

Vermaatschappelijking: óns engagement

Over artikel 107 en de eerstelijnspsychologen

Roland Sinnaeve

Zolang dit verhaal van vermaatschappelijking gaat over patiënten en het managen van hun ziekte en niet over mensen en het valideren van hun gedrag, denk ik niet dat we kunnen spreken van een ander paradigma. Het is hetzelfde paradigma, maar dan op wielen.

Veel lijden, te veel psychiaters

In de meeste economisch goed ontwikkelde landen maakt de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een gelijkaardige evolutie door: de opkomst van asielen, de neergang van asielen en de totstandkoming van een evenwichtig, gemeenschapsgericht zorgaanbod (Thornicroft & Tansella, 2002). Ook in België worden er sinds de jaren zestig van de vorige eeuw voorzichtige stappen naar gemeenschapsgerichte zorg gezet. Toch klinkt de vraag om drastische verandering steeds luider (Vandeurzen, 2010; Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 2010). Argumenten om onze GGZ verder te optimaliseren zijn er genoeg, al wordt er doorgaans verwezen naar alarmerende prevalentiecijfers en rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization/WHO) en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

In de database van de WHO is terug te vinden hoe het aantal gevallen van suïcide en intentionele zelfverwonding in België de aantallen van de ons omringende landen én het Europese gemiddelde al jarenlang overstijgt (SDR, suicide and self-inflicted injury, 1996, 2006). In de verslagen van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) lezen we dat in de periode 2001-2002 meer dan één op de vier Belgen ooit aan de criteria voor een mentale stoornis heeft voldaan, één op de negen in de laatste twaalf maanden voor de studie. Depressie was de meest voorkomende stoornis (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere, 2004). Sinds 1997 rapporteert consequent één op de vier mensen dat ze zich niet goed in hun vel voelen. Het percentage mensen die slaap- en kalmeringsmiddelen of antidepressiva slikken, neemt jaar na jaar toe. In 2008 nam 16% van de Belgen psychotrope medicatie (Van der Heyden, Gisle, Demarest, Drieskens, Hesse, & Tafforeau, 2010). Bovendien lezen we in het recent verschenen OESO-rapport 'Mental Health and Work: Belgium' dat één op de drie werklozen in meer of mindere mate lijdt aan geestelijke gezondheidsproblemen. De OESO schat dat de totale kost van geestelijke

gezondheidsproblemen voor de Belgische economie en maatschappij jaarlijks rond 3,4% van het bbp bedraagt (OESO, 2013).

Verder lijkt onze GGZ niet aangepast aan de noden van de hedendaagse zorgvragers. De problemen beginnen al in de eerste lijn: gebrek aan duidelijke richtlijnen, dramatisch lange wachttijden voor gespecialiseerde hulp, geringe vertrouwdheid met het aanbod in de GGZ, te veel medicatie en een hardnekkig stigma wanneer problemen als psychisch worden bestempeld (Vandeurzen, 2010). De GGZ in België wordt gekenmerkt door ‘veel psychiaters’ (hier prijken we op de vierde plaats in Europa), ‘een uitgebreid residentieel aanbod’ (tweede plaats in Europa) en ‘weinig mogelijkheid tot thuisbegeleiding’ (WHO/Europe, 2008; Vandeurzen, 2010). Het zwaartepunt van onze GGZ ligt nog steeds bij de artsen en in de ziekenhuizen. Het mag dan ook niet verbazen dat het KCE in 2008 rapporteerde dat er een grote groep (N = 4731) zogenaamde ‘langverblijvers’ was in psychiatrische ziekenhuizen. Een derde van deze groep verbleef al meer dan zes jaar binnen de ziekenhuismuren (Verniest et al., 2008). Deze situatie was onhoudbaar. In de eerste plaats voor deze mensen, die ooit een kans maakten op re-integratie maar zich nu geen leven meer kunnen voorstellen buiten de ziekenhuismuren én het risico lopen op problematische polyfarmacie, en in de tweede plaats voor onze samenleving. Om ethische en economische redenen kunnen we deze vormen van institutionalisering gewoon niet meer aanvaarden.

Artikel 107

De toepassing van artikel 107 is een financieringstechniek die het mogelijk heeft gemaakt dat psychiatrische bedden tijdelijk buiten gebruik worden gesteld zodat men de middelen voor deze bedden kan gebruiken om nieuwe zorgvormen en betere samenwerking, in zorgcircuits en zorgnetwerken, te organiseren. Toen de toepassing van artikel 107 werd bekendgemaakt, heeft dat een golf van enthousiasme teweeggebracht. Nooit werd er in de jonge geschiedenis van onze GGZ over de muren van organisaties heen zo intensief gebrainstormd over de leemtes in het zorgaanbod. Hierin schuilt de kracht van de artikel 107-projecten: patiënten, naasten, medewerkers uit de eerstelijnszorg, welzijnszorg, GGZ en vertegenwoordigers van lokale besturen waren intrinsiek gemotiveerd om samen te werken.

Tijdens het uitwerken van projectvoorstellen kregen zorgnetwerken veel ruimte, maar geen carte blanche. Zo moest er vanuit een aanbodoverstijgende visie gedacht worden aan de geestelijke gezondheidsnoden van álle volwassenen in de regio, en er moesten vijf sleutelfuncties worden gerealiseerd. Ten eerste werd aan elk zorgnetwerk gevraagd om aan te tonen hoe ze de promotie van geestelijke gezondheidszorg (merk op dat hier niet staat ‘geestelijke gezondheid’) en de preventie van psychische problemen zou verbeteren. Ten tweede moesten de middelen die via artikel 107 werden vrijgemaakt, gebruikt worden om mobiele teams te vormen voor de behandeling van zowel acute als chronische psychische problemen. Ten derde moesten de mogelijkheden om tot sociale inclusie te komen worden verbeterd. Ten vierde werd gevraagd om het residentieel aanbod beter af te stemmen op de noden van mensen waarbij hulpverlening in de thuisomgeving tijdelijk niet aangewezen is. Ten slotte moest er opnieuw nagedacht worden over de woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuis(vervangend) milieu hiertoe niet in staat is. Goedgekeurde projecten werden

beloond met een subsidie van 775.000 euro (Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 2010).

De kern van de reorganisatie is dat de zorg aan psychiatrische bedden wordt afgebouwd en vervangen door hulp aan huis en een betere samenwerking met de eerste lijn. Deze organisatorische verschuiving gaat gepaard met een inhoudelijke verandering. De GGZ wil evolueren naar een aanpak die herstelbevorderend is en die vertrekt vanuit het perspectief van de cliënt. Het gaat niet enkel om het herstellen van de ziekte. Cliënten moeten ook herstellen van het stigma, de iatrogene effecten van bepaalde behandelsettings, het recent ervaren gebrek aan kansen om zelf vorm te geven aan hun leven, de negatieve gevolgen van werkloosheid en gebroken dromen (Anthony, 1993).

Mobiele teams

De zorgnetwerken investeren het gros van de vrijgekomen middelen in het oprichten van de nieuwe, mobiele teams. Zo worden er teams voor crisisinterventie gevormd. Hulp van deze teams kan in principe zeven dagen per week, 24 uur per dag ingeroepen worden door onder andere artsen, medewerkers van de eerste lijn en de politie. De nadruk van de interventies ligt op crisishantering, kortdurende thuisbehandeling en het uitstippelen van een vervolgtraject. Het voornaamste doel is levensbedreigend gedrag snel behandelen zonder een ziekenhuisopname.

Naast crisisinterventieteams verschijnen er mobiele behandelteams voor de behandeling van patiënten met langdurige zorgbehoeften. Diagnostisch wordt er bij deze doelgroep meestal verwezen naar schizofrenie en bipolaire stoornissen, soms ook naar recidiverende/majeure depressies of persoonlijkheidsstoornissen (Eyssen, Leys, Desomer, Senn, & Léonard, 2010). Wat ze met elkaar gemeen hebben, is een ingewikkeld kluwen van problemen. De behandelteams baseren zich qua werkwijze op een Nederlandse organisatievorm van vasthoudende zorg waarin de nadruk ligt op management van symptomen en praktische hulp bij het dagelijkse leven: Functie Assertive Community Treatment (FACT) (Van Veldhuizen, Bähler, Poluis, & Van Os, 2008). Dankzij die ondersteuning kan deze doelgroep blijven participeren in de maatschappij en een aanvaardbare kwaliteit van leven nastreven.

Het feit dat we niet langer toestaan dat sommige mensen als ‘langverblijver’ of ‘draaideurpatiënt’ in de ziekenhuizen blijven hangen, werd terecht op applaus onthaald. Maar er waren ook kritische stemmen. Een aanzienlijk deel van de financiële lasten die in een ziekenhuisstelsel onder verzekerde medische kosten vallen, drukt bij een opvang door andere voorzieningen op de schouders van de patiënt of op welzijnsuitkeringen. Zonder toereikende middelen zou de hervorming de marginalisatie van deze groep net in de hand kunnen werken (Van Hecke, Joos, Daems, Matthyssen, & De Bruyne, 2011; Verniest et al., 2008).

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid verzamelt momenteel de eerste data over de actieradius, organisatie, caseload en productie van de nieuwe teams. Deze gegevens zijn nog niet beschikbaar, maar we weten wel dat momenteel twee derde van de Vlaamse regio ‘ge-

dekt is' door de mobiele teams en dat de wijze waarop de teams zich ontwikkelen, verschilt naargelang de noden en mogelijkheden van de zorgregio (bijvoorbeeld: grootstedelijk versus ruraal) (P. De Bock, persoonlijke mededeling, 4 april 2013).

Klinisch psychologen in de eerste lijn

Om vroegtijdige behandeling van psychische problemen te verbeteren voorzien de meeste zorgnetwerken in een of andere vorm van 'outreaching' van de GGZ naar de eerste lijn. Hoe dat er in de praktijk uitziet, varieert. In sommige regio's probeert men via opleidingen en intervisie de deskundigheid in de eerste lijn te bevorderen. In andere regio's heeft men een 'centraal netwerkpunt' (ook wel 'onthaalteam' of 'front office') opgericht. Het idee dat voor de meeste deining zorgde, was evenwel een nieuwe, eerstelijnspsychologische functie.

Wie de inhoud van de Vlaamse projectvoorstellen bestudeerde, kon vaststellen dat er initieel veel onduidelijkheid was over deze functie. De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, die in 2009 besloten had om over te gaan tot de implementatie van artikel 107, bleef vaag. Zouden er via artikel 107 federale middelen kunnen worden gebruikt voor een eerstelijnspsychologische functie? Welk gezondheidszorgberoep zou bij voorkeur de eerste lijn versterken? Die schimmigheid was begrijpelijk. Als men op federaal niveau een antwoord zou bieden op deze vragen, dan zouden er meteen andere problemen komen bovendrijven. Zo vormen de wettelijke erkenning en terugbetaling van klinisch psychologen en psychotherapeuten al decennia een splijtzwam (Cools, 2006, 2010). Pas in 2011 begon de mist op te klaren.

Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen lanceerde in 2011 een 'Oproep voor het indienen van projecten voor de organisatie van een eerstelijnspsychologische functie'. De minister volgde daarmee het advies dat de werkgroep GGZ van de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg had uitgebracht (Van Audenhove, 2010). Hoewel dit even ter discussie had bestaan, werd de functie uiteindelijk toevertrouwd aan masters in de psychologie. Cools (2011) benadrukte in dit tijdschrift al het belang van deze kans:

"Op termijn kan het een opstap betekenen voor een meer volwaardige erkenning van de klinisch psycholoog. De Nederlandse Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) stelt dat er behoefte is aan één voltijdse eerstelijnspsycholoog per 12.500 inwoners; dat betekent 500 extra jobs voor psychologen in Vlaanderen!"

Ondertussen zijn er zeven pilootprojecten gestart. Deze klinisch psychologen, tewerkgesteld in huisartsenpraktijken, Centra Algemeen Welzijnswerk of Wijkgezondheidscentra, worden gedurende drie jaar gefinancierd door de Vlaamse overheid. Ze zullen generalistische zorg bieden bij courante psychische klachten en, indien nodig, instaan voor een vlotte doorstroom naar de gespecialiseerde gezondheidszorg (Van Hoof, 2012). Het bestaan van de 'eerstelijnspsycholoog' verspreidde zich als een lopend vuurtje. Sommige steden begonnen op eigen houtje een eerstelijnspsycholoog te subsidiëren. Groepspraktijken profileerden zich met hun eerstelijnswerk. De Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie bood een reeks van vijf avondworkshops aan 'voor de psycholoog in de eerste lijns-vuurlijn' en moest door de massale toestroom meteen een tweede cyclus organiseren.

Het dossier klinisch psycholoog kwam terug op de agenda. In de zomer van 2012 kondigde minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx aan dat ze een wettelijk kader wil voor klinisch psychologen, orthopedagogen en psychotherapeuten. Ze zou klinisch psychologen en orthopedagogen willen regelen binnen het KB 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, wat betekent dat terugbetaling via het RIZIV een volgende stap zou kunnen zijn. Daar staat wel tegenover dat het beroep van psychotherapeut buiten KB 78 zou worden geregeld. Momenteel ligt het dossier bij een parlementaire werkgroep. Minister Vandeurzen besloot hierop niet te wachten. Hij gaf een commissie psychotherapie, met vertegenwoordigers van de verschillende ziekenfondsen, de Vlaamse overheid, de decanen van de universiteiten psychologie, vertegenwoordigers uit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en uit de beroepsgroep van klinisch psychologen en psychiaters, de opdracht om een set van kwaliteitscriteria te bepalen voor de terugbetaling van psychologische en/of psychotherapeutische interventies door de ziekenfondsen.

Het was en is duidelijk: de schijnwerper staat op de klinisch psychologen gericht. De grootste psychologenverenigingen hebben dan ook een tandje bijgestoken. De Belgische Federatie van Psychologen heeft, onder andere via de Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen (FVIB), haar belangenbehartiging geïntensifieerd. Dat heeft al geleid tot een uitbreiding van de bevoegdheden van de Psychologencommissie met de oprichting van een eigen Tuchtraad en een Raad van Beroep, die deontologische sancties kunnen opleggen (Laruelle, persbericht, 19 april 2013). Daarnaast verdiept een werkgroep van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen zich in het dossier van de ‘eerstelijnspsycholoog’. In 2014 zal zij een adviesnota uitbrengen waarin beschreven staat welke visie, opleiding, omkadering en terugbetaling vereist zijn als men de positie van klinisch psychologen in de eerste lijn wil verduurzamen. Dankzij de lopende projecten, het rapport ‘Eerstelijnspsycholoog’ van De Maeseneer et al. (2009), dertig jaar ervaring in Nederland (Derksen, 2010) en de vruchtbare samenwerkingsrelaties tussen zelfstandig werkende collega’s, huisartsen en welzijnszorg die nu al bestaan, is er heel wat materiaal voorhanden.

Blind enthousiasme

Het is verleidelijk om mee te gaan in het gevoel van enthousiasme dat nu door het zorglandschap waait. Maar als we ons blindstaren op deze projecten, verliezen we enkele essentiële problemen uit het oog. Het voelt wijs om even tegengewicht te bieden. Wat wordt er onvoldoende belicht?

Ten eerste worden mobiele teams soms voorgesteld als een nieuwe zorgvorm die het aantal zelfdodingen zal doen dalen. Dat is een onjuiste en contraproductieve voorstelling. De mobiele teams hebben de opdracht om zich in te zetten voor de crisisopvang en de begeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening, die anders geen alternatief hebben dan ‘wonen’ in een ziekenhuis. Het oprichten van crisisinterventie- en mobiele behandelteams heeft talrijke voordelen voor deze doelgroep, maar het effect op het aantal zelfdodingen is onduidelijk (Dieterich, Irving, Park, & Marshall, 2011; Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012; Van Veldhuizen et al., 2008). Bovendien verdoezelt deze voorstelling de belangrijkste uitdaging waar de teams voor staan: samenwerken in lokale GGZ-netwerken. Alleen

zo ontstaat fijnmazige en continue zorg die cliënten met chronische klachten nodig hebben. Ketenzorg voorkomt dat moeilijke cliënten onder de radar blijven of als hete aardappels worden doorgeschoven. De hoge verwachtingen over de ‘nieuwe, mobiele teams’ zijn vanuit dat standpunt zorgelijk.

Ten tweede wordt aangenomen dat de consolidatie van een eerstelijnspsychologische functie het aantal zelfdodingen zal doen dalen. In de eerste lijn bereiken we immers een grote doelgroep en de redenering dat het aantal zelfdodingen zal dalen als we psychische problemen eerder en beter behandelen snijdt hout. Psychische problemen zijn immers een belangrijke risicofactor voor suïcidaal gedrag (Dijkstra, 2010). Het is dan wel noodzakelijk om tegelijk het systeem van terugbetaling, dat de schaarste in de eerste en tweede lijn mee organiseert, te veranderen. Zowel op federaal als op Vlaams niveau worden stappen gezet om dat te doen. Met de totstandkoming van terugbetaling voor kwalitatieve psychologische en/of psychotherapeutische interventies staat of valt de verduurzaming van de eerstelijnspsychologische functie. Als de tweede lijn niet versterkt wordt terwijl er wel ingezet wordt op laagdrempeligheid en vroegdetectie, dan valt te voorspellen dat de flessenhals van de tweede naar de eerste lijn verschuift en dat er, opnieuw, veel cliënten tussen wal en schip vallen.

Een derde punt sluit hier nauw bij aan. Er wordt in beleidsteksten geestdriftig geschreven over werken ‘vanuit een cliëntperspectief’. Als dat voornemen oprecht is, dan zou de stem van mensen met psychische problemen op alle niveaus moeten weerklinken. Op mesoniveau zien we, onder andere dankzij de aandacht die hieraan geschonken wordt in de artikel 107-projecten, een gunstige evolutie. Maar op macroniveau blijft de politieke invloed van deze groep ondermaats. Er zijn geen organisaties van cliënten of hun familie die voldoende middelen hebben om onafhankelijk onderzoeksrapporten aan te vragen of actief te lobbyen bij volksvertegenwoordigers. Zou het kunnen dat we daarom vaststellen dat het percentage van het totale budget voor gezondheidszorg dat naar geestelijke gezondheid gaat, in België lager ligt dan in de ons omringende landen? België gaf in 2005 6% van het totale gezondheidszorgbudget uit aan GGZ. Ter vergelijking: in hetzelfde jaar was dat in Nederland 7%, in Frankrijk 8% en in het Verenigd Koninkrijk maar liefst 10% (WHO, 2005). Recentere cijfers zijn voor België niet te vinden. In de WHO Mental Health Atlas van 2011 staat de voornaamste reden: “Financing mechanisms for mental health in Belgium are complex (...) making it difficult to report national mental health expenditure figures.” Als die financieringsmechanismen inderdaad zo ingewikkeld zijn, hoe is het dan mogelijk om een samenhangend beleid te voeren? Wat zorgt ervoor dat deze ondermaatse en troebele financiering getolereerd wordt door cliënten, naasten en hulpverleners?

Ten vierde is er geen eenduidige strategie met betrekking tot het ontwikkelen en verspreiden van good clinical practices in de GGZ. Deze taken zijn onder andere toevertrouwd aan de beroepsorganisaties (die al dan niet de mogelijkheid hebben om die taak naar behoren uit te voeren), het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM, www.cebam.be), het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, www.kce.fgov.be) en de onderzoeksgroepen van de universiteiten (zie ook www.steunpuntwvg.be). Er bestaat geen ‘Instituut voor Geestelijke Gezondheid’ dat de informatie bundelt, voor een gebruiksvriendelijke interface zorgt, hiaten detecteert en onderzoek afstemt op de noden van de praktijk.

Op de genoemde sites zijn weinig multidisciplinaire richtlijnen te vinden, terwijl dat toch beschouwd kan worden als een sine qua non als we herstelgericht willen werken. Het feit dat een eenduidige strategie ontbreekt, leidt ertoe dat behandelingen vaak niet ondersteund worden door wetenschappelijk onderbouwde procedures en dat we hiervoor afhankelijk zijn van wat er overgewaaid komt uit het buitenland.

Ten vijfde hebben we, ook bij erkende zorgberoepen en zorgvoorzieningen, geen zicht op wat er precies in de praktijk gebeurt en wat het effect hiervan is. Universiteiten, hogescholen en beroepsverenigingen hameren er evenwel op dat activiteiten evalueren een vereiste is om verantwoord te handelen. Bovendien zijn er betrouwbare en valide instrumenten beschikbaar. De vaststelling dat hulpverleners dat niet doen, leidt wel eens tot de conclusie dat er sprake is van een gebrek aan maturiteit of beroepseer. Een alternatieve hypothese is dat de frequentie van bijscholingen volgen, activiteiten evalueren en de resultaten delen, net als ander gedrag afhankelijk is van de mate waarin dat beloond wordt. Momenteel is die bekrachtiging er bijvoorbeeld in de vorm van ‘eer van je werk hebben’, gemoedsrust, waardering van cliënten en collega’s. Maar voor de erkenning en terugbetaling van de zorg maakt het geen verschil. Bovendien kost het een hoop tijd en energie om deze taken uit te voeren. Het lijkt dan begrijpelijk dat de mate waarin dat gebeurt, variabel is. De gevolgen voor cliënten zijn in elk geval bijzonder kwalijk. Rechten zoals ‘ontvangen van een kwaliteitsvolle dienstverlening’ en ‘vrij toestemmen in een tussenkomst, met voorafgaande informatie’ worden met de voeten getreden. Bovendien is het te gemakkelijk om het falen van een behandeling te wijten aan een gebrek aan motivatie of ‘de (ongeneeslijke) ziekte’ van de persoon die hulp vraagt, in plaats van de diagnose of de behandeling zelf.

Ten slotte, en bij het eerste punt aansluitend, hebben wij, klinisch psychologen, al sinds de jaren zestig van de vorige eeuw een sleutelrol in het herstelgerichte paradigma. Vanaf de eerste generatie collega’s die afstudeerde, is onze meerwaarde dat we aandacht hebben voor het valideren van de ervaringen en het gedrag van mensen, waaronder mensen die psychisch lijden. Het feit dat het nieuwe paradigma van ‘herstel’ nu als een grote doorbraak wordt onthaald, biedt reden tot hoop, maar is tegelijk een affront. Het toont aan dat klinisch psychologen al veertig jaar weinig invloed hebben op dominante paradigma’s ten aanzien van psychische problemen. Wij moeten samen met anderen leiding geven aan deze herstelgerichte stroming en op alle niveaus een omkadering eisen die dat mogelijk maakt. Zolang dat verhaal van vermaatschappelijking gaat over patiënten en het managen van hun ziekte en niet over mensen en het valideren van hun gedrag, denk ik niet dat we kunnen spreken van een ander paradigma. Het is hetzelfde paradigma, maar dan op wielen. En elke klinisch psycholoog moet die boodschap uitdragen. Wie zal het anders doen?

Conclusie

De artikel 107-projecten, de eerstelijnspsychologische functies en de herstelgerichte beweging die ze symboliseren, zijn inspirerend. Nooit eerder in de jonge geschiedenis van onze GGZ hebben patiënten, hun naasten, medewerkers uit de eerstelijnszorg, welzijnszorg, GGZ en vertegenwoordigers van lokale besturen zo intensief samengewerkt om zich te buigen over

twee vragen: hoe kunnen we de effectiviteit van de zorg voor mensen met psychische problemen verhogen, en hoe kunnen we het proces van vermaatschappelijking versnellen? Maar het heersende gevoel van enthousiasme zorgt ervoor dat wezenlijke belemmerende factoren over het hoofd worden gezien. Er zijn uitdagingen die niet met projecten kunnen worden opgelost: zorg waarin validatie en inclusie van cliënten die chronisch ontregeld zijn als prioritair worden beschouwd, meer invloed van mensen met psychische problemen op het GGZ-beleid, gelijkwaardigheid in de zorgberoepen, een eenduidige strategie voor de verspreiding van (multidisciplinaire) richtlijnen, ernstige kwaliteitsvereisten bij terugbetaling en emancipatie van klinisch psychologen. Er is nog veel werk aan de winkel. Ik wil daarom, in het bijzonder voor mijn generatiegenoten, afsluiten met de woorden van Stéphane Hessel (2012, p. 123):

“Het leven kan voor heel veel prettige zaken dienen: liefde, poëzie, verbeeldingskracht. Maar het moet ook dienen voor de wil om weerstand te bieden aan datgene wat aanstoet geeft.”

Dankwoord

Ik wil Marijke Eyssen (KCE), Elizabeth Bosselaers en Siegfried Geers (CEBAM), Paul De Bock (FOD Volksgezondheid), Mieke Craeymeersch (Similes), An Moens (Zorgnet Vlaanderen), Jan van Speybroeck (VVG), de medewerkers van het RIZIV en mijn collega's bedanken voor hun bereidheid om met mij van gedachten te wisselen over dit onderwerp.

Literatuur

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 75-85.
- Cools, B. (2006). De psychotherapeut bestaat niet! Over de impasse en een mogelijke uitweg voor de wettelijke erkenning van een specialisme. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 36, 165-179.
- Cools, B. (2010). De klinisch psycholoog bestaat (nog steeds) niet: over weerbarstige maatschappelijke erkenning, problematische relatie met psychiaters en opleidingsvereisten. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40, 135-147.
- Cools, B. (2011). (G)Een toekomst voor de klinisch psycholoog?! *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41, 9-22.
- De Maeseneer, J., Wittevrongel, L., Vincke, A., Herman, E., Desmyter, F., & Decroos, V. (2009). *Eerstelijnspsycholoog. Onderzoeksrapport*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Derksen, J. (2010). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501.
- Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B., & Marshall, M. (2011). *Intensive case management for severe mental illness (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- Dijkstra (2010). *Factsheet preventie van suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Eyssen, M., Leys, M., Desomer, A., Senn, A., & Léonard, C. (2010). *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? KCE reports 144A (D/2010/10.273.78)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (2010). www.psy107.be.
- Hessel, S. (2012). *Geloven in het onwaarschijnlijke. Terugblikken om vooruit te kijken*. Amsterdam: Van Gennep.
- Laruelle, S. (2013, 19 april). Eigen deontologische code psychologen vermijdt misbruiken [persbericht]. www.sabinelaruelle.be/eigen-deontologische-code-psychologen-vermijdt-misbruiken_nl_162.
- Murphy, S., Irving, C.B., Adams, C.E., & Driver, R. (2012). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- OECD (2013). *Mental health and work: Belgium*. OECD Publishing.
- SDR, suicide and self-inflicted injury, 0-64 per 100.000. (1996, 2006). Geraadpleegd op 23 januari 2013, <http://data.euro.who.int/hfad/>.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1, 84-90.
- Van Audenhove, C. (2010). *Eindrapport Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg. Werkgroep 6. Geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Van der Heyden, J., Gisle, J., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I – Gezondheidstoestand*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Vandeurzen, J. (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*. Brussel: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Hecke, J., Joos, L., Daems, J., Matthysen, V., & De Bruyne, S. (2011). Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 917-926.
- Van Hoof, B. (2012). *Vlaams beleidsplan GGZ 2009-2014*. Voordracht gehouden te Leuven op 18 januari 2012.
- Van Veldhuizen, R., Bähler, M., Poluis, D., & Van Os, J. (Red.) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verniest, R., Laenen, A., Daems, A., Kohn, L., Vandermeersch, G., Fabri, V., et al. (2008). *Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden*. Health Services Research (HSR). KCE reports 84A (D/2008/10.273/46). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas – 2005*. Geraadpleegd op 15 april 2013, www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/.
- World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas – 2011. Belgium*. Geraadpleegd op 15 april 2013, www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/index.html.
- World Health Organization (WHO)/Europe. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization.

Personalia

Roland Sinnaeve is klinisch psycholoog aan het UPC KU Leuven, Campus Kortenberg. Daarnaast werkt hij als onderzoeker en therapeut in het Centrum Persoonlijke Stoornissen Jelgersma (GGZ Rivierduinen, regio Leiden). Hij is tevens vicevoorzitter van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. E-mail: roland.sinnaeve@uc-kortenberg.be.