

Er valt nog veel te veranderen: een beschouwing naar aanleiding van het boek *Therapiewinst*

Giovanni Timmermans

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(1), 26-37 |

Inleiding

In welvarende landen zijn psychische aandoeningen volgens de World Health Organization (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000) goed voor bijna veertig procent van het totale aantal ziekten. Nederland en België vormen daarop geen uitzondering. Toch is het zo dat tegenover dit hoge aantal psychische aandoeningen in het Verenigd Koninkrijk slechts veertien procent van het gezondheidsbudget staat (Layard & Clark, 2018). Het jaarlijkse budget van de National Health Service voor geestelijke gezondheidszorg bedroeg namelijk in 2011-2012 14,4 miljard pond tegenover een budget van 100 miljard pond voor de gehele gezondheidszorg. In Nederland is die verhouding minder schief, maar de cijfers wijzen in dezelfde richting. In 2017 werd in Nederland 88 miljard euro aan de gehele gezondheidszorg uitgegeven; van dat bedrag werd 25,1 miljard euro (28,6 procent) aan psychische stoornissen uitgegeven (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Dat is dus geheel onevenredig. Bijna zestig procent van de mensen die psychische klachten hebben, zoekt ook nog eens geen hulp. En als ze al hulp zoeken, worden ze vaak geconfronteerd met lange wachtlijsten. Dat is niet alleen vervelend, het is ook kostbaar, omdat er door die ziekten veel uitval is. Al met al zijn het zorgwekkende gegevens.



Situatie in Nederland en België

Een groot aantal Nederlanders heeft te kampen met een psychische aandoening. Van die groep lijden ongeveer 800.000 mensen aan een depressie. Bijna 100.000 mensen doen jaarlijks een suïcidepoging. Angst- en stemmingsstoornissen staan in de top tien van kwalen met een grote ziektelast en daar komt bovenop dat we weten dat niet-behandelde angst-

en stemmingsstoornissen vaak uitlopen op een chronisch klachtensyndroom, waarbij zeer regelmatig ook lichamelijke klachten gaan optreden. Dat met alle persoonlijke en maatschappelijke gevolgen en kosten van dien. De WHO (2013) schat dat onbehandelde angst en depressie westerse landen gemiddeld vier procent van hun bruto nationaal product kosten, onder meer vanwege uitval op het werk. Mensen met psychische problemen zijn niet alleen vaker afwezig op het werk, ze zijn meestal ook minder productief. Ook vertonen ze vaak lichamelijke ziektesymptomen en maken daarom veel gebruik van de somatische gezondheidszorg. Doordat ze minder goed voor zichzelf zorgen, zich vaak zorgen maken en hun psychische toestand veelal directe lichamelijke gevolgen heeft, komen ze bij de huisarts terecht. Onder jongeren zijn de problemen verhoudingsgewijs nog erger, terwijl velen van hen niet op tijd of soms zelfs helemaal geen adequate behandeling krijgen. Jongeren die gebukt gaan onder een psychische kwaal, vertonen schooluitval, gebruiken regelmatig drugs en hebben vaker suïcidale gedachten. Een groot deel (ongeveer drie kwart) van de jongeren die in Nederland een Wajong-uitkering¹ ontvangen, heeft psychische problemen.

In België krijgt een op de vier mensen vroeg of laat te maken met ernstige psychische problemen. Over de periode van één jaar gaat het in België om 700.000 mensen. Cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (2020) laten zien dat in 2017 bijna 380.000 mensen een uitkering als invalide kregen omdat ze langer dan één jaar arbeidsongeschikt waren. Bij 36 procent was de oorzaak een psychische stoornis. De directe en indirecte kosten van psychische problemen in België zijn hoog. De Organisation for Economic Cooperation and Development (2017) schat de totale kosten voor België op iets meer dan 5 procent van het bruto binnenlands product, ofwel ruim 20 miljard euro, terwijl het gemiddelde voor Europa 4,1 procent bedraagt.

Persoonlijke en maatschappelijke schade

Het zijn somber stemmende cijfers. Cijfers die niet alleen zijn weg te poetsen door bijvoorbeeld de wachttijstproblematiek aan te pakken, zoals politici in Den Haag graag beweren. Inmiddels is het duidelijk dat er meer kennis over die problematiek nodig is bij politici, want gebrek aan kennis leidt tot rare opvattingen. Zo suggereerde Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in 2011 dat mensen met psychische problemen maar een kopje koffie bij de buurvrouw moesten gaan drinken, en dat zelfredzaamheid veel ellende zou kunnen voorkomen (Kluvelde, 2011). We kunnen inmiddels wel zeggen dat haar badinerende houding weinig opgeleverd heeft.

Door het niet adequaat aanpakken van psychische problematiek ontstaat in Nederland evenals in België grote maatschappelijke schade en is er een grote druk op de overheids-

financiën, het sociale stelsel en de maatschappij, maar bovenal uiteraard op de mensen zelf en hun omgeving. Om die schade te beperken, is een fundamentele omslag in het denken nodig. Uit de praktijk blijkt dat er economische en maatschappelijke winst te behalen valt met evidencebased psychologische behandelingen. Zo is in de Verenigde Staten berekend dat met elke voorkomen psychose bijna 100.000 dollar wordt bespaard (McDaid, Park, & Wahlbeck, 2019). Adequate behandelingen leveren gezondheidswinst op en zorgen ervoor dat mensen weer meer aan het maatschappelijke en werkzame leven kunnen deelnemen. De economische winst is aanzienlijk: te denken valt aan het terugdringen van uitkeringen, het besparen op vervangingskosten en het verlagen van de kosten van de somatische gezondheidszorg. Problematisch is echter dat, hoewel er voor veel problemen effectieve evidencebased psychologische behandelingen bestaan, zowel in Nederland als in België te weinig mensen met psychische problemen zo'n behandeling krijgen. En ook al wordt dat geconstateerd, toch laat de praktijk zien dat er nog niet zoveel veranderd is.

Impuls uit het Verenigd Koninkrijk

Op 18 juni 2018 nam staatssecretaris Paul Blokhuis van het Ministerie van VWS het boek *Therapiewinst* van Richard Layard (London School of Economics) en David M. Clark (University of Oxford) in ontvangst. Het boek werd aangeboden door Marc Verbraak, voorzitter van P3NL.² Hij deed dat mede namens de Angst, Dwang en Fobiestichting, de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT) en een aantal Nederlandse hoogleraren. Met het boek doen de aanbieders een gezamenlijke oproep voor meer en betere investeringen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz); tevens beogen zij om de inhoudelijke boodschap van het boek op de Nederlandse politieke agenda te krijgen. In zijn reactie gaf Blokhuis het volgende aan: "Ik vind het zo'n logisch en helder verhaal. We gaan er zeker rekening mee houden bij het tot stand komen van het hoofdlijnakkkoord ggz. We gaan samen ons best doen voor mensen die het nodig hebben."³ Drie jaar na de verschijning van hun boek in het Verenigd Koninkrijk onder de titel *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies* werd eindelijk de boodschap van Layard en Clark (2015) dat de ggz als een investering moet worden gezien in plaats van als een kostenpost, verspreid in het Nederlandse taalgebied.

In hun boek beschrijven Layard en Clark de enorme impuls die door het VK ging toen er meer en betere psychologische behandelingen beschikbaar kwamen. Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE), het overheidsorgaan dat in het Verenigd Koninkrijk de effectiviteit van geneeskundige behandelingen beoordeelt, stelde in 2004 nieuwe richtlijnen vast voor de behandeling van depressie en angst. Psychologische be-

handelingen moesten volgens het NICE de eerste keus zijn. De nieuwe richtlijnen werden enthousiast ontvangen, stelt klinisch psycholoog David Clark. Samen met econoom Richard Layard stond hij ruim tien jaar geleden in het Verenigd Koninkrijk aan de basis van een ongekende revolutie in de psychotherapie. Zij beargumenteerden dat investeringen in de ggz veel voordelen zouden opleveren. Dat resultaat kon in hun visie bereikt worden door mentaal leed net zo te behandelen als lichamelijk leed, het stigma op psychische aandoeningen te bestrijden en kennisachterstanden weg te werken. Bovendien zou ervoor gezorgd moeten worden dat iedereen, in het bijzonder jongeren met psychische problemen, tijdens de juiste zorg zouden krijgen. De wachttijden voor een behandeling waren op dat moment in het VK onaanvaardbaar lang. De auteurs wezen de politiek op de kloof tussen wat mogelijk is op het vlak van psychologische behandelingen en hoe weinig dat in de praktijk gebeurde. Layard rekende in *The depression report* (Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006) de economische kosten voor die ontstonden door geen actie te ondernemen. Als lid van het House of Lords kende hij goed de weg in Westminster en dat hielp om, samen met Clark, toegang tot de politiek te krijgen.

Politieke ondersteuning

Tony Blair was onder de indruk van hun argumenten en deed dan ook in zijn herverkiezingsmanifest van 2005 de toezegging om psychologische behandelingen breder beschikbaar te maken. Uiteindelijk kregen Layard en Clark van de Britse minister van Volksgezondheid Alan Johnson – minister onder Gordon Brown – de benodigde financiële ondersteuning: 170 miljoen pond. Er ontstond door die financiële impuls onder de titel 'Improving Access to Psychological Therapies' (IAPT) een uitgebreid netwerk van behandellocaties onder regie van de National Health Service. Ruim een half miljoen mensen die eerder niet bij de ggz terechtgekund zouden hebben, kregen daardoor in 2018 wel een behandeling. IAPT werkt met een getrapt systeem: na de intake krijgen mensen een lage- of hoge-intensiteitsbehandeling toegewezen. Het IAPT werkt vanuit een eigen organisatie-model, het zogeheten 'hub-and-spoke'-model: de behandeling vindt plaats dicht bij de woonplaats van de patiënt, bijvoorbeeld in een huisartsenpraktijk of in een buurtcentrum voor ggz; de therapeuten zijn in dienst van het IAPT-programma, dat in elke regio een eigen administratief centrum heeft van waaruit de supervisie van de behandelaren plaatsvindt en de opleiding van nieuwe therapeuten wordt gecoördineerd (Hardeman, 2018). Als blijkt dat de lage-intensiteitsbehandeling (begeleide zelfhulp of groepstherapie) niet volstaat, krijgt de patiënt een hoge-intensiteitsbehandeling. Om beleidsmakers ervan te overtuigen dat ze waar voor hun geld krijgen, wordt nauwkeurig bijgehouden of patiënten

ook echt herstellen. De vooruitgang wordt van sessie tot sessie gemeten via vragenlijsten. Iedereen kan de geanonimiseerde data raadplegen. Een belangrijk principe van het programma is dat er enkel wetenschappelijk gevalideerde therapieën aangeboden worden. Concreet gaat het om die therapieën die het NICE in zijn richtlijnen aanbeveelt. Zo wordt voor de behandeling van depressie naast cognitieve gedragstherapie ook interpersoonlijke therapie, kortdurende psychodynamische therapie, relatietherapie, counseling en mindfulness aanbevolen.

De reden dat Layard en Clark van de Britse overheid de mogelijkheid kregen om hun plan uit te voeren, was het feit dat zij konden aantonen dat de investering zichzelf dubbel en dwars zou terugverdienen. De samenwerking van een econoom en een klinisch psycholoog zorgde ervoor dat economische motieven en cijfermateriaal werden aangevoerd om te onderbouwen wat goede psychologische interventies kunnen opleveren. Een belangrijk gegeven was bovendien dat psychologische interventies vaak veel krachtiger zijn dan de meeste medische interventies die tot dan vaak gebruikt werden. De afgelopen vijftig jaar zijn veel bewezen effectieve psychologische behandelingen ontwikkeld die gezondheidswinst opleveren en die ervoor zorgen dat mensen weer kunnen functioneren in de maatschappij. Behandelingen van de psychische aandoeningen van mensen met zowel somatische als psychologische problemen betalen zich meteen terug dankzij besparingen op dure ziekenhuiszorg. Door een proportionele investering in de ggz kan zo dubbele winst geboekt worden, stelden Layard en Clark.

Opeenvolgende Britse regeringen werden overtuigd van de economische winst die met het terugdringen van psychische stoornissen kon worden behaald: minder zieke werknemers en minder kosten voor somatische zorg. Investerings in de opleiding van meer dan tienduizend therapeuten en tientallen psychologische centra zorgen er nu voor dat jaarlijks meer dan 550.000 Britten een kortdurende psychotherapie van gemiddeld 6,5 sessies krijgen aangeboden. In 98 procent van de gevallen is bekend wat de resultaten daarvan zijn. Het leeuwendeel van de patiënten is klachtenvrij of heeft minder klachten. En na een jaar zijn die resultaten er nog steeds. De regering-May sprak de ambitie uit om het aantal IAPT-patiënten in 2021 te verhogen naar 1,5 miljoen. Ook omarmde zij het 'IAPT Long Term Conditions'-initiatief, dat centra wil creëren waar de medische zorg en de ggz gecombineerd worden.

Het lijkt zo eenvoudig

De geheimen achter die resultaten zijn tamelijk eenvoudig. Het uitgangspunt is dat patiënten binnen zes weken worden behandeld, want als er langer wordt gewacht, worden de

resultaten slechter. Mensen krijgen een korte, maar werkzame therapie die vooral cognitief-gedragstherapeutisch van aard is. Soms wordt ook, zoals eerder gezegd, interpersoonlijke therapie, kortdurende psychodynamische therapie, relatietherapie, counseling of mindfulness gebruikt. De therapeuten zijn allen adequaat opgeleid en via intervisie worden de niet-werkzame interventies (bij drop-outs) verbeterd. Dat alles wordt, zoals gezegd, voortdurend gemonitord door resultaatmetingen.

Dankzij onderzoek, zo stellen Layard en Clark, weten we welke psychotherapieën goede resultaten opleveren. Investeren in die evidencebased psychologische behandelingen verandert dus niet alleen levens, het bespaart de samenleving ook geld. Wel constateerden zij dat behandelaars vaak slecht op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen op behandelgebied. Ze weten wel hoe je angst of depressie moet behandelen, maar gevraagd naar een evidencebased behandeling voor bepaalde problemen, blijven ze het antwoord vaak schuldig. Door te investeren in opleidingen komen de nieuwste en meest effectieve psychologische behandelingen beter beschikbaar. Layard en Clark stellen dat medicatie toch nog vaker wordt ingezet dan een psychologische behandeling en wel omdat medicijnen makkelijker beschikbaar zijn en de financiering ervan eenvoudiger is. Dat daardoor onjuiste behandelingen gegeven worden en dat er door bijwerkingen ongewenste neveneffecten ontstaan, wordt voor lief genomen. Ook zijn de kosten voor medicatie vaak hoger dan de kosten van psychologische interventies. Doordat veel mensen ook, vaak ten onrechte, gebruik maken van medische voorzieningen omdat zij fysieke problemen krijgen, drijven die factoren gezamenlijk de kosten van de medische zorg op. Door het geven van psychologische behandelingen kunnen de kosten van de somatische gezondheidszorg jaarlijks met gemiddeld twintig procent omlaag, stellen Layard en Clark.

Manifest in Nederland

Kort na de aanbieding van *Therapiewinst* aan de staatssecretaris werd op 3 juli 2018 in Nederland een manifest³ aangeboden aan de leden van de Tweede Kamer. Dat manifest bevat een kernachtige samenvatting van het boek: goede ggz scheelt leed en kosten. Met enkele parlementariërs werd vervolgens de mogelijkheid van een zogenaamd rondetafelgesprek voor leden van de Tweede Kamer verkend, waarvoor nu ter toelichting, onder leiding van de VGCT, casussen op patiëntniveau worden verzameld. In lijn met het betoog van Layard en Clark wordt aan de politiek, de inkopers van zorg (zorgverzekeraars en gemeenten) en alle andere betrokkenen gevraagd om in het belang van een psychisch gezonder Nederland psychisch leed net zo te behandelen als lichamelijk leed. Dat wil zeggen met dezelfde vanzelfsprekendheid, toegankelijkheid en laagdrempeligheid. “Als je een ernstige ziekte als kanker hebt, wil en kan je niet wachten met de behandeling. Waarom moet dat bij een

depressie wel?”, vraagt het manifest, en het stelt verder dat veel bewezen effectieve psychologische behandelingen gezondheidswinst en herstel van functioneren opleveren. “Behandelingen leveren het dubbele op dankzij besparingen op de lichamelijke gezondheidszorg, voorkoming en reductie van verzuim, minder uitkeringen, minder criminaliteit en meer belastinginkomsten. Een goede investering dus, waarmee besparingen te halen zijn op sociale lasten en uitkeringen, in de somatische zorg (minder duur ziekenhuisbezoek bij comorbiditeit) en bij politie/justitie (minder criminaliteit). Extra opbrengsten zitten bij werkgevers vanwege beter functionerend personeel, bij financiën (meer belastinginkomsten) en in het onderwijs (betere studieresultaten).” Ook stelt het manifest dat kennisachterstand weggewerkt moet worden bij zowel patiënten, verwijzers, financiers, inkopers, beleidsmakers, politici als media. “Daarbij moet veel aandacht en meer sturing gegeven worden aan de implementatie van zorg waarvan we weten dat die werkt. Daarbij extra aandacht voor vroege interventies en terugvalpreventie.” Verder wordt gevraagd om door te gaan met antistigmaprogramma’s op tv, radio, kranten, tijdschriften, social media en om hokjesdenken en schotten in de zorg te voorkomen. “Hierbij denken we aan de Jeugdwet, de Zvw⁴, de Wlz⁵ en de Wmo⁶.” De opstellers van het manifest willen tot slot “het ‘hokjes- en systeemdenken’ en de nadruk op kostenbeheersing als het om de financiering van de ggz [gaat,] vervangen door ‘mogelijk maken wat werkt’.”

Open brief in België

Op 8 maart 2019 werd tijdens een symposium naar aanleiding van het boek *Therapiewinst* aan de KU Leuven – hierbij was overigens ook David Clark zelf aanwezig – een open brief met de titel *Het verbeteren van de Belgische geestelijke gezondheidszorg kost niets – integendeel*⁷ aangeboden aan Belgische politici van diverse pluimage. Die open brief is geschreven door de Vlaamse gezondheidseconoom Lieven Annemans (hoogleraar in de gezondheids-economie aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit Gent) en de socioloog en ervaringsdeskundige Peter Kraewinkels. De inhoud van die brief sluit naadloos aan bij de visie van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP).⁸

In de brief wordt aangegeven dat België niet goed scoort op het terrein van ziektepreventie en op het terrein van de aanpak van de geestelijke gezondheidsproblemen. Zo besteedt België minder geld aan de ggz en doet de Belgische bevolking minder een beroep op psychiaters en psychologen dan gemiddeld in West-Europa. Maar er worden wel uitzonderlijk veel antidepressiva geconsumeerd; bovendien kent het land een bijzonder hoog zelfdodingscijfer. In de brief wordt verwezen naar het rapport *Het niet terugbetalen van de prestaties van psychologen en andere dure vergissingen in de Belgische geestelijke gezondheidszorg* (Kraewinkels, 2019). Aangegeven wordt dat de federale, regionale en lokale overheden af

moeten stappen van de huidige besparingspolitiek in de ggz en volop moeten investeren in de volgende domeinen:

- gezondheidspromotie en preventie;
- in het bijzonder de mentale gezondheid van kinderen en jongeren;
- een degelijke terugbetaling van de prestaties van psychologen, orthopedagogen, psychiaters en andere professionals in de ggz;
- het volledig wegwerken van de wachtlijsten in de ggz door onder andere te investeren in mobiele teams die mensen aan huis begeleiden;
- meer budget voor onderzoek in de ggz;
- het stimuleren van innovatie in de ggz;
- het stimuleren van een op wetenschap gebaseerde cultuur waarin het evident wordt dat een patiënt ook in de ggz de meest doeltreffende behandeling aangeboden krijgt;
- opleiding en permanente bijscholing van hoge kwaliteit en het aantrekken van toptalent;
- de ondersteuning en het opleiden en inzetten van ervaringsdeskundigen;
- het bijstaan van mantelzorgers, inclusief advies, counseling, logistiek.

In de brief wordt gepleit voor een ambitieus, breedgedragen masterplan voor alle overheden, maar ook voor bedrijven en andere organisaties inclusief, natuurlijk, het onderwijs. De brief is mede ondertekend door onder meer de VVKP, familievereniging Similes⁹, TEJO¹⁰, patiëntenvereniging Uilenspiegel, Test Aankoop¹¹ en UNIZO¹².

Wat moet er nu gebeuren en zal het ooit goedkomen?

Wat zijn nu de stappen die gezet moeten worden? Uiteraard kan er niet veel ingebracht worden tegen de betogen die in het Nederlandse *manifest* en in de Belgische *open brief* staan. “Het economisch argument om te investeren in geestelijke gezondheidszorg is zeer sterk. ... Voor elke euro die je als samenleving in die programma’s investeert, krijg je meer dan één euro terug. Dat is maar bij weinig medische interventies het geval”, bevestigde gezondheidseconoom Jeroen Luyten van de KU Leuven tijdens het symposium in maart 2019 (Develtere, 2019).

In Nederland zijn voor veel psychologische behandelingen protocollen en richtlijnen vastgesteld die gevolgd dienen te worden. In België hoeven op dit moment nog steeds geen behandelrichtlijnen gevolgd te worden. Het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine valideert op dit moment klinische richtlijnen voor artsen. Menig klinisch psycholoog is echter behoedzaam voor richtlijnen van die organisatie, omdat men bang is voor een ontwikkeling in de richting van medisch geïnspireerde richtlijnen en te strikte behandel-

protocollen. Ook wordt gevreesd in dezelfde valkuil als Nederland te trappen, waar soms op basis van een diagnose één bepaalde behandeling wordt terugbetaald en andere niet. Er zijn in Nederland zorgstandaarden en richtlijnen, er vindt onderzoek en resultaatmeting plaats, maar tegelijkertijd is er ook een diagnose-behandelcombinatie- en verantwoordingsystematiek, en er is marktwerking. Dat maakt alles erg complex en het levert soms chaos op, waardoor het Nederlandse systeem hapert en af en toe tot stilstand lijkt te komen. Toch blijft het van belang om te blijven volharden in die lijn van ontwikkelingen. Daarbij moet echter wel voorkomen worden dat er een administratieve moloch ontstaat. Als dat lukt, wegen de voordelen namelijk veel meer dan de nadelen.

In Nederland is er de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de zogenaamde Wet BIG) die de vervolgoopleidingen van onder meer psychologen regelt en voor duidelijke titelbescherming zorgt. In België is pas sinds kort de klinisch psycholoog als autonoom ggz-beroep erkend. Over de psychotherapeut is er nog niets geregeld. Psychotherapie wordt gezien als een gespecialiseerde behandelingsvorm die kan worden toegepast door een klinisch psycholoog, psychiater of orthopedagoog. Het is goed dat er steeds meer en steeds strakker gereguleerd wordt door wie er behandeld mag worden. Daardoor wordt voorkomen dat charlatans en andere onbevoegden zich nog langer bezig kunnen houden met die zorg.

Komt met het Nederlandse *manifest* en de Belgische *open brief* nu alles in orde? Dat moet helaas betwijfeld worden. Weliswaar geven politici aan dat men ermee aan de slag gaat en dat het toch vreemd is zoals alles nu verloopt, maar tegelijkertijd zien we ook dat soms de essentie van het model van Layard en Clark zowel door de politiek als door de opstellers van het *manifest* en de *open brief* niet echt gevat wordt. Zo rept het manifest niet over een nationale aanpak, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Het blijft bij een oproep om in psychologische hulp te investeren. Wel zien we dat in juli 2018 in Nederland een *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019 t/m 2022* is overeengekomen. De ondertekenaars – brancheorganisaties, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties en de staatssecretaris van VWS – spreken gezamenlijk uit dat alle partijen voor een collectieve opdracht staan die niet alleen vanuit het eigen domein opgelost kan worden. Om te komen tot passende zorg en ondersteuning worden in dit akkoord ook afspraken gemaakt over hoe om te gaan met de raakvlakken met andere domeinen, zoals het sociaal domein en de Wet langdurige zorg (voor mensen met een handicap of ziekte). Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig om dat proces voort te sturen en te ondersteunen.

In juli 2019 heeft KPMG¹³ (2019) het rapport *Healthcheck GGZ* gepubliceerd. Het rapport bevestigt het bestaande beeld van de uitdagingen voor de ggz: zonder grote stelselveranderingen zal de ggz verder vastlopen als gevolg van financiële en personeelsproblemen

en de verwachte groei van patiëntenaantallen. Het feit dat oplossingen (bijvoorbeeld het terugdringen van administratieve lasten) nog weinig van de grond komen, maakt duidelijk dat ingrijpende wijzigingen noodzakelijk zijn om het ggz-stelsel toekomstbestendig te maken, stelt KPMG.

Dat alles laat zien dat het systeem zowel in Nederland als in België op nationaal niveau herzien moet worden. De ggz is, zoals gezegd, verouderd en veranderingsgeneigdheid stuit vaak op verstarde structuren. Doorbraken forceren blijft, ondanks alle goede wil, lastig. Op 5 april 2019 heeft de Vlaamse regering een nieuw Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod uitgevaardigd; dus met een accent op het aanbod. Daardoor worden een aantal nieuwe perspectieven voor een betere en meer toekomstgerichte ggz in Vlaanderen gestimuleerd. Eigenlijk worden in het decreet twee doelstellingen nagestreefd: waardering en versterking van de geestelijke gezondheid van de burgers en het garanderen van een kwaliteitsvolle ggz voor mensen met psychische problemen en hun omgeving.

Dat stemt mij in ieder geval voor België en Nederland hoopvol, maar tevreden kunnen we zeker nog niet zijn. Maar ik ben ervan overtuigd dat het uiteindelijk wel goed zal komen. Hopelijk kijkt men ook naar Noorwegen, Canada en Israël, waar volop voortgebouwd is op de ervaringen van het Verenigd Koninkrijk. Misschien is het boek van Layard en Clark, en alles wat dat aan krachten heeft losgemaakt, in staat om oude structuren en gewoonten te doorbreken, zodat de patiënten beter en eerder geholpen kunnen worden, en tegelijkertijd de kosten van de zorg verlaagd kunnen worden. De verwezenlijking van die droom zou mooi zijn.

Noten

1. De Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten bepaalt dat wie vanaf jonge leeftijd een ziekte of handicap heeft waardoor hij/zij alleen met hulp of begeleiding kan werken of helemaal niet kan werken, in aanmerking komt voor een Wajong-uitkering.
2. Federatief verband van verenigingen van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen met als doel de kwaliteit bij het verlenen van psychologische, psychotherapeutische en pedagogische zorg verder te verstevigen.
3. <https://www.p3nl.nl/manifest-therapiewinst>
4. Zorgverzekeringswet.
5. Wet langdurige zorg.
6. Wet maatschappelijke ondersteuning.
7. <https://www.mentaalwijs.be/openbrief>
8. <https://www.vvkp.be/nieuwsbericht/vvkp-ondersteunt-de-open-brief-van-mentaal-wijs>
9. Similes organiseert op diverse locaties activiteiten voor een breed publiek en in het bijzonder voor familieleden van personen met psychische problemen.

10. Therapeuten voor Jongeren is een van oorsprong Vlaamse vrijwilligersorganisatie die gratis therapeutische ondersteuning biedt aan jongeren tussen 10 en 20 jaar in Vlaanderen en Nederland.
11. Test Aankoop is een consumentenorganisatie in België die tot doel heeft consumentenbelangen te behartigen.
12. De Unie van Zelfstandige Ondernemers is een Belgische vereniging van ondernemers, kleine en middelgrote ondernemingen en vrije beroepen.
13. KPMG is een internationale accountants- en adviesorganisatie.

Literatuur

- Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022. (2018). Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>
- Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. (2016). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. London, UK: London School of Economics en Political Science. Geraadpleegd via <http://eprints.lse.ac.uk/818/>
- Develtere, L. (2019, 23 mei). Therapiewinst: betere psychologische hulp bespaart geld. *Sociaal.Net*. Geraadpleegd via <https://sociaal.net/boek/therapiewinst/>
- Hardeman, E. (2018) Therapiewinst ontketende revolutie in de Britse ggz, nu Nederland nog. *Gz-psychologie*, 10(5), 9-13.
- Klurveld, A. (2011, 16 december). Gaat de overheid bepalen wat kwaliteit van leven is? *de Volkskrant*. Geraadpleegd via <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/gaat-de-overheid-bepalen-wat-kwaliteit-van-leven-is-ba539fda/>
- KPMG. (2019) *Healthcheck GGZ*. Geraadpleegd via <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2019/sector/healthcheck-ggz.pdf>
- Kraewinkels, P. (2019). *Het niet terugbetalen van de prestaties van psychologen en andere dure vergissingen in de Belgische geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd via <https://mentaalwijs.be/onderzoeksrapport>
- Layard, R., & Clark, D.M. (2015). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London, UK: Penguin.
- Layard, R., & Clark, D.M. (2018). *Therapiewinst: de waarde van psychologische behandeling*. Amsterdam: Boom.
- McDaid, D., Park, A.L., & Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual Review of Public Health*, 40, 373-389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Ranglijst aandoeeningen op basis van zorguitgaven*. Geraadpleegd op 12 januari 2020 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst-aandoeeningen-op-basis-van-zorguitgaven>
- Organisation for Economic Cooperation and Development. (2017). *Economic Surveys: Belgium, June 2017*. Geraadpleegd via <https://www.oecd.org/eco/surveys/economic-survey-belgium.htm>
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (2020). *Aantal werknemers en werklozen op 31 december die recht hebben op een vergoeding in geval van primaire arbeidsongeschiktheid, per statuut en per geslacht – Evolutie 2013-2017*. Geraadpleegd via https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_du2017_1
- Vlaamse Regering. (2019). Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (5 april 2019). *Belgisch Staatsblad*, 17 mei 2019. Geraadpleegd via http://www.etaamb.be/nl/decreet-van-05-april-2019_n2019012372.html
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health* 2000, 78, 413-426. Geraadpleegd via <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57240>
- World Health Organization. (2013). *Investing in mental health: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: Auteur. Geraadpleegd via <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>

Personalia

Giovanni Timmermans heeft medicijnen, klinische psychologie, filosofie, theologie en rechten gestudeerd in Nijmegen, Oxford, Cambridge en Parijs. Na een behandelcarrière is hij tegenwoordig actief als manager, bestuurder, onderzoeker en docent zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk.

E-mail: jmhptimmermans@telfort.nl

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

2-day workshop – 18-19/06/2020

Psychological testing that matters: Creating a road map for effective treatment

Anthony Bram, PhD

In this workshop, Dr. Anthony Bram will present a person- and treatment-centered — as opposed to the more common test-centered — approach to psychological testing aimed to redress this. This workshop will take participants through a way of thinking about testing from the eliciting and clarifying questions posed by the referring colleague through the written report and other feedback.

Workshop schedule

Thursday – June 18th – 9:30-17:00

- Conceptual orientation
 - Menninger tradition of psychological testing
 - Treatment-centered diagnosis
 - Principles of inference-making
 - Sources of data: Formal scores, thematic content, and patient-examiner relationship
- Assessing treatment-relevant ego functions: Where to look in the data
 - Reasoning / Reality testing / Emotional regulation / Relatedness

Friday – June 19th – 9:30-17:00

- Advanced inference-making
- Introduction to configurational & mini-sequence analyses
- Assessment and implications of ‘underlying developmental disruption’: Structural weakness, maladaptive character patterns, trauma, conflict & splits
- Case illustration
- Synthesis & consolidation – Considerations for test report writing & verbal feedback

Practical information

- The workshop will be in English.
- Maximum 25 participants
- Location: Stadskasteel Oudaen, Oudegracht 99, NL-3511 AE Utrecht ‘Couwenhovezaal’.

Organisation

NvvR – Dutch Flemish Society of the Rorschach and Projective Methods

<http://rorschachvereniging.nl/>

For questions about the workshop: a.pieters58@chello.nl