68*(2), 159–167

Biesheuvel-Leliefeld, K., Dijkstra-Kersten, S., van Schaik, A., van der Horst, H., van Marwijk, H., Smit, F., & Bockting, C. (2018). Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen. *Huisarts en Wetenschap*, *61*, 20–23. <https://doi-org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1007/s12445-018-0299-5>

Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D.W. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder – a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 468–478

Bohart, A. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *10*(2), 127–149

Bohn Stafleu van Loghum. (2011). Vrijgevestigde ggz kan gebruikmaken van bevoorschotting. *Zorg en Financiering*, *10* (75). <https://doi.org/10.1007/s12513-011-0081-y>

Boom. (2022). https://www.dsm-5.nl/producten/dsm5_handboek

Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig, Deuticke

Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M., (2014).

Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive psychiatry*, *55*(3), 526–533.

[doi:10.1016/j.comppsy.2013.10.007](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007)

Broekman, T. (2019). Grote verschillen in cijfers over de ggz. Hoeveel patiënten telt u? Geraadpleegd (22-11-2021) op <https://www.beta.nl/ggzcijfers/i.html>

Brysbaert, M. (2013a). *Psychologie*. Gent, Academia Press (5de dr.)

Carey, T. A. (2006). *The method of levels: How to do psychotherapy without getting in the way*. Hayward, CA: Living Control Systems

Carey, T. A. (2010). Will you follow while they lead? Introducing a patient-led approach to low intensity CBT interventions. In J. Bennett-Levy, D. A. Richards, P. Farrand, H. Christensen, K. M. Griffiths, D. J. Kavanagh, B. Klein, M. A. Lau, J. Proudfoot, L. Ritterband, J. White, & C. Williams (Eds.), *Oxford guide to low intensity CBT interventions*, 331–338). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199590117.003.0034>

Carey, T., Carey, M., Mullan, R., Spratt, C., & Spratt, M. (2009). Assessing the Statistical and Personal Significance of the Method of Levels. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 311-324. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19371458/>

Carey, T. A., Mansell, W., & Tai, S. J. (2015). *Principles-Based Counselling and Psychotherapy: A Method of Levels approach* (1st ed.). London: Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781315695778>

Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2007). Patients taking the lead. A naturalistic investigation of a patient led approach to treatment in primary care. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 27–40. <https://doi.org/10.1080/09515070701211304>

Carey, T. A., & Mullan, R. J. (2008). Evaluating the method of levels. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(3), 247–256. <https://doi.org/10.1080/09515070802396012>

Carey, T. A., Tai, S. J., & Stiles, W. B. (2013). Effective and efficient: Using patient-led appointment scheduling in routine mental health practice in remote Australia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 405–414. APA PsycArticles. <https://doi.org/10.1037/a0035038>

CBS. (2016). Statline. Geraadpleegd (16 mei 2022) op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71311ned/table?fromstatweb>

Churchman, A., Mansell, W., & Tai, S. (2019). A school-based feasibility study of method of levels: A novel form of client-led counselling. *Pastoral Care in Education*, 37(4), 331–346. <https://doi.org/10.1080/02643944.2019.1642375>

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)

Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.002>

Cuijpers, P. (2010). De effecten van psychotherapie bij depressie voor volwassenen zijn overschat. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 36(4), 259–268. <https://doi.org/10.1007/BF03096150>

Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173–178. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>

Cullin, J. (2006). Double Bind: Much More Than Just a Step ‘Toward a Theory of Schizophrenia’. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 135-142. <https://doi-org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00711.x>

Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195, 2020.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32068421/>

De Hullu, E. (2022). Exploring the hierarchy (in preparation)

De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2003). *Handboek EMDR. Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Harcourt Assesment, Lisse

Department of Health & Social Care. (2021). The NHS Constitution for England. Geraadpleegd (24-12-2021) op <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>

Eiswijzer. 2021. Geraadpleegd (20-10-2021) op www.eiswijzer.nl

Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35–49. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy

Eysenck, H. J., (1959). Learning Theory and behavior therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75

Fogteloo, M. (2005) 'Hoogervorst toont zich arrogant.' De stand van zaken vlak voor het Eerste-Kamerdebat over de nieuwe zorgwet. *Groene Amsterdammer*, 22, 3 juni 2005

Foudraine, J. (1971) *Wie is van hout. Een gang door de psychiatrie*. Bilthoven, Ambo

Frances, A., & Jones, K. D. (2014). Should Social Workers Use Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5? *Research on Social Work Practice*, 24(1), 11–12. <https://doi.org/10.1177/1049731513507981>

Friedman, M. (1953). The Methodology of Positive Economics. *Essays in Positive Economics*. University of Chicago Press, 3-43

GGZ standaarden. (2017). Geraadpleegd (5-5-2022) op <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/implementatieplan>

Guthrie, D. (1943). Medicine and History. *Edinburgh Medical Journal*, 50(1), 31-39

Hanekamp, M., Heesbeen, S., Van der Helm, I., & Valks, R. (2019). *Administratieve belasting langdurige zorg 2019. Uitkomsten onderzoek Berenschot*. Geraadpleegd (17-11-

2021) op <https://docplayer.nl/159306349-Administratieve-belasting-langdurige-zorg-2019-uitkomsten-onderzoek-berenschot.html>

Hans, E. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology* (0022-006X), *81*(1), 75

Harzem, P. (2001). Watson, John Broadus (1878-1958). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, *24*, 448-449

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004), Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment, Oxford University Press: Oxford, UK, pp. 365, ISBN 0-19-852888-4. *European Eating Disorders Review*, *13*(4), 294–294. <https://doi.org/10.1002/erv.647>

Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, *42*, 903–920. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001966>

Hayes, S. C. (2008). Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology (New York, N.Y.)*, *15*(4), 286–295. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x>

Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *81*(3), 309–328. <https://doi.org/10.1348/147608308X320125>

Hoogduin, C. A. L., Minnen, A. van, & Kemp, E. C. M. de (1999). DSM-IV: Verleden, heden en toekomst. *Directieve Therapie*, *19*, 71–84

Hoyt, M. F. (1994). Single session solutions. In M. F. Hoyt, *Constructive therapies*, Guilford Press, New York, 140–159

Huda, A. S. (2021). The medical model and its application in mental health. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 463-470,
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32068421/>

Hutschemaekers, G., Nekkers, M., & Tiemens, B. (2019) *Handboek generalistische ggz. Werken aan zelfregie: een bijzonder specialisme*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

James, W. (1890). *Principles of psychology*. Dover Publications

Jansen, G., & Batink, T. (2014). *Time to Act! Het Basisboek voor Professionals*.

Thema

Jeurissen, P., & Maarse, H. (2021). The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects. *Health Policy Series Series 55*.
www.eurohealthobservatory.who.int)

Johansson, R., Carlbring, P., Heedman, Å., Paxling, B., & Andersson, G. (2013). Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*, 1(e98).
<https://doi.org/10.7717/peerj.98>

Johnson, S. (2008). *Hold me tight: seven conversations for a lifetime of love*. Little, Brown Spark

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally Focused Couples Therapy: Status and Challenges. *Clinical Psychology*, 6(1), 67–79.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67>

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716046/>

Kendler, K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 695–702. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07071061>

Kok, G., van Rijsbergen, G., Elgersma, H. & Bockting, C. L. H. (2011). Huidige behandeling depressie is weggegooid geld. *Psychologie & Gezondheid*, 39, 26–31. <https://doi.org/10.1007/s12483-011-0005-9>

Korrelboom, K. (2018). 'Transdiagnostische benadering'. In E. Simon, E. de Hullu, G. Smeets, H. T. van der Molen, (Eds) *Klinische psychologie. Diagnostiek en behandeling*. (3rd ed, pp. 49-66). Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers

KPMG. (2015). *Monitor Generalistische Basis GGZ*. Geraadpleegd (16-11-2021) op <https://fdocuments.nl/document/monitor-generalistische-basis-ggz.html>

Kraaijeveld, K., Ooms, D., Van Vuuren, D. (2020). *De Zorgverzekeringswet in perspectief. Terugblik op dertien jaar Zvw*. Geraadpleegd (13-12-2021) op <https://www.argumentenfabriek.nl/media/3779/zvw-in-perspectief.pdf>

Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457–472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>

LVVP. (2008). <https://lvvp.info/nieuwsbrief/psychologen-en-psychotherapeuten-al-meer-dan-3-maanden-zonder-inkomsten/>

LVVP. (2021). Geraadpleegd (28-6-2022) op <https://lvvp.info/nieuwsbrief/bevoorschotting-door-zorgverzekeraars/>

Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-

controlled trials. *Psychological Medicine*, 40(1), 9–24.

<https://doi.org/10.1017/S003329170900590X>

Mansell, W. (Ed). (2020a). *The Interdisciplinary Handbook of Perceptual Control Theory. Living Control Systems IV*. New York, Academic Press

Mansell, W. (2020b). Ten vital elements of perceptual control theory, tracing the pathway from implicit influence to scientific advance. In *The Interdisciplinary Handbook of Perceptual Control Theory* (pp. 585–629). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818948-1.00016-2>

Mansell, W., & Goldstein, D. M. (2020). Method of levels therapy. In *The Interdisciplinary Handbook of Perceptual Control Theory* (pp. 503-515). Academic Press.

Marken, R. S. (1990). Spreadsheet analysis of a hierarchical control system model of behavior. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 22(4), 349–359.

<https://doi.org/10/bng3mg>

Marken, R. S., & Carey, T. A. (2015). Understanding the Change Process Involved in Solving Psychological Problems: A Model-based Approach to Understanding How Psychotherapy Works. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 580–590.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1919>

Markowitz, J. C. and Weissman, M. M. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 99-105. <https://doi-org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1002/cpp.1774>

The Mental Health Taskforce. (2016). *The Five Year Foreward View for Mental Health. A report from the independent Mental Health Taskforce to the NHS in England*.

<Htrtps://www.england.nhs.uk/mentalhealth/taskforce>

Nederlandse Zorgautoriteit (n.d.). *Aan de slag. Stand van de zorg 2019*.

Geraadpleegd (27-10-2021) op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_291461_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit. (n.d.). *Informatiekaart wachttijden ggz 2021*.

Geraadpleegd (27-10-2021) op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_648825_22/1/

Nederlandse Zorgautoriteit (n.d.) *Kerncijfers GGZ*. Geraadpleegd (24-11-2021) op <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2020). *Kerncijfers GGZ: aantal patiënten curatieve GGZ*. Geraadpleegd (23-8-2022) op <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ggz-aantal-pati%C3%ABnten-curatieve-ggz>

Nederlandse Zorgautoriteit, *Tarievenzoeker 2022*. Geraadpleegd (21-5-2022) op <https://zorgprestatie.nza.nl/>

Norcross, J. C. (2000). Here comes the self-help revolution in mental health. *Psychotherapy, 37*, 370–377

Oliver, J. (2022), *Mental Health Care: Last Week Tonight with John Oliver* (HBO, 31-7-2022). <https://www.youtube.com/watch?v=jtIZZs-GAOA>

Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N., & Svanborg, C. (2017). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety—An open pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy, 46*(2), 114–128. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231218>

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.5214/ans.0972-7531.1017309>

Peeters, N., Passel, B. van, & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>

Powers, W. T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago, Ill: Aldine.

Powers, W. T. (1990). Clinical Psychology from a Control-Theory Perspective (DMG). In R. J. Robertson, & W. T. Powers. (Eds.). *Introduction to Modern Psychology; The Control-Theory View* (pp. 185-204)

Powers, W. T. (1998a). *About Stimulus Response Theory and Perceptual Control Theory*. Living Control Systems Publishing. Geraadpleegd (22-06-2022) op <https://www.iapct.org/pct/about-stimulus-response-theory-and-perceptual-control-theory/>

Powers, W.T. (1998b) *Making sense of behavior. The meaning of control*. Benchmark Publication, New Canaan

Powers, W. T. (2001). *CT, PCT, RT, PCT again, MOL, and IAACT*. Living Control Systems Publishing. Geraadpleegd (22-06-2022) op <https://www.iapct.org/pct/ct-pct-rt-pct-again-mol-and-iaact/>

Powers, W. T. (2005). *Behavior: The control of perception, revised and expanded*. Benchmark Publication, New Canaan

Powers, W. T. (2007, October 24). *The top level (11.th)*—CSGnet Archive / CSG2007. IAPCT. Geraadpleegd (12-11-2021) op <http://discourse.iapct.org/t/the-top-level-11-th/11545>

Powers, W. T., & Runkel, P. J. (2010). *Dialogue Concerning the Two Chief Approaches to a Science of Life: Word Pictures and Correlations Versus Working Models*. Living Control Systems Publications. Geraadpleegd (12-11-2021) op <http://www.livingcontrolsystems.com/download/DialoguePowersRunkel2011.pdf>

Raad voor volksgezondheid en samenleving (RVS, 2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*

Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1–8.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>

Rathgeber, M., Bürkner, P., Schiller, E., & Holling, H. (2019). The Efficacy of Emotionally Focused Couples Therapy and Behavioral Couples Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 447–463.

<https://doi.org/10.1111/jmft.12336>

Reed, E. S. (1996). *Encountering the world: Toward an ecological psychology*. Oxford University Press

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin

Rijnders, P., & Heene, E. (eds.). (2015). *Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-GGZ*. Amsterdam

Rino. 2022. <https://www.rino.nl/aanbod/behandelmethode/cognitieve-gedragstherapie>

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)

Floortje Scheepers. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modeldenken*. Amsterdam: Arbeiderspers

Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., Gemert, T. van, Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M. G., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents – a randomised controlled pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(6), 467-478. [https://doi-](https://doi.org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1002/cpp.637)

[org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1002/cpp.637](https://doi.org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1002/cpp.637)

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *The American psychologist*, *01*(55)

Skinner, B. F. (1932). On the Rate of Formation of a Conditioned Reflex. *The Journal of General Psychology*, *7*(2), 274–286.

<https://doi.org/10.1080/00221309.1932.9918467>

Skinner, B. F. (1933). On the rate of extinction of a conditioned reflex. *Journal of General Psychology*, *8*, 114-129

Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *82*, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.002>

Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(2), 298–305

Ströer, W. (2021). De crisis in de ggz zit dieper dan geld. *Trouw*, 24 april 2021

Tai, S. J. (2016). An introduction to using the method of levels (MOL) therapy to work with people experiencing psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, *70*(1), 125–148

Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, *90*(3), 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>

Thomas, E. (2020). Descartes on the Animal Within, and the Animals Without. *Canadian Journal of Philosophy*, *50*(8), 999–1014. <https://doi.org/10.1017/can.2020.44>

- Van Dam, Q., Hamburger, M. (2014). Affectfobietherapie. *TIJDSCHRIFT PSYCHOTHERAPIE*, 40, 415–429. <https://doi-org.ezproxy.elib11.ub.unimaas.nl/10.1007/s12485-014-0063-7>
- Van de Rijt, H., Plooi, F. X., & Plas-Plooi, X. (1994). *Oei, ik groei! De acht sprongen in de mentale ontwikkeling van je baby*. Lifetime.
- Vektis. (2019). *Nieuwsbrief Zorgthermometer*. Geraadpleegd (16-9-2021) op <https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer%20inzicht%20in%20de%20ggz%202017.pdf>
- Voss, D. (2021). Crisis in de ggz: Er zijn nog ruim 75.000 wachtenden voor u. *De Stentor*, 12-07-21
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review* 20(2), 158-177
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, W.W. Norton & Company, New York, NY
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, WRR-Rapport 104*, Den Haag: WRR
- Whittingham, K., & Coyne, L. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: The Clinician's Guide for Supporting Parents*. Elsevier

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S et al. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Research and development. The British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18

Zorgprestatie model GGZ & FZ (z.d.) Geraadpleegd (29-10-2021) op <https://www.zorgprestatie model.nl/>