

De liaisonpsycholoog in de 21ste eeuw

Ronny Bruffaerts

SAMENVATTING

De veranderingen in de structuur en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg maken dat de focus van zorgverlening gradueel opschuift, onder meer naar de maatschappij en naar personen die somatisch ziek zijn. Deze verschuivingen hebben een aantal uitdagende implicaties voor de liaisonpsycholoog, niet enkel op het niveau van de klinische praxis, maar ook op het niveau van de organisatie en het beleid omtrent de liaisonpsychologie. Specifieke uitdagingen liggen onder andere in de sterke ontwikkeling van specifieke diagnostische en behandelingscompetenties die afgestemd zijn op en bestemd zijn voor de in principe somatisch zieke patiënt die vanwege zijn somatische pathologie binnen de zorg is terechtgekomen. Andere uitdagingen liggen in de ontwikkeling van duurzame samenwerkingen met zowel de psychiatrische dienst als de somatische eenheden. Op het niveau van de organisatie en de beleidsvoering stelt de vraag zich naar hoe de liaisonpsychologie zich (financieel) dient te organiseren, bijvoorbeeld ten aanzien van de psychiatrische dienst en de somatische afdelingen. Niet enkel de geestelijke maar de gehele gezondheidszorg zal zich op een andere wijze moeten structureren en organiseren in de 21ste eeuw. Het is evident dat de klinisch psycholoog in globo en de liaisonpsycholoog in concreto niet kunnen voorbijgaan aan de vraag hoe hij het best kan participeren in een 'nieuwe gezondheidszorg'.

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg

De Amerikaanse maar ook de Europese geestelijke gezondheidszorg is sinds twee decennia structureel erg veranderd. Vooreerst is er binnen de geestelijke gezondheidszorg de tendens tot een doorgedreven de-institutionalisering. De behandeling van patiënten gebeurde minder vaak in de geïnstitutionaliseerde zorgvorm, die steeds minder bedden ter beschikking had, maar ook – in lijn met evoluties binnen de somatische geneeskunde – met een sterke reductie van de opname- en behandelingsduur. Ten tweede ligt aan de basis van deze verandering zeker ook een poging om de uitgaven binnen de geestelijke gezondheidszorg te beperken omdat de kosten van de gezondheidszorg enorm gestegen zijn de laatste decennia (Poisal et al., 2007). De hervormingstrends kunnen worden geïnterpreteerd als een zoektocht naar een rationeler, efficiënter en meer wetenschappelijk gefundeerd gebruik van de beschikbare middelen (Kesteloot, 2001). Tegen deze achtergronden staat onze geestelijke gezondheidszorg voor de uitdaging dat specifieke keuzes zullen moeten worden gemaakt in de organisatie en de uitvoering van de psychiatrische zorg.

De vermaatschappelijking van de zorg heeft vooral gezorgd voor twee contouren waarbinnen een toekomstig ggz-beleid zich zal dienen af te tekenen. Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw dienen we ons te realiseren dat de plaats van de zorg (in casu waar de zorg wordt geleverd) gradueel opschuift van een geïnstitutionaliseerd kader, over de maatschappij en zo verder naar de thuissituatie. Daarnaast wordt ook gereflecteerd over de plaats en organisatie van de zogenaamde liaisonpsychologie en -psychiatrie binnen het globale ziekenhuisbrede aanbod van de somatische geneeskunde (Rooijmans, 2000). Op het vlak van de klinische paradigma's die worden gehanteerd binnen de behandeling van mentale stoornissen en emotionele problemen, zien we een gelijklopende evolutie: vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw worden gradueel vaker paradigma's ontwikkeld die, ook voor de chronische patiënt, openlijk spreken van een herstelvisie en hiermee de transitie maken van een *disability*- naar een *ability*-denken (Wilken & den Hollander, 1999).

Binnen een Belgische context kan worden gezegd dat de vermaatschappelijking van de zorg traag verloopt. De eerste aanzet voor de vermaatschappelijking van de zorg werd (op papier) ingezet medio jaren tachtig van de vorige eeuw (Groot & Breda, 1989), maar een effectieve grootschalige afbouw van de residentiële geïnstitutionaliseerde zorg gebeurde pas decennia later (Van Nuffel & Van den Broucke, 2008). De trage vermaatschappelijking heeft op zich geleid tot twee pertinente gevolgen, met name een gebrek aan afstemming tussen de ambulante en residentiële zorg én het gebrek aan preventieprojecten. Zelfs tot in het tweede deel van de jaren negentig van de vorige eeuw bestond het gros van het ggz-aanbod uit curatieve praktijken, zowel binnen de residentiële als de ambulante zorg (De Clercq et al., 1996). Recentelijk kreeg het preventiedenken van overheidswege wat meer aandacht toebedeeld en werd het gradueel naar voren geschoven als een beleids optie. Ook de assumptie dat (langdurige) psychotherapie de 'gouden standaard' is voor de competenties en taken van de klinisch psycholoog, wordt pas laat in vraag gesteld (Hermans, 2002). Tegen de achtergrond van een zich snel wijzigende geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat de nadruk op zowel continuïteit van zorg als op het implementeren van een preventieve aanpak van emotionele problemen aan een opmars bezig is. Specifiek van belang voor de verdere ontwikkeling van de liaisonpsychologie is de beleidsmatige aandacht voor de behandeling van chronisch zieken in België (zie onder andere Riziv, 2012; Onkelinx, 2011). Chronische somatische aandoeningen hebben inderdaad niet enkel een hoge comorbiditeit met emotionele problemen maar tegelijk een erg hoge maatschappelijke impact (Ormel et al., 2013; Alonso et al., 2011). In beleidslijnen zien we de klinisch psycholoog verschijnen als een zorgverlener die een centrale plaats inneemt in de (somatische) multidisciplinaire zorg van de patiënt met een chronische somatische aandoening. We zien ook dat de taken en competenties van de liaisonpsycholoog niet inherent gebonden zijn aan deze van de psychiater.

De klinische context van de liaisonpsychologie

Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw is de behandeling van emotionele problemen en mentale stoornissen bij patiënten die zijn opgenomen vanwege een somatische problematiek erg toegenomen. Vooral het samengaan van invloeden uit verschillende disciplines zoals de psychiatrie (en vooral de toenmalige ontwikkeling van de psychosomatiek; Rooij-

mans, 2000), de gezondheidspsychologie (Friedman & Adler, 2007), de epidemiologie (Von Korff et al., 2009) en de ontwikkeling van gestructureerde methoden om data te verzamelen (Paykel, 1987) hebben in eerste instantie geleid tot het vergroten van de kennis met betrekking tot de psychosociale en emotionele correlaten van de somatisch zieke patiënt. Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw is het vakgebied van de liaisonpsychologie ook verder uitgebouwd aan de hand van wetenschappelijk onderzoek, getuige het stijgende aantal publicaties, het ontstaan van een aantal gespecialiseerde tijdschriften (zoals het *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* van uitgeverij Springer, Heidelberg, Duitsland) en zelfs een volledige *special issue* gewijd aan de stand van zaken van de liaisonpsychologie wereldwijd (meer bepaald Volume 8, eerste aflevering van 2001 van het *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*).

Sterke comorbiditeit tussen somatische aandoeningen en psychische gezondheid

Niet enkel epidemiologisch maar ook klinisch onderzoek maakt duidelijk dat er een sterke interactie bestaat tussen somatische en fysieke gezondheid enerzijds en emotionele problemen en mentale stoornissen anderzijds (zie onder meer Nyklíček et al., 2004; Von Korff et al., 2009). Zo is geweten dat er een sterke samenhang bestaat tussen het voorkomen van courante chronische somatische en/of pijn-aandoeningen en het voorkomen van mentale stoornissen (Scott et al., 2007). Op jaarbasis hebben personen met een chronische somatische aandoening (zoals gewrichtspijn, hoofdpijn, hypertensie, obesitas, diabetes, cardiologische problemen) ongeveer tweemaal meer kans op een mentale stoornis (Gureje, 2009). Vooral angst- en stemmingsstoornissen zijn hier het vaakst onderzocht, maar ook hebben personen met somatische aandoeningen vaker problemen met de vraag *hoe en op welke manier* ze dienen om te gaan met hun aandoening, los van de aanwezigheid van een mentale stoornis (Denollet, 2000). Hierbij is het belangrijk dat de aanwezige mentale stoornis of inadequate coping niet enkel kan leiden tot een chronificering van de somatische aandoening (Bertrem et al., 2006) maar ook tot een progressie ervan (Denollet, 2000). Ook omgekeerd is er evidentie voor een statistisch significant verband: een brede waaier van vroeg-bestaande mentale stoornissen voorspelt de latere ontwikkeling van een chronische somatische aandoening (Scott et al., 2013). Ook verhoogt de aanwezigheid van een somatische aandoening de kans op suïcidale ideatie en suïcidepogingen met ongeveer 60% (Scott et al., 2010). Deze nieuwe bevindingen hebben drie implicaties voor de liaisonpsycholoog. Ten eerste zal de benadering van de patiënt niet enkel psychiatrische maar ook psychologische competenties vereisen. Ten tweede zal aandacht moeten worden besteed aan de wijze waarop de somatisch zieke patiënt omgaat met zijn aandoening. Ten derde zal de psycholoog oog moeten hebben voor een eventuele aanwezigheid van suïcidale ideeën, plannen en/of pogingen in de huidige periode en/of in het verleden.

De rol van psychosociale factoren in de individuele kwetsbaarheid van de somatisch zieke patiënt

De associatie tussen het voorkomen van zogenaamde 'life events' en individuele kwetsbaarheid van de somatisch zieke patiënt is niet enkel vaak onderzocht maar is ook een van de meest consistente bevindingen uit het onderzoeksveld (Fava & Sonino, 2005). Life events

zoals vroege separatie van de moeder (zie onder meer Lanius et al., 2010) maar vooral lichamelijk invasieve gebeurtenissen (zoals fysiek geweld of seksueel misbruik) in de kindertijd zijn in sterke mate geassocieerd met de ontwikkeling van een reeks risicovolle gedragingen (Walker et al., 1999), emotionele problemen (zoals mentale stoornissen en suïcidaliteit; Bruffaerts et al., 2011), maar ook somatische aandoeningen op volwassen leeftijd (Scott et al., 2011). Een centrale notie onderliggend aan de effecten van vroege en/of recente life events is chronische stress, die via een aantal psychologische en biologische mechanismen (Von Korff et al., 2009) kan bijdragen tot een ‘allostatic load’, die op haar beurt kan worden geïnterpreteerd als een predisponerende drempelverlagende factor voor de ontwikkeling van zowel somatische als emotionele klachten (McEwen, 2003). Voor de liaisonpsychiatrie liggen hier een noodzaak én een uitdaging deze life events in kaart te brengen, maar ook de wijze waarop patiënten met deze events omgaan en welke plaats deze events hebben in de huidige psychische en/of somatische toestand van de patiënt (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, 2003). Het gaat dus niet enkel over de stressvolle situaties an sich maar ook over hun mentale representatie. In het werken met de psychosociale context van de patiënt kan de aandacht ook uitgaan naar sociale steun, en meer bepaald naar het onderscheid tussen gepercipieerde en gekregen sociale steun (Uchino, 2009).

Een specifiek kader: de somatische geneeskunde

De veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg die we hierboven schetsten, hebben de facto een aantal implicaties voor de uitoefening van het vak van de klinische psychologie die verder reiken dan enkel deze van de liaisonpsycholoog (cf. andere bijdragen in dit nummer). De veranderingen hebben dan weer specifiek betrekking op de liaisonpsychologie omdat de klinische werkomgeving drastisch anders is dan de klassieke therapeutische setting waarin de klinisch psycholoog zijn werk verricht (Steptoe & Wardle, 1996). Het liaisonpsychologisch kader kenmerkt zich aan de hand van een beperkt aantal contacten tussen psycholoog en patiënt (gemiddeld en afhankelijk van de specifieke somatische dienst tussen 1,3 en 1,9), het lage aantal effectieve contacturen met de patiënt (meestal 1,5 à 2 uur) en een relatief korte opnameduur van de somatisch zieke patiënt (gemiddeld 7,8 dagen). Gemiddeld gezien wordt bij 30% van de somatisch zieke patiënten de nood gedetecteerd aan psychologische opvolging (Poppelaers & Kaptein, 1994). Naast de klinische praxis is ook de organisatie- en beleidsstructuur waarin de liaisonpsycholoog functioneert, fundamenteel anders. De organisatiestructuur is geen psychotherapeutisch georganiseerd geheel maar doorgaans een somatische dienst waar patiënten op een multidisciplinaire wijze worden behandeld voor hun somatische pathologie.

Een conceptueel model voor de liaisonpsychologie

Op het niveau van de klinische praxis wordt van de liaisonpsycholoog verwacht dat hij een quasi-allrounder is die zich niet toespitst op één klinische taak (zoals het psychodiagnostisch onderzoek) maar ook – en vaak tegelijkertijd – op andere vlakken (zoals counseling, psycho-educatie en behandeling; Bouchard, 2009). Door de specificiteit van de setting wordt verwacht dat de liaisonpsycholoog én psychodiagnostisch (zowel screening als persoon-

lijkheidsdiagnostiek) én vanuit een interventiekader zal kunnen functioneren als een expert (Kaslow et al., 2012). Centraal kunnen we stellen dat er drie taken zijn voor de liaisonpsycholoog: diagnostische taken, behandelingstaken en taken die in strikte zin niet klinisch van aard zijn (zoals opleiding en wetenschappelijk onderzoek; Soons & Denollet, 2009). Afgestemd op deze taken kunnen vervolgens specifieke competenties worden ontwikkeld waarin een aantal uitdagingen vervat ligt. De vraag dient gesteld te worden in welke mate het ‘klassieke’ klinisch psychologische instrumentarium kan worden getransponeerd naar en gebruikt in een klinische werkelijkheid die fundamenteel anders is dan slechts een aantal jaar geleden.

Diagnostische competenties

Op het vlak van diagnostische competenties moet de liaisonpsycholoog in staat zijn zowel op het niveau van screening als op het niveau van het klassieke psychodiagnostische onderzoek hoogstaande zorg te bieden. Naast het screenen voor de potentiële aanwezigheid van mentale stoornissen en suïcidaliteit is het ook belangrijk psychologische elementen in kaart te kunnen brengen die kunnen leiden tot een progressief verloop van de somatische aandoening en/of tot een verslechtering van de emotionele toestand (Fava & Sonino, 2005). Hier wordt bijvoorbeeld gedacht aan het neuropsychologisch functioneren (Newman et al., 2001), motivationele aspecten (zoals het onderscheid tussen motivatie voor behandeling en motivatie voor verandering; Vanden Boer & Bruffaerts, 2013) of crisogene aspecten van het gedrag (Lewis & Roberts, 2001). Centraal staat het idee dat screening leidt tot het identificeren van patiënten die geen emotionele problemen hebben versus diegenen die wél als risicocategorie kunnen worden bestempeld en eventueel verder psychodiagnostisch dienen te worden onderzocht. Binnen het klinische takenpakket zal de introductie van het onderscheid tussen screenen voor emotionele en (neuro)psychologische problemen (‘psychological screening’) en psychodiagnostiek (‘psychological assessment’) een differentiëring aanbrengen waardoor het duidelijker wordt welke patiënten op welke wijze dienen te worden behandeld voor hun emotionele problemen. Het uiteindelijke doel van het diagnostische takenpakket ligt in het inschatten van de ernst van de potentieel aanwezige emotionele problemen, het bepalen van de aard ervan, het inschatten van de draaglast-draagkrachtverhouding én het op een gestructureerde wijze communiceren van de bevindingen naar een behandelteam – en uiteraard ook de patiënt – om zo te komen tot een hierop afgestemd behandelvoorstel (Groener et al., 2011).

Competenties vanuit specifieke psychologische interventiekaders

Op basis van het diagnostisch handelen wordt het duidelijk tot welke risicocategorie een somatisch zieke patiënt zich situeert. Conform de diagnostische cyclus kan een inschatting worden gemaakt van de ernst van de emotionele problemen en zo een voorstel tot behandeling gebeuren. Aangezien de meeste psychotherapeutische modellen bekend zijn bij de klinisch psycholoog, is het belangrijk toch een aantal specifieke kortdurende modellen te vermelden, die in se niet nieuw zijn maar toch pas recentelijk zijn gebruikt binnen of getransponeerd zijn naar een medische context. Binnen de kortdurende behandelmodellen zijn voornamelijk vijf deelaspecten of -modellen belangrijk: een ‘solution-focused’ benade-

ring (Atkinson & Ames, 2007) al dan niet in combinatie met motivationele behandelmodellen (Bundy, 2004), crisisinterventie (Hoff et al., 2009), psycho-educatieve toepassingen (Hoencamp & Haffmans, 2008) en counseling (Wahed et al., 2010; Schoenberg & Shiloh, 2002). Deze kunnen vooral worden toegepast vóórdát de eigenlijke psychotherapeutische behandeling van start gaat.

Liaisonpsychologie: méér dan enkel het voeren van klinische contacten

Hoewel de meeste aandacht in de literatuur uitgaat naar een toegenomen en nog steeds toenemende complexiteit van ons werkveld en de hieraan gekoppelde noodzaak aan verdere specialisering (zie onder mee Kaslow et al., 2012), is het van belang erop te wijzen dat een conceptueel model voor de liaisonpsychologie niet te eng mag worden toegespitst op louter klinische taken en competenties. Naast klinische taken (in de regel klinische contacten) vervullen liaisonpsychologen ook een aantal opleidingsaspecten in hun klinische inschakeling, zoals het superviseren van stages op het bachelor-, master- en postgraduaatniveau en/of het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek (Soons & Denollet, 2009). Op het vlak van de klinische inschakeling zijn er nog drie specifieke taken te weerhouden: het verzorgen van een consistente en systematische brugfunctie tussen (het discours, de aard en het object van) de klinische psychologie, de (liaison)psychiatrie, de liaisonverpleegkunde en de somatische geneeskunde, de hiermee gelieerde ondersteuning van de samenwerking van de somatische afdeling (Allemeesch, 2003); waarin het aanwezig stellen en bespreekbaar maken van en omgaan met alteriteit (in casu het niet-lineaire, onlogische, fundamenteel *andere* karakter van de menselijke emoties) centraal staan. Op deze wijze kan de liaisonpsycholoog fungeren als een teamcoach van het somatische behandelteam.

Ook een aantal organisatorische en beleidsmatige reflecties verdient enige aandacht, hoewel de literatuur hieromtrent opvallend beperkt is in vergelijking met de vele bijdragen omtrent de klinische inschakeling. Dát er gedacht dient te worden over hoe ‘de liaisonpsychologie’ moet worden georganiseerd en hoe individuele psychologen moeten worden aangestuurd, lijdt geen enkele twijfel, vooral niet omdat het aantal liaisonpsychologen systematisch stijgt. Voortdurend worden nieuwe federale zorgvernieuwingsprojecten gecreëerd waarbij de klinisch (liaison)psycholoog wordt ingeschreven als inherent deel uitmakend van een multidisciplinaire zorg (Riziv, 2012; Onkelinx, 2011). Internationaal noch nationaal is er geen organisatie-model dat momenteel geldt als ‘gouden standaard’. Omwille van de professionele autonomie wordt een centraal georganiseerde liaisonpsychologie wel als optimaler beschouwd in vergelijking met een gedecentraliseerde georganiseerde vorm, maar een centraal georganiseerde structuur heeft dan weer slechtere financieringsmodaliteiten (Drotar & Zagorski, 2001). Los hiervan is het evident dat (liaison)psychologen een eigen rol opnemen in de coördinatie en het management van de zorg en worden opgenomen in een hiërarchische organisatiestructuur van de setting (doorgaans een ziekenhuis) waarin ze zijn tewerkgesteld (British Psychological Society, 2007) én goed geïntegreerd zijn in de diensten waar ze hun zorg verlenen (Soons & Denollet, 2009). Met betrekking tot de inschakeling in de dienst is het opstellen van specifieke functieomschrijvingen van belang (Baker et al., 2009). Deze kunnen bovendien helpen een aantal taken dermate te specificeren dat er weinig tot geen overlap zal bestaan tussen de taken van de liaisonpsycholoog en bijvoorbeeld de sociaal wer-

ker (Drotar & Zagorski, 2001). Een laatste reflectie gaat over de financiering van de liaisonpsychologen. Deze heet de facto ondermaats te zijn, maar tegen de achtergrond dat liaisonpsychologen een steeds groter veld binnen de gezondheidszorg zullen innemen, dient over deze financiering te worden nagedacht. Het is inderdaad zo dat, als de liaisonpsycholoog als professional integraal deel zal uitmaken van de multidisciplinaire zorg voor de somatisch zieke patiënt, hij evenzeer deel dient uit te maken van een adequaat financieringssysteem dat voorziet in een duurzaam beleid (Walders & Drotar, 1999).

Conclusie

Samengevat kunnen we zeggen dat onze geestelijke gezondheidszorg de laatste decennia structureel en inhoudelijk erg veranderd is. We onthouden vooral dat de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in België en Vlaanderen relatief laat werd ingezet, en dat was niet anders voor de uitbouw en de consolidatie van de liaisonpsychiatrie. Op het beleidsniveau wordt anno 2013 openlijk gepleit voor het rationele gebruik van behandelstrategieën die kostenbesparend zijn en toch tegelijk hun doelmatigheid en effectiviteit hebben aangetoond. Op organisatieniveau van de zorg wordt sterk gepleit voor een verdere afbouw van de langdurige en residentiële zorg. Bij voorkeur gebeurt de zorg steeds vaker binnen een maatschappelijke of thuiscontext. Ook behandelingen binnen een somatische context, zoals een eerstelijns- of ziekenhuiscontext, maken deel uit van de veranderde organisatie van de psychiatrische maar ook de psychologische zorg. Op het niveau van de klinische praxis situeren grote verschuivingen zich vooral binnen de specifieke aanpak van emotionele problemen en/of mentale stoornissen. Deze aanpak is bij voorkeur ambulante, kort en doelgericht maar ook multidisciplinair. Onze geestelijke gezondheidszorg is veel meer een 'cross-over'-gezondheidszorg geworden met een grotere complexiteit waar pragmatiek en economische finaliteit een belangrijke plaats zijn gaan innemen. Deze veranderingen creëren op zich een aantal uitdagingen op het niveau van zowel het beleid, de organisatie als de klinische praxis van de liaisonpsychologie als (sub)discipline binnen de klinische en gezondheidspsychologie als de individuele liaisonpsycholoog.

De klinische psychologie in globo en de liaisonpsychologie in concreto staan voor grote uitdagingen. Onze (geestelijke) gezondheidszorg is dermate veranderd – en verandert nog steeds – waardoor de plaats van de klinisch psycholoog stilaan verschuift van een louter 'psychotherapeutisch veld' naar een multidisciplinair veld dat wordt gekenmerkt door zijn korte duur en vraag naar een pragmatische aanpak van de patiënten. We dienen niet enkel kritisch te staan ten aanzien van deze veranderingen en de implicaties voor de klinische psychologie, maar tegelijk dient de vraag gesteld te worden hoe we ons als discipline dienen in te schakelen in de nieuwe gezondheidszorg. Twee punten zijn hier van belang. Ten eerste stellen we dat er een ontduubeling dient te komen in de taken door het introduceren van het onderscheid tussen screening en psychodiagnostiek én – hierop afgestemd – een onderscheid tussen kortdurend behandelen en psychotherapeutisch handelen. Deze ontduubeling in taken loopt zij aan zij met de introductie van een getrappt systeem van zorgverlening waar de liaisonverpleegkundige, de liaisonpsychiater en de liaisonpsycholoog een nauwe (centraal georganiseerde) samenwerking hebben met voor elk van deze disciplines een duidelijke

taakomschrijving. Ten tweede moet worden nagedacht over de wijze waarop de liaisonpsychologie zich dient in te schakelen in de veranderingen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg. Een radicale ‘verwetenschappelijking’ van de klinische én de liaisonpsychologie (Baker et al., 2009) is (wellicht) niet de (enige) oplossing, maar toch komt – vooral uit Amerikaanse en Angelsaksische hoek – duidelijk de vraag naar afgelijnde taken en sterke competenties (Robiner et al., 2010). Deze stelling is vooral geïnspireerd vanuit een ‘evidence-based’ en ‘scientist-practitioner’ gezichtspunt (Kennedy & Llewelyn, 2001). Dat impliceert onder andere de vraag naar de erkenning en de ontwikkeling van een duidelijk statuut voor de psycholoog/psychotherapeut door de overheid (Cools, 2006) maar ook naar een profilering voor de liaisonpsycholoog vanuit een sterke beroepsvereniging (Robiner et al., 2012), vanuit de ziekenhuissetting (Thompson, 1987) én vanuit een academisch opleidingskader (Bouchard, 2009). Het wordt tijd dat een aantal kritische (beleids)opties worden uitgedacht, op elk van de bovenstaande niveaus, om te komen tot een duurzame ontwikkeling van de liaisonpsychologie en haar integratie in de ‘moderne 21ste-eeuwse gezondheidszorg’ (Kaslow et al., 2012; Baker et al., 2009).

Literatuur

- Allemeesch, G. (2003). De dienst Klinische Psychologie als een ziekenhuisfunctie in het algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 33, 146-153.
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T.B., et al. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions. Results from the World Mental Health Surveys. *Molecular Psychiatry*, 16, 1221-1233.
- Atkinson, C., & Ames, M. (2007). Using solution-focused approaches in motivational interviewing with young people. *Pastoral Care in Education*, 25, 31-37.
- Baker, T.B., McFall, R.M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 9, 67-103.
- Bertrem, Ch., Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2006). Mental and pain comorbidity of chronic somatic disorders in the general population of Belgium. *Archives of Public Health*, 64, 199-214.
- Bouchard, J.P. (2009). Proposition de réforme de la formation des psychologues en France et dans l’Union européenne. *Encéphale*, 35, 18-24.
- British Psychological Society (2007). *Leading psychological services*. Leicester: The British Psychological Society.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199, 64-70.
- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: Using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 44, 43-47.
- Cools, B. (2006). De psychotherapeut bestaat niet! Over de impasse en een mogelijke uitweg voor de wettelijke erkenning van een specialisme. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 36, 165-179.
- De Clercq, A., De Keyser, W., & Van Havermaet, C. (1996). *Project: ondersteuningspunt Preventie in de CGG. Inventaris 1996*. Gent: FDGG.

- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Drotar, D., & Zagorski, L. (2001). Providing psychological services in pediatric settings in an era of managed care. In J.N. Hughes, A.M. La Greca, & J.C. Conoley (Eds.), *Handbook of psychological services for children and adolescents* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.
- Fava, G.A. (2006). A different medicine is possible. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 1-3.
- Fava, G.A., & Sonino, N. (2005). The clinical domains of psychosomatic medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 849-858.
- Friedman, H.S., & Adler, N.E. (2007). The history and background of health psychology. In H.S. Friedman & R.C. Silver (Eds.), *Foundation of health psychology* (pp. 3-18). New York: Oxford University Press.
- Groener, M., Beerthuis, V.R.J., Pieters, J.M., Witteman, C.L.M., & Swinkels, J.A. (2011). Psychologists' diagnostic processes during a diagnostic interview. *Psychology*, 2, 917-924.
- Groot, L.M.J., & Breda, J. (1989). *Evaluatie ziekenhuisprogrammatie, deel II: psychiatrische ziekenhuiszorg*. Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.
- Gureje, O. (2009). The pattern and nature of mental-physical comorbidity: Specific or general? In M.R. Von Korff, K.M. Scott, & O. Gureje (Eds.), *Global perspectives on mental-physical comorbidity* (pp. 51-83). New York: Cambridge University Press.
- Hermans, D. (2002). Niet wachten tot mensen in de knoei geraken! *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 32, 275-277.
- Hoencamp, E., & Haffmans, P.M.J. (2008). *Psycho-educatie in de ggz en de verslavingszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Hoff, L.A., Hallisey, B.J., & Hoff, M. (2009). *People in crisis. Clinical and diversity perspectives*. London: Routledge.
- Kaslow, N.J., Graves, C.C., & Smith, C.O. (2012). Specialization in psychology and health care reform. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 12-21.
- Kennedy, P., & Llewelyn, S. (2001). Does the future belong to the scientist practitioner? *The Psychologist*, 14, 74-78.
- Kesteloot, K. (2001). Hervormingen in de gezondheidszorg. Economische achtergrond en ethische implicaties. In B. Raymaekers, A. van de Putte, & G. Van Riel (Red.), *Moeten, mogen kunnen. Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (pp. 159-185). Leuven: Universitaire Pers/Dauidsfonds.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease*. New York: Cambridge University Press.
- Lewis, S., & Roberts, A.R. (2001). Crisis assessment tools: The good, the bad, and the available. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 17-28.
- McEwen, B.S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54, 200-207.
- Newman, M.F., Kirchner, J.L., Phillips-Bute, B., Gaver, V., Grocott, H., Jones, R.H. et al. (2001). Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary-artery bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 344, 395-402.
- Nyklíček, I., Temoshok, L., & Vingerhoets, A. (2004). *Emotional expression and health*. New York: Brunner-Routledge.
- Onkelinx, L. (2011). *Prioriteit aan de chronisch zieken!* Brussel: Kabinet van de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
- Ormel, J., Petukhova, M.V., Chatterji, S., Burger, H., Haro, J.M., Kawakami, N., et al. (2013). Disorder-specific disability and treatment of common mental and physical disorders. In J. Alonso, S. Chatterji, & Y. He (Eds.), *The burdens of mental disorders: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* (pp. 171-185). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

- Paykel, E.S. (1987). Methodology of life events research. In G.A. Fava, & T.N. Wise (Eds.), *Research paradigms in psychosomatic medicine* (pp. 13-29). Basel: Karger.
- Poisaal, J.A., Truffer, C., Smith, S., Sisko, A., Cowan, C., Keehan, S., et al. (2007). Health spending projections through 2016: Modest changes obscure part D's impact. *Health Affairs*, 26, w242-w253.
- Poppelaers, C.A.M., & Kaptein, A.A. (1994). *Psychologische en psychiatrische problematiek bij chronisch somatisch zieken. Overzichtsstudie*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken.
- Riziv. (2012). *Prioriteit aan de chronisch zieken! Oprichting van het Observatorium voor chronische ziekten*. Brussel: Riziv.
- Robiner, W.N., Dixon, K.E., Miner, J.L., & Hong, B.A. (2010). Hospital privileges for psychologists in the era of competencies and increased accountability. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 301-314.
- Robiner, W.N., Dixon, K.E., Miner, J.L., & Hong, B.A. (2012). Board certification in psychology: Insights from medicine and hospital psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 30-40.
- Rooijmans, H.G.M. (2000). Een persoonlijke terugblik op 'consultatieve psychiatrie'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 53-56.
- Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists. (2003). *The psychological care of medical patients. A practical guide*. London: Royal College of Physicians of London & Royal College of Psychiatrists.
- Schoenberg, M., & Shiloh, S. (2002). Hospitalized patients' views in in-ward psychological counseling. *Patient Education and Counseling*, 48, 123-129.
- Scott, K.M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M.C. et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113-120.
- Scott, K.M., de Jonge, P., Alonso, J., Viana, M.C., Liu, Z., O'Neill, S., et al. (2013). Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent heart disease onset: Beyond depression. *International Journal of Cardiology*, in druk.
- Scott, K.M., Hwang, I., Chiu, W.T., Kessler, R.C., Sampson, N.A., Angermeyer, M., et al. (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72, 712-719.
- Scott, K.M., Von Korff, M., Angermeyer, M.C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., et al. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 68, 838-844.
- Soons, P., & Denollet, J. (2009). Medical psychology services in Dutch general hospitals: State of the art development and recommendations for the future. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 161-168.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11, 49-73.
- Thompson, R.J. (1987). Psychologists in medical schools: Medical staff status and clinical privileges. *American Psychologist*, 42, 866-868.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-355.
- Vanden Boer, L., & Bruffaerts, R. (2013). *Is motivatie tot behandeling gelijk aan motivatie tot verandering? Masterproef aangeboden tot het verkrijgen van de graad van master of science in de psychologie*. Leuven: KU Leuven.

- Van Nuffel, R., & Van den Broucke, S. (2008). Geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en in België: ontwikkeling van een beleid. In S. Van den Broucke, R. Van Nuffel en M. De Hert (Red.), *Geestelijke gezondheid en preventie. Bouwstenen voor beleid en praktijk* (pp.81-116). Mechelen: Kluwer.
- Von Korff, M.R., Scott, K.M., & Gureje, O. (2009). *Global perspectives on mental-physical comorbidity*. New York: Cambridge University Press.
- Wahed, M., Corser, M., Goodhand, J.R., & Rampton, D.S. (2010). Does psychological counseling alter the natural history of inflammatory bowel disease? *Inflammatory Bowel Disease*, 16, 664-669.
- Walders, N., & Drotar, D. (1999). Integrating mental health services in the care of children and adolescents with chronic health conditions: Assumptions, challenges, and opportunities. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 117-138.
- Walker, E.A., Gelfand, A., Katon, W.J., Koss, M.P., Von Korff, M., Bernstein, D., et al. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 107, 332-339.
- Wilken, J.P., & den Hollander, D. (1999). *Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering*. Utrecht/Amsterdam: SWP.

Summary

Changes in both the structure and organization of mental healthcare have made that the locus of mental healthcare gradually shifts from institutionalized towards deinstitutionalized settings. These changes have dramatic implications and interesting challenges on the clinical dimension of liaison psychology, but also for the organizational and policy dimensions. Within the clinical dimension, the emphasis lies in the sustainable development of screening/assessment instruments and treatment modules that enable psychologists to perform valid and reliable assessments and to treat persons in somatic wards. Other challenges lie in the development of collaborative efforts between liaison psychology, psychiatric services, and somatic departments. Within the organizational or policy dimension, the quintessential issue may be the question how to organize liaison psychology as a psychological service within a network of psychiatric and somatic delivery models. In conclusion, as healthcare reforms make firm progress all over the globe, the structure and organization of healthcare will ask for rational use of available resources. Against this, the question is not *whether*, but rather *how* clinical psychology and liaison psychology will improve training and delivery standards in the 21st century healthcare reform.

Personalia

Ronny Bruffaerts is licentiaat in de psychologie, psychoanalytisch psychotherapeut en doctor in de medische wetenschappen. Hij is hoofddocent psychiatrie aan de KU Leuven en verbonden aan de Johns Hopkins University (Baltimore, MD, USA). Binnen het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven is hij verantwoordelijke van de liaisonpsychologen van de dienst Volwassenenpsychiatrie.

E-mail: ronny.bruffaerts@med.kuleuven.be.