

De paarse krokodil in de psychiatrie: over bureaucratie, bureaucratisme en onze heimelijke liefde voor procedures

J.D. BLOM, F.R.E. SMINK, E.V. KWIDAMA, V.M. VLADÁR RIVERO

ACHTERGROND Een veelgehoorde klacht in de psychiatrie is dat het directe patiëntencontact en de kwaliteit van zorg te lijden hebben onder bureaucratische processen.

DOEL Het bieden van een analyse van verschillende vormen van bureaucratie in de psychiatrie, als vertrekpunt voor verbetering van de zorg én het faciliteren van kwantitatief onderzoek.

METHODE Een verkennende literatuurstudie in PubMed, Google en Nederlandstalige medische vakbladen.

RESULTATEN De hedendaagse psychiatrie wordt gekenmerkt door een bureaucratische organisatiestructuur. Psychische, somatische en sociale problemen worden op gestandaardiseerde wijze vertaald in medisch jargon, waaruit vervolgens een DSM-diagnose, een DBC en een ROM-score voortvloeien. Dit proces heeft belangrijke verdiensten, mits het efficiënt wordt toegepast en de behandelrelatie centraal blijft staan. In Nederland is dit evenwicht echter verstoord geraakt. Wij onderscheiden verschillende vormen van bureaucratie (hippocratische, weberse en kafkaëske bureaucratie); dit onderscheid kan toekomstig onderzoek faciliteren. Daarnaast bespreken we meerdere landelijke initiatieven die ten doel hebben om bureaucratisme te bestrijden, inclusief initiatieven van de overheid.

CONCLUSIE Om het directe patiëntencontact weer centraal te stellen in de psychiatrie dient bureaucratisme voortvarend te worden aangepakt. Daarbij kan de overheid faciliterend optreden, maar kunnen hulpverleners zelf een sleutelrol vervullen en daarmee tevens bijdragen aan een substantiële kostenreductie in de zorg.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)7, 520-528

TREFWOORDEN ontbureaucratisering, overhead, professionele autonomie, regeldruk, zorgstelsel



ARTIKEL



Een veelgehoorde klacht van patiënten en hulpverleners is dat de psychiatrie in Nederland is geworden tot een bureaucratische jungle. Wachtlijsten, intakeprocedures, verplichte DSM- en AGB-codes, productiequota, registratiedruk, audits, visitaties, stafvergaderingen, ROM-metingen en vele, vele andere aspecten van ons dagelijks werk maken dat de patiënt niet langer centraal staat en dat een aanzienlijk deel van onze tijd op gaat aan *overhead* en andere secundaire processen (Kreis 2012).

De hedendaagse psychiatrie bezit dan ook alle kenmerken van een bureaucratisch systeem: het vak kent gestandaard-

diseerde methoden, een veelal onpersoonlijke benadering (zie verder), gebruik van diagnostische classificaties en behandelalgoritmen, een geprotocolleerde wijze van verslag leggen, strikte juridische en financiële kaders, een hiërarchische organisatiestructuur, afgebakende bevoegdheden en verantwoordingsplicht aan zorgverzekeraars en andere 'derden'.

Nu is het zo dat iedere hedendaagse medische discipline bestaat bij de gratie van deze bureaucratische organisatiestructuur (Yager & Katzman 2015) en dat het afschaffen van elk van de genoemde kenmerken – zo dit al mogelijk

zou zijn – verstrekkende gevolgen zal hebben voor het systeem als geheel. De tijd dat wij ons net als Hippocrates (ca. 460 v.Chr.-370 v.Chr.) konden beperken tot de arts-patiëntrelatie en het leveren van *θεραπεία* en *φροντίζω* (*cure and care*) ligt ver achter ons (Guinan 2014).

Maar de vraag of het niet wat minder kan met al die procedures lijkt prangender dan ooit, getuige de kamerbrief van minister Schippers van 2 juli 2015 over regeldruk in de zorg (Schippers 2015). Bureaucratie mag de *sine qua non* zijn van het hedendaagse zorgstelsel, het kan niet zo zijn dat hierdoor naar schatting jaarlijks miljarden wegglekken in de zorgbureaucratie (Heijne 2015), patiënten en familieleden in het gedrang komen en behandelaars gedemotiveerd raken – zozeer zelfs, dat sommigen het vak besluiten te verlaten (Obdeijn 2015).

Omdat betrouwbare getallen ontbreken en het buitengewoon moeilijk blijkt om de kosten en reikwijdte van bureaucratische processen te becijferen (Kreis 2012), bieden wij in dit artikel een analyse van verschillende vormen van bureaucratie in de psychiatrie die als uitgangspunt kan dienen voor kwantitatief onderzoek. Daarnaast identificeren wij vormen van bureaucratie waarop hulpverleners en zorginstellingen in de praktijk zelf invloed kunnen uitoefenen.

METHODE

Voor dit artikel voerden wij een verkennende literatuurstudie uit in PubMed, Google en de Nederlandstalige medische vakbladen *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Tijdschrift voor Psychiatrie* en *Medisch Contact*. Daarbij werd gebruik gemaakt van de zoektermen 'bureaucratie', 'bureaucratisme', 'overhead' en 'regeldruk', alle in combinatie met 'psychiatrie'.

RESULTATEN

Begripsbepaling

De term 'bureaucratie' stamt van het Franse *bureau* (schrijftafel, kantoor) en het Griekse *κράτος* (kracht, beheersing, gezag). Het wordt vertaald als 'heerschappij van de ambtenaren' (Van Veen & Van der Sijs 1997). De introductie ervan wordt toegeschreven aan de Franse econoom Jacques Claude Marie Vincent de Gournay (1712-1759), die de term van meet af aan een satirische ondertoon zou hebben gegeven (Anter 1995). Desondanks wordt de term volgens de socioloog Max Weber (1864-1920) sinds de tijd van de Franse Revolutie vooral gebruikt ter aanduiding van een organisatiestructuur die superieur is aan de feodale, militaire en clericale organisatiestructuren van weleer, waarin het afsluiten van vrije contracten was voorbehouden aan de elite en waarin burgers met elkaar vooral informele connecties onderhielden (Weber 1922).

AUTEURS

JAN DIRK BLOM, psychiater en plaatsvervangend opleider psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag; tevens hoogleraar Klinische psychopathologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden en universitair docent, vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

FRÉDÉRIQUE R.E. SMINK, vrijgevestigd psychiater.

EDSEL V. KWIDAMA, psychiater en lid raad van bestuur, Parnassia Groep.

VICTOR M. VLADÁR RIVERO, psychiater en voormalig lid raad van bestuur, Parnassia Groep, Den Haag, en voorzitter Samen Sterk Zonder Stigma.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. J.D. Blom, Parnassia Academie, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.

E-mail: jd.blom@parnassia.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-1-2016.

Kenmerkend voor de bureaucratische organisatiestructuur zijn aan regels gebonden procedures, verdeling van verantwoordelijkheid, een hiërarchische opbouw en onpersoonlijke relaties, alle bedoeld om de rol van de overheid en andere machtsstructuren te reduceren en het vrije verkeer tussen burgers onderling te bevorderen (Kahne 1959). In die zin beschermt bureaucratie tegen machtsmisbruik en schadelijke willekeur (Weber 1922) en biedt ze handvatten om processen te standaardiseren, te controleren, te evalueren en daarmee te beheersen. Dat dit ongekende mogelijkheden biedt werd 5000 jaar geleden al onderkend door de Egyptenaren, die met hun kolossale ambtenarenapparaat worden beschouwd als de uitvinders van de bureaucratie *avant la lettre* (Wilkinson 1999).

In de praktijk hebben bureaucratische processen evenwel een inherente neiging tot expansie, complexiteit en wildgroei. In strikte zin is dan geen sprake meer van bureaucratie, maar van bureaucratisme (Obolonskii 1988), een doorgeschoten vorm van bureaucratie, in Angelsaksische landen ook wel *red tape* genoemd en in Nederland – naar aanleiding van een reclamespotje – *de paarse krokodil* (FIGUUR 1).

Bureaucratisme in de praktijk

Het is verleidelijk om op dit punt een keur aan voorbeelden te presenteren van bureaucratisme. Maar iedereen in de zorg kent dergelijke voorbeelden, die bovendien in veelvoud zijn terug te vinden op het internet en in columns van onder andere *Medisch Contact*. Toch kunnen wij het

FIGUUR 1 Scène uit reclamefilmpje ‘De paarse krokodil’. Een meisje gaat met haar moeder naar de badmeester voor de paarse opblaaskrokodil die zij in het zwembad kwijtgeraakt is. Zij zijn blij als ze de krokodil achter de badmeester in de hoek zien staan, maar die stuurt hen naar huis met een formulier dat hij van een stapeltje pakt net naast de krokodil. Bron: Archief OHRA (2002). Gereproduceerd met toestemming van OHRA.



niet laten om één voorbeeld te noemen dat bij uitstek illustreert hoe bureaucratie kan omslaan in bureaucratisme.

De teamleden van een polikliniek zijn bij elkaar en krijgen een compliment van de manager: de ‘productie’ (waarover later meer) ligt hoger dan verwacht. Dat is goed nieuws. En er is meer goed nieuws. Het ziekteverzuim ligt 3% lager dan in de rest van de organisatie. Kennelijk wordt op de poli niet alleen hard gewerkt en goed geregistreerd, maar is de werksfeer ook nog eens zo goed dat er weinig uitval is. Dergelijke inzichten zijn welkome vruchten van het bureaucratisch systeem. ‘Maar,’ besluit de manager de feestelijke bijeenkomst (en passeert daarmee *en passant* de lijn naar bureaucratisme): ‘Met zo’n laag ziekteverzuim zijn jullie langer dan gemiddeld op de werkvloer. Als we de berekening in dat licht overdoen, dan ligt jullie productie te laag.’

Wat dit waargebeurde scenario illustreert, is dat de scheidslijn tussen bureaucratie en bureaucratisme dun is en dat het overschrijden van die lijn al snel desastreuze gevolgen kan hebben. Het beschreven team vertrok dan ook gedemotiveerd uit de feestelijk bedoelde bijeenkomst. Op vergelijkbare wijze kent ons vak talloze procedures die ooit werden geïntroduceerd met een welomschreven doel, maar die dat doel voorbijschoten en nu op zichzelf – of in combinatie met elkaar – een woud van verplichtingen vormen dat meer vraagt dan het oplevert.

Zo kent ons vak een ware cultus van diploma’s, certificaten en accreditaties en wordt menige afdeling vijfmaal of

vaker per jaar gevisiteerd door commissies die vanuit steeds weer een andere invalshoek globaal hetzelfde beoordelen als de vorige. In het kielzog daarvan zijn vele loze functies ontstaan (of *bullshit jobs*, Graeber 2015) die geen ander doel dienen dan het draaiend houden en verder uitbouwen van deze lege, circulaire processen.

Een belangrijk gevaar is dat de uitkomsten van dergelijke processen leidend worden voor nieuw beleid en het oorspronkelijke doel van instellingen en individuele hulpverleners – de zorg voor personen met psychische klachten – hieraan ondergeschikt raakt. In het verlengde daarvan ligt het gevaar dat de ervaringen die patiënten opdoen met onpersoonlijke, stereotiepe interventies als katalysator gaan fungeren voor nieuwe psychische klachten (Kahne 1959) en stigmatisering (Hinshaw 2006) en dat de facto elementen van iatrogene schade worden geïntroduceerd. Dat hulpverleners – ooit opgeleid als inhoudelijk experts – zichzelf terugvinden als onderdeel van een dergelijk ziekmakend systeem en zich hieraan vervolgens ofwel conformeren, ofwel de zorg de rug toekeren, is tegelijk begrijpelijk en zorgwekkend.

Historisch perspectief

Bureaucratisme is waarschijnlijk net zo oud als het fenomeen bureaucratie zelf. Van het Romeinse rijk is bekend dat het vele bureaucratische uitwassen kende, terwijl dit rond het jaar 500 niet meer dan 15.000 à 30.000 ambtenaren in dienst had (Kelly 2014), tegenover de 296.000 in Nederland anno 2013 (NRC 2014). Kijkend naar de moderne

geschiedenis constateert Graeber (2015) dat kritiek op het bureaucratisme sinds de 19de eeuw gestaag is toegenomen, tot dit in de jaren 60 en 70 van de 20de eeuw culmineerde in een recordaantal publicaties, sociaal-maatschappelijke discussies en publieke protesten.

Specifiek voor de psychiatrie is uit die tijd het werk van de Amerikaanse psychiater Merton J. Kahne van belang, over bureaucratische structuren en daaruit voortvloeiende onpersoonlijke ervaringen in klinieken (Kahne 1959). In Nederland wijdde psychiater Jan Foudraine aan dit thema een hoofdstuk in zijn boek *Wie is van hout...* (Foudraine 1971).

Beide auteurs komen tot de conclusie dat de bureaucratie de meest karakteristieke organisatievorm is van psychiatrische instellingen. Dat dit ook de *enig mogelijke* organisatievorm zou zijn, kenschetsen zij evenwel als een *costly delusion*. Foudraine signaleert dat 'de subtiele, stille, rationeel en administratief efficiënte aspecten van de bureaucratische organisatie een ernstige hinderpaal vormen voor de individuele zorg voor mensen die in hun leven zijn vastgelopen' (Foudraine 1971). In lijn met het antipsychiatrische gedachtegoed van weleer bepleit hij daarom, geïnspireerd door Sullivan (1953), om psychiatrische instellingen te democratiseren en ze te veranderen in *schools for personality growth* in plaats van plekken waar wordt gefocust op menselijke tekortkomingen – een advies waarvan wij anno 2016 een zwakke echo horen in het streven naar 'herstelgericht werken' (Wijers 2012).

Na de jaren 70 lijkt de publieke en wetenschappelijke betrokkenheid bij het thema bureaucratie echter te zijn weggeëbd. Wellicht komt dat, betoogt Graeber in zijn monografie over het onderwerp, doordat wij zozeer gewend zijn geraakt aan bureaucratische processen dat zij nu 'het water vormen waarin wij zwemmen' (Graeber 2015). Een tweede reden zou kunnen zijn de golf van hervormingen die ons vak vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw onder de naam *New Public Management* overspoelde in een poging de traditionele, medisch georiënteerde organisatievormen te vervangen door organisatievormen die effectief waren gebleken in de publieke sector (Liff 2015). Aan deze hervormingen heeft de zorg de dominantie van het bedrijfsmatig denken overgehouden, inclusief het aanduiden van patiënten als 'cliënten', het heretiketteren van verrichtingen als 'productie' en het beoordelen van medewerkers op basis van 'declarabele uren'. Het zou te ver gaan om te zeggen dat het terugdringen van dit 'nieuwe' bureaucratisme geen plek heeft op de agenda van beleidsmakers, maar veel prioriteit lijkt het niet te hebben. En misschien is dat maar goed ook, betoogt Graeber, want diens IJzeren Wet van het Liberalisme stelt dat: *'Iedere markthervorming, ieder overheidsinitiatief dat tot doel heeft om papierwerk terug te dringen en vrijemarktwerking te bevorde-*

ren het uiteindelijke effect heeft van een toename van het totale aantal reglementen, de totale hoeveelheid papierwerk en het totale aantal bureaucraten en overheidsdienaren.' (Graeber 2015).

Heimelijke liefde voor procedures

Het bestrijden van bureaucratisme is als vechten voor vrede: het resultaat is vaak meer van hetzelfde en het middel is vaak erger dan de kwaal. Dat komt in de eerste plaats door de vele voordelen die wij in de praktijk ervaren van bureaucratisme. Dat mag paradoxaal klinken, maar diep in ons hart zijn wij verzot op regels, registratieprotocollen, vergaderingen en procedures. Net als bij de ambtenaren in het oude Egypte heeft de praktijk van alledag ons geleerd dat registreren ongekende mogelijkheden biedt tot controleren, kwantificeren en sturen. In het verlengde daarvan ligt de mogelijkheid tot manipuleren, zeker wanneer het geregistreerde een eigen leven gaat leiden en uitgangspunt wordt voor beleid zonder een betrouwbare terugkoppeling naar de praktijk.

En die praktijk is zeker in de psychiatrie weerbarstig. Door de problematiek van onze patiënten te vertalen naar DSM-diagnosen, DBC's en ROM-scores creëren wij een eigen universum waarin psychische, biologische en sociale problemen worden ondergebracht in overzichtelijke categorieën waaruit op schijnbaar logische wijze een behandelalgoritme, een kostprijs en een maat voor succes voortvloeien. Dat biedt een schijn van zekerheid en objectiviteit waarvoor weinigen ongevoelig zijn. Daar komt bij dat al die procedures wellicht een welkome afleiding bieden van de confrontatie met het lijden van onze patiënten en hun familieleden. In ons vak is niet veel empathisch vermogen nodig om het emotionele appel te voelen dat dagelijks op ons wordt gedaan (Kahne 1959). Hoeveel gemakkelijker is het dan niet om de administratie te gaan doen of aan te schuiven aan de vergadertafel en daar met een vertrouwde groep collega's te praten over datgene wat wij op de werkvloer geacht worden te doen?

Ooit is becijferd dat wij in Nederland gemiddeld 25% van onze werktijd spenderen aan vergaderen (Cahn 2006). Daarbij doet zich de paradoxale situatie voor dat degenen die het meest vergaderen vaak een hogere status bezitten en dat anderen, zich daaraan spiegelend, aan het vergaderen zelf status menen te ontlenuen (De Kool 2008). Wie niet vergadert, telt niet mee, is daarbij de impliciete aanname (De Bruin 2014), met als gevolg een toename van de ervaren afstand tussen werknemers en leidinggevendenden. Daarmee biedt vergaderen een dubbele stimulans om ons vooral af te keren van de directe patiëntenzorg en zijn pogingen om vergadertijd te bekorten vaak bij voorbaat gedoemd te mislukken.

Wantrouwen

Een tweede reden waarom bureaucratisme zich zo moeilijk laat bestrijden, is wantrouwen. Hulpverlening en wetenschap gedijen vanouds in een klimaat van vertrouwen (Elliott 2010): vertrouwen dat wetenschappelijke publicaties integer zijn, vertrouwen dat hulpverleners bekwaam zijn en zich op de hoogte stellen van ontwikkelingen in hun vak, vertrouwen dat hulpverleners het beste voor hebben met hun patiënten, vertrouwen dat zij hun verrichtingen op correcte wijze declareren, et cetera. Niet voor niets verplichten artsen zich middels de eed van Hippocrates om deze en vele andere beroepsregels te handhaven.

Desondanks is er altijd een minderheid die zich hieraan niet houdt, wat – begrijpelijkerwijs – reden is voor controlerende instanties om hulpverleners te verplichten inzichtelijk te maken wat zij in werkelijkheid doen. Dat hulpverleners en zeker artsen zich daarbij beroepen op hun professionele autonomie, wakkert het wantrouwen in veel gevallen alleen maar aan (Hoogland & Jochemsen 2000). Dit leidt vervolgens tot een cumulatie van maatregelen die: a. worden opgelegd aan de groep als geheel, b. de neiging hebben te ontaarden in bureaucratisme en c. geen garantie bieden voor het effectief opsporen van eventuele wantoestanden.

Agressie

Een derde reden waarom bureaucratisme zo moeilijk is uit te bannen, is dat het zich zo goed leent om agressie uit te venten zonder daarvoor verantwoordelijkheid te hoeven nemen (Graeber 2015). Wanneer bureaucratie leidt tot een gesystematiseerde en effectieve aanpak van problemen, dan dient ze haar doel. Wanneer ze evenwel leidt tot circulariteit van processen en daarmee tot vertraging, afwijzing, schijnoplossingen en extra kosten en inspanningen, dan schiet ze haar doel niet alleen voorbij, maar maakt ze de betreffende persoon tot slachtoffer van agressie. Niet reageren, nee verkopen, doorverwijzen naar een ander loket, handelen naar de letter van de wet wanneer handelen naar de geest volstaat, het zijn maar enkele van de vele voorbeelden die wij allen kennen uit de dagelijkse praktijk.

Wat daaraan extra frustrerend is, is dat de intrinsieke structuur van bureaucratische systemen ervoor zorgt dat personen die daarbinnen werkzaam zijn slechts gedeeltelijk ter verantwoording kunnen worden geroepen. De anonimiteit van het contact, de keten van verantwoordelijkheid, de verdeling van functies en bevoegdheden en het schijnbaar dwingende karakter van regels en procedures maken dat iedere specifieke frustratie al snel op het conto kan worden geschoven van een anonieme ander of van het systeem als zodanig (Illich 1995). Terwijl het, zoals Graeber (2015) betoogt, binnen elk bureaucratisch systeem in de macht

ligt van individuen om strikter of minder strikt te zijn met het hanteren van de zogenaamde ‘gunfactor’ die uiteindelijk ten grondslag ligt aan iedere beslissing. Wij kunnen doen alsof de meetlat de objectieve, doorslaggevende factor is, maar er is altijd een individu dat de meetlat hanteert.

Maat en getal

Bureaucratisme is een groot probleem in de zorg, in binnen- en buitenland. In Nederland is het tot op heden evenwel niemand gelukt om de omvang van het probleem uit te drukken in maat en getal. Zoals Huijben (2011) laat zien in zijn proefschrift *Overhead gewaardeerd*, wordt kwantitatief onderzoek naar de omvang en kosten van *overhead* in de weg gestaan door het ontbreken van een eenduidige definitie. Iets soortgelijks geldt voor het thema bureaucratie. Dat is waarschijnlijk de belangrijkste reden waarom kwantitatieve studies over bureaucratie in de medische wereld ontbreken en noch het CBS, noch de Rekenkamer hierover cijfers kunnen overleggen (Kreis 2012; e-mail van het CBS aan de eerste auteur, d.d. 20-10-2015). Bureaucratie als het water waarin wij zwemmen. Wij zien het, wij voelen het, maar vastpakken kunnen wij het niet.

Typen bureaucratie

Om toekomstig kwantitatief onderzoek te faciliteren lijkt het daarom raadzaam om een analyse te maken van verschillende typen bureaucratie en vast te stellen welke daarvan heilzaam zijn voor ons vak en welke niet. Uitgaande van het geschetste, bewust karikaturale beeld van Hippocrates als stamvader aller artsen, die zich louter zou hebben beziggehouden met het onderzoeken en behandelen van patiënten, zouden wij kunnen stellen dat het directe patiëntencontact de kern vormt van ons vak. Maar ook voor Hippocrates was er meer. Ook hij zal in voorkomende gevallen aantekeningen hebben gemaakt van wat hij had gedaan of afgesproken en daarmee de eerste stap hebben gezet op de weg van de medische bureaucratie. Bovendien kan hij best zo nu en dan over zijn patiënten hebben gecorrespondeerd met andere medici. Daarnaast weten wij dat hij ten behoeve van het ontwikkelen en verspreiden van medische kennis een heel oeuvre bij elkaar schreef, het Corpus Hippocraticum (dat overigens niet in zijn totaal aan hem wordt toegedicht) (Jones 1959). Misschien dat wij deze drie vormen van verslaglegging, samen met de bijeenkomsten die hij ongetwijfeld organiseerde met leerlingen en andere collega's, mogen bestempelen tot de *hippocratische bureaucratie*.

Voor zover wij weten hoefde Hippocrates geen verantwoording af te leggen aan de directie van een ziekenhuis, raad van bestuur, zorgverzekeraar of medisch tuchtcollege. Dat dit in onze tijd wel de gewoonte is, is inherent aan de

FIGUUR 2 Franz Kafka (1883-1924)



organisatie van ons zorgstelsel en daarmee onontkoombaar. Laten wij deze vorm van bureaucratie daarom de *weberse bureaucratie* noemen, naar Max Weber, die de bureaucratie zoals vermeld beschouwde als een superieure organisatievorm (Weber 1922).

Wat overblijft, is alle bureaucratie die niet in het teken staat van de directe patiëntenzorg, de verspreiding van informatie en kennis en/of het afleggen van de noodzakelijke verantwoording, de *kafkaëske bureaucratie*, vernoemd naar de man die als geen ander de uitwassen wist te beschrijven van het bureaucratisch apparaat (Kafka 1935; **FIGUUR 2**). **FIGUUR 3** laat zien hoe deze vormen van bureaucratie in een ruimtelijke representatie steeds verder af staan van de kern van ons vak, te weten het directe patiëntcontact.

Vanzelfsprekend is dit een grove versimpeling van de realiteit, maar desondanks biedt deze classificatie een kapstok voor het identificeren van processen als functioneel of disfunctioneel, ten dienste staand van de zorg, ten dienste staand van belangrijke secundaire processen of ten dienste staand van zichzelf. Bovendien onderstreept de indeling dat niet iedere vorm van bureaucratie verwerpelijk is en dat deze voor ons als hulpverleners – net als bij Hippocrates en Weber – ten dienste kan staan van de zorg.

Ten slotte is van belang om ons te realiseren dat het identificeren van processen in de zorg conform de voorgestelde classificatie een perspectivistisch element heeft, in de zin dat een procedure vanuit het oogpunt van de patiënt of de hulpverlener tot de kafkaëske bureaucratie kan behoren,

terwijl die vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar, de cliëntenraad, de bibliotheekcommissie of de raad van bestuur tot de weberse bureaucratie kan behoren – en vice versa. Dit komt doordat wij in de zorg te maken hebben met meerdere parallelle werelden, waaronder die van het zorgproces, de financiële verantwoording, de juridische verantwoording, de certificering, de ethiek, het onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek, die elk een eigen taal en eigen wetten kennen.

De hoop dat deze werelden te integreren zouden zijn met behulp van informatietechnologie – zoals het elektronisch patiëntendossier – is helaas ijdel gebleken (Van Gool e.a. 2014). Bijgevolg zijn dit grotendeels incommensurabele werelden gebleven, met elk een eigen paarse babykrokodil die weinig op heeft met zijn broertjes en zusjes.

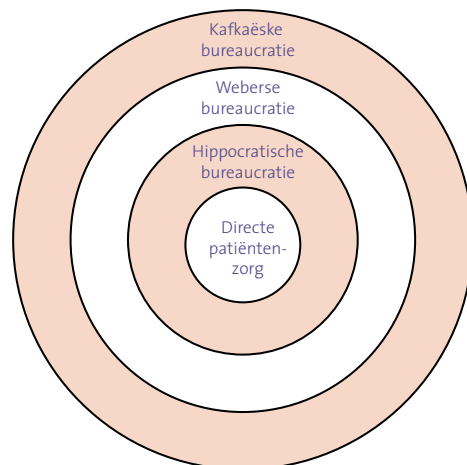
DISCUSSIE

Richting een oplossing?

Bureaucratie is er voor ons, wij zijn er niet voor de bureaucratie. Vanuit dit idee zijn in Nederland meerdere initiatieven ontsproten om bureaucratisme terug te dringen (Bijlsma 2011). Een voorbeeld daarvan is de Kafkabrigade (<http://www.kafkabrigade.nl>), een ideële onderzoeksorganisatie die zich richt op disfunctionele bureaucratie bij instellingen en bedrijven. Op verzoek verzorgt de Kafkabrigade trainingen aan medewerkers die vervolgens zelf met het geleerde aan de slag kunnen binnen hun organisatie.

Een tweede voorbeeld is het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI), dat in het leven werd geroepen om onnodige administratieve handelingen in de langdurige zorg terug te dringen en zo meer ruimte te creëren voor de inhoud (Jansen & Veldhuis 2014).

FIGUUR 3 Classificatie van typen bureaucratie



Een derde voorbeeld is Frieslab, een door het ministerie van vws gefinancierd programma in Friesland dat knelpunten in zorg en dienstverlening analyseert en aanpakt en daarmee tevens besparingen oplevert (Bouman 2012). Een vierde voorbeeld is het initiatief Koplopers in de Zorg (<http://www.koplopersinzorg.nl>) met haar Programma Ontbureaucratisering dat – tegen betaling – onder andere analyses uitvoert bij zorgorganisaties, maar ook bij organisaties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en zorgverzekeraars, teneinde te helpen kafkaëske bureaucratie op te sporen.

Ten slotte is noemenswaard de Eigen Kracht Centrale (voorheen Centrum voor Herstelgericht Werken), een internationale stichting die niet primair is gericht op het terugdringen van bureaucratisme, maar die hieraan wel een bijdrage levert door empowerment van patiënten en hun naasten en door constructieve bijdragen in complexe zorggerelateerde situaties (<http://www.eigen-kracht.nl>).

Al dergelijke initiatieven gaan ervan uit dat bureaucratie in de zorg functioneel dient te zijn. ‘Zo weinig als kan; zo veel als moet,’ zoals minister Schippers (2015) het kernachtig samenvat. In haar kamerbrief noemt zij vier hoofdlijnen waarop zij dit wil realiseren, te weten slimmer samenwerken, vereenvoudigen van valide regels, schrappen van overbodige regels en het bezien van nieuwe regels op hun toegevoegde waarde (Schippers 2015). Dat klinkt eenvoudig, maar de cruciale stap is uiteraard om deze woorden om te zetten in daden. Zoals wij zagen, moeten daarbij vele krachten worden overwonnen, van persoonlijke tot maatschappelijke en van ronduit destructieve tot schijnbaar constructieve.

Dat is precies waar wij zelf als hulpverleners, managers, directieleden, raden van bestuur, maar ook als ‘derde partijen’ het verschil kunnen maken: door in het hier en nu de zaken terug te brengen tot hun essentie en de patiënt weer centraal te stellen. Daarbij kunnen wij een voorbeeld nemen aan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), die met haar actie *Het Roer Moet Om* binnen een jaar tijd een significante afname wist te realiseren van de regeldruk (Reinink 2015).

LITERATUUR

- Anter A. Max Webers Theorie des modernen Staates. Herkunft, Struktur und Bedeutung. Berlin: Duncker & Humblot; 1995. p. 172-88.
- Archief OHRA. Paarse krokodil. Commercial; 2002. <http://www.ohra.nl/over-ohra/commercials/archief/paarse-krokodil.jsp>.
- Bijlsma J. Ontspring regeldruk. *Skipr* 2011; 2-3: 12-7.
- Bouman S. Als het schuurt in de zorg. De methode Frieslab; 2012. <http://www.frieslab.nl/boekenkast>
- Bruin E de. *Vergaderen? Niet doen!* Amsterdam: Business Contact; 2014.
- Cahn W. De tijdstrijd. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 431-3.
- Cremer J. Ik Jan Cremer. Tweede boek. Amsterdam: De Bezige Bij; 1966.
- Elliott C. *White coat, black hat. Adventures on the dark side of medicine.* Boston: Beacon Press; 2010.

Beperkingen

Door het ontbreken van een eenduidige definitie van het begrip bureaucratie en door de complexiteit van bureaucratie als organisatievorm is het moeilijk om grip te krijgen op de aard en omvang van daaruit voortvloeiende vormen van bureaucratisme, al dan niet uitgedrukt in harde cijfers. Dit artikel vormt een poging tot verheldering en structurering van de materie, maar biedt een verkenning van het terrein en geen totaaloverzicht.

CONCLUSIE

Bureaucratie is een organisatiestructuur die zich in de loop van duizenden jaren heeft bewezen, maar die ook een inherente neiging heeft te onttaarden in bureaucratisme. In de psychiatrie ondervinden wij dat – net als in andere medische disciplines – dagelijks aan den lijve. Dat ontbureaucratisering tegenwoordig op de agenda staat van beleidsmakers mag hoopgevend worden genoemd. Echter, Graebers ‘Ijzeren Wet van het Liberalisme’ waarschuwt ons voor al te hoge verwachtingen. ‘Het staat op de agenda’ zou wel eens het dodelijkste cliché kunnen zijn uit het bureaucratisch jargon. En als het dan tot actie komt en de kop van het bureaucratistische monster wordt afgehakt, dan is de kans groot dat er twee voor in de plaats groeien.

Niet voor niets duiken in evaluatierapporten van initiatieven ter bestrijding van bureaucratie steeds opnieuw drie conclusies op. Eén: initiatieven ‘van bovenaf’ zijn belangrijk, maar het succesvol aanpakken van bureaucratisme ligt uiteindelijk in de handen van hulpverleners zelf. Twee: schoenmaker, houd je bij je leest. Laat inhoudelijk deskundigen doen waar zij goed in zijn en beperk daarbij secundaire (lees: administratieve en managementachtige) taken tot een minimum. En drie, misschien wel de belangrijkste conclusie: het is zaak om minder te palaveren en meer te doen. Of, zoals Jan Cremer (1966) het uitdrukte in zijn onsterfelijke potjeslatijn: *non blatare sed polire* (‘niet lullen maar poetsen’).

- Foudraire J. Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie. Bilthoven: Ambo; 1971.
- Gool AR van, Hoogervorst E, Wunderink L, Mulder CL. Kwaliteitsverbetering of digitaal doolhof? Praktijkervaring met het elektronisch patiëntendossier bij langdurige behandelingen in de ggz. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 394-401.
- Graeber D. The utopia of rules. On technology, stupidity, and the secret joys of bureaucracy. London: Melville House; 2015.
- Guinan P. Hippocrates and the Affordable Care Act. Linacre Q 2014; 81: 197-8.
- Heijne S. Hoe de dokter steeds meer een administratief medewerker werd. De Correspondent, 3 juni 2015. <https://decorrespondent.nl/2897/Hoe-de-dokter-steeds-meer-een-administratief-medewerker-werd-/370404098746-c6fffd2>
- Hinshaw SP. The mark of shame. Stigma of mental illness and an agenda for change. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Hoogland J, Jochemsen H. Professional autonomy and the normative structure of medical practice. Theor Med Bioeth 2000; 21: 457-75.
- Huijben MPM. Overhead gewaardeerd. Verbetering van de balans tussen waarde en kosten van overhead bij organisaties in de publieke sector [Proefschrift]. Groningen: University of Groningen; 2011.
- Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health. (Enl. ed.). Londen: Boyars; 1995.
- Jansen P, Veldhuis S. Evaluatie experimenten regelarme instellingen (ERAI) in opdracht van ActiZ. Enschede: Bureau hhm; 2014.
- Jones WHS. Hippocrates with an English translation by W.H.S. Jones. Loeb Classical Library 4. Harvard: Harvard University Press; 1959.
- Kafka F. Der Prozess. Berlijn: Schocken Verlag; 1935.
- Kahne MJ. Bureaucratic structure and impersonal experience in mental hospitals. Psychiatry 1959; 22: 363-77.
- Kelly C. Ruling the later Roman empire. Cambridge: Harvard University Press; 2004.
- Kool D de. Doorbreek het eindeloos vergaderen. Binnenlands Bestuur; 19-12-2008.
- Kreis R. De verborgen kosten van ons zorgsysteem. Med Contact 2012; 67: 1890-2.
- Liff R. New Public Management. Multi-professional teamwork in psychiatric care. Göteborg: Bokförlaget BAS; 2015.
- NRC. Aantal ambtenaren verder afgenomen. NRC, 3 september 2014. <https://nrccarriere.nl/artikelen/aantal-ambtenaren-verder-afgenomen/>
- Obdeijn L. Jeugdpsychiater sluit praktijk om te grote hoeveelheid bureaucratie. Het Parool 04-10-2015.
- Obolonskii AV. The bureaucratic deformation of consciousness and the struggle against bureaucratism. Sov Rev 1988; 29: 30-43.
- Reinink M. 'Huisarts moet zijn patiënt blijven kennen'. Arts & Auto 2015; 81: 12-5.
- Schippers EI. Kamerbrief 'Merkbaar minder regeldruk', 2 juli 2015. <http://www.zonh.nl/nieuws/kamerbrief-over-merkbaar-minder-regeldruk#VifCQeehUk>
- Sullivan HS. Interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton; 1953.
- Veen PAF van, van der Sijts N. Etymologisch woordenboek. De herkomst van onze woorden. Utrecht: Van Dale Lexicografie; 1997.
- Weber M. Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck); 1922.
- Wijers S. Doe-het-zelf patiënt bespaart kosten. Med Contact 2012; 67: 1927-9.
- Wilkinson TAH. Early Dynastic Egypt. Londen: Routledge; 1999.
- Yager J, Katzman JE. Bureaucrathologies: Galloping regulosis, assessment degradosis, and other unintended organizational maladies in post-graduate medical education. Acad Psychiatry 2015; doi: 10.1007/s40596-015-0371-4.

SUMMARY

Red tape in psychiatry: on bureaucracy, bureaucratism, and our secret fondness for procedures

J.D. BLOM, F.R.E. SMINK, E.V. KWIDAMA, V.M. VLADÁR RIVERO

BACKGROUND A frequent complaint in psychiatry is that the psychiatrist-patient relationship and the quality of care are hampered by bureaucratic processes.

AIM To provide an analysis of various types of bureaucracy in psychiatry that can serve as a starting-point for the improvement of care and the performance of qualitative studies.

METHOD We conducted an exploratory study using PubMed, Google, and various Dutch medical journals.

RESULTS Contemporary psychiatry is characterised by a bureaucratic organization structure. Mental, somatic, and social problems are translated in a standardised manner into medical jargon which gives rise to a DSM diagnosis, a cost-price, and outcome measures. This medical-bureaucratic system has important virtues, provided it is applied efficiently and the patient-psychiatrist relationship remains intact. In the Netherlands, however, this balance has been disturbed. Future research can be facilitated if distinctions are made between various types of bureaucracy (referred to here as Hippocratic, Weberian, and Kafkaesque bureaucracy). In addition, we discuss various national initiatives which aim to counter bureaucracy, including initiatives of the Dutch government.

CONCLUSION If the patient-psychiatrist relationship is to regain its central role, bureaucracy needs to be countered constantly. The government can facilitate this process, but healthcare providers can also play a key role and meanwhile help to bring about a substantial reduction in the costs of care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)7, 520-528

KEY WORDS bureaucracy reduction, healthcare system, overhead, professional autonomy, regulatory burden