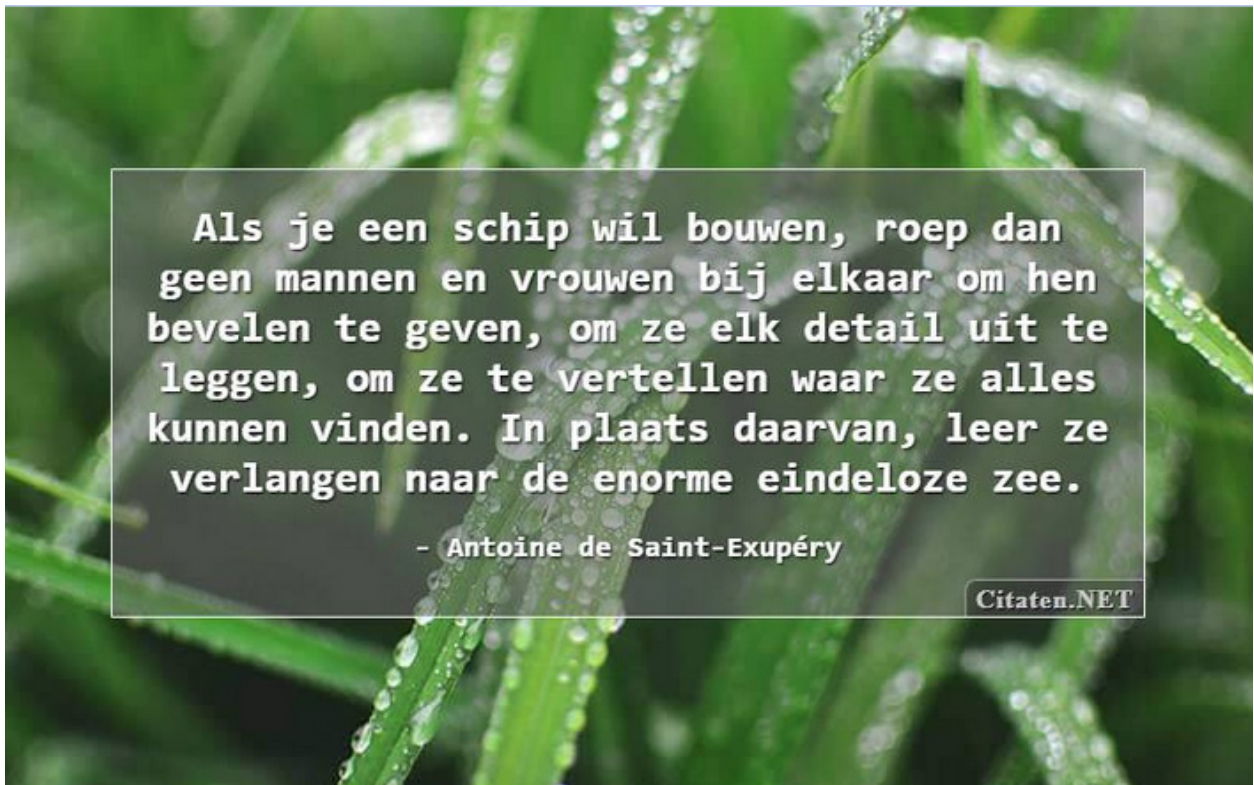


## Open Brief aan Ewout Kattouw



Beste Ewout,

Sinds de publicatie van jouw indrukwekkende *egodocument* hebben wij meerdere malen van gedachten gewisseld. Wij zien in het land een aantal prachtige regionale ontwikkelingen aangejaagd door zeer sterk inhoudelijk leiderschap. In de GGZ is sprake van verandering van richtinggevend paradigma's. Maar worden de paradigmaveranderingen werkelijk van harte en voldoende gesteund door belangrijke disciplines en instanties? Stichting FWG publiceerde een essay met acht gedachten over de vraag *Hoe pakt het IZA uit voor de GGZ?* Onder kopje 4 wordt geconstateerd dat fundamentele discussies uit de weg worden gegaan. Echte keuzes worden niet gemaakt. Stel dat vliegtuigmaatschappijen met elkaar een wereldwijd veilig en efficiënt netwerk van vliegverkeer willen ontwikkelen. Dan is het toch onwerkbaar als de helft van de piloten uitgaat van het paradigma dat de aarde plat is terwijl de andere helft het 'ronde-aardeparadigma' onderschrijft. Jij vroeg mij een blog te schrijven op de website van *Stichting Pill*. Als 75-jarige perifere pensionado voel ik mij niet de aangewezen persoon daarvoor. Maar ik besloot wel een aantal gedachten op schrift te stellen in deze Open Brief, die ik met ondersteuning van Ellen Popeyus (Pentueel) in deze vorm heb gegoten.

### **De brief bestaat uit drie onderdelen:**

**1)** Opmerkingen naar aanleiding van *het marathoninterview met Jim van Os (15 juni 2024)* en toevoegingen aan/kanttekeningen bij *mijn eigen Open Brief/AfscheidscollAge (april 2022)*.

**2)** *Het belang van onafhankelijk onderzoek in academische vrijheid.*

Het gevaar van collectieve cognitieve dissonantie.

De 'grond'oorzaak van de aardbevingsellende in Groningen: welke lering daar uit te trekken?

**3)** *Pleidooi voor een totale reset.*

*Remy Roest, arts, psychiater niet praktizerend, docent R92*

## 1) OPMERKINGEN

### A. ZINGEVING

MEANING IN LIFE IS A FUNDAMENTAL PROTECTIVE FACTOR.  
IN THE CONTEXT OF PSYCHOPATHOLOGIE.

Boekenkasten vol zijn er over zingeving geschreven. Vorig jaar verscheen een *zorgstandaard over zingeving in de psychische hulpverlening*. Gerben Westerhof schreef een hoofdstuk over zingeving in het *Handboek Positieve Psychologie*. (Dit boek is mijns inziens een absolute aanrader!) Viktor Frankl schreef: "Wie een reden heeft gevonden om voor te leven kan bijna alles aan."

In één adem noem ik naast het werk van Viktor Frankl het aangrijpende boek van Edith Eger 'De Keuze' als inspiratiebron bij het denken over zingeving. Om evenwel het werken met het begrip zingeving in de dagelijkse praktijk handen en voeten te geven pleit ik voor het systematisch gebruiken van de vragenlijst 'Zinvol leven'. In *The Meaning in Life Questionnaire (MLQ)* vindt u een toelichting waarom ik juist voor deze vragenlijst pleit. Mijns inziens past het regelmatig invullen van de vragenlijst 'Zinvol leven' bij de patiënt/cliënt/burger goed bij het voornemen om passende, *waardegedreven* zorg te leveren, individueel en op populatieniveau.

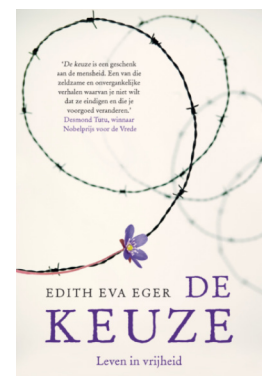
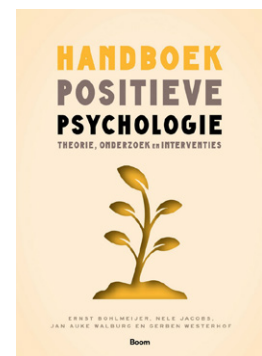
### B. HERSTEL EN POSITIEVE GEZONDHEID

Herstel en positieve gezondheid. In veel beleidsstukken worden deze concepten als richtinggevend omarmd. In de (langdurige) GGZ met lichte voorkeur voor herstel, in het sociaal domein prevaleert positieve gezondheid. Jim van Os stelt in het *marathoninterview* dat beide concepten sterk overlappen. Mijns inziens moeten enkele andere concepten, naast genoemde twee, als even inspirerend beschouwd worden: WELBEVINDEN, FLOREREN, MENTALE GEZONDHEID, DISCOVERY (bijvoorbeeld voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking). In 2017 verscheen druk 1 van een boek dat de overlappingsen, raakvlakken en onderzoeksvragen van *Wellbeing, Recovery en Mental Health* beschrijft. Zelf zie ik ook erg veel overlap. Herstel lijkt, mede gezien *de definitie van Anthony (1993)*, met name aan de orde bij burgers die een ernstig ontwrichtend life event hebben meegemaakt en na rouw vervolgens met vallen en opstaan opkrabbelen en allengs weer een betekenisvol leven weten te vinden.

### C. POSITIEVE GEZONDHEID EN POSITIEVE PSYCHOLOGIE: DE RELATIE TUSSEN BEIDE

In eerder genoemd *Handboek Positieve Psychologie* wijdt Jan Auke Walburg daar een heel hoofdstuk aan. Hij stelt onder meer: "Positieve gezondheid bouwt in Nederland voort op twee ontwikkelingen die elkaar kunnen versterken: de positieve psychologie EN het gezondheidsmodel van Huber en collega's. Daarbij levert de positieve psychologie een belangrijke bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing."

Ik ben van mening dat de enorme voortgang op het gebied van de positieve psychologie een grote bijdrage kan leveren aan het bereiken van flourishing, welbevinden, mentale gezondheid, herstel, discovery, kwaliteit van leven, e.d. De positieve gezondheid levert met het spinnenweb ontegenzeggelijk een prachtige kapstok om 'het andere gesprek' te starten. Het grote, landelijk brede enthousiasme voor het spinnenweb mag echter niet leiden tot het ondersneeuwen van aandacht voor interventies die in de herstel- en rehabilitatiebeweging, de recoverycolleges, het sociaal domein, de GGZ, de positieve psychologie e.d. al jaren ontwikkeld zijn en nog steeds ontwikkeld worden.



## D. PUBLIC HEALTH

In zijn [marathoninterview](#) benoemt Jim van Os het grote belang van publieke gezondheidszorg. Hierbij verwijst hij met name naar IJsland. Jim benoemt ook het grote belang van aandacht voor trauma. In dit kader is het relevant te wijzen op de [webinarserie met prof. dr. Bessel van der Kolk](#). Programma's gericht op vermindering van vroegkinderlijk trauma/adverse childhood experience moeten een belangrijke bijdrage leveren om later veel mentale en somatische problemen te voorkomen. (ACE wordt wel de oorzaak der oorzaken genoemd). Zowel in [Nederland](#) als in [Europa](#) is er toenemende aandacht voor publieke gezondheidszorg. [Health in and for all policies!](#) Eenzaamheid is een groot probleem: zie ook [dit zeer recente artikel in World Psychiatry](#).

Enkele boeken vind ik erg relevant in deze.

### 1) *GELUK: The new worldbook of happiness.*

Leo Bormans vroeg honderd toponderzoekers uit de positieve psychologie uit vijftig landen en vertegenwoordigers van vijf wereldgodsdiensten om bondig te formuleren hoe mensen tot een gelukkig leven kunnen komen. Veel kennis uit de positieve psychologie gebundeld!

### 2) *Verbinding verbroken.*

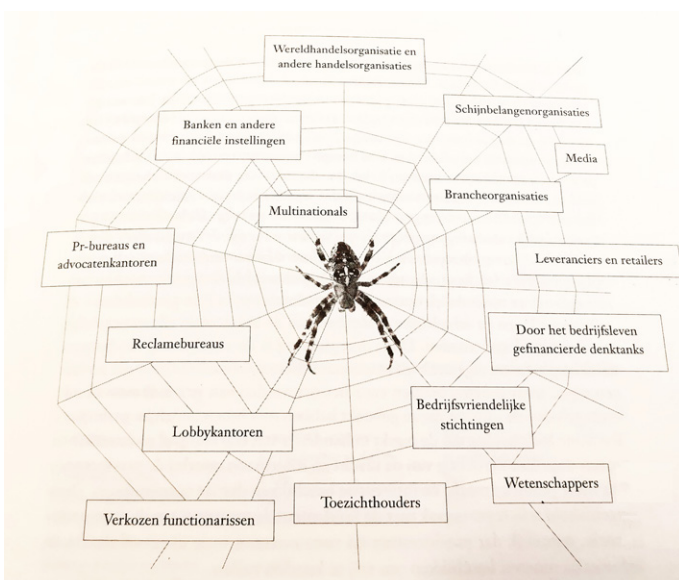
De Britse ervaringsdeskundig journalist Johann Hari bezocht landen, steden, projecten, wetenschappers en vooral doorsnee burgers over de hele wereld. Hij brengt in kaart wat volgens hem de werkelijke oorzaken zijn van angst en depressie. Hij interviewde biologen, psychiaters en sociaal psychologen zoals [Tim Kasser](#) die decennialang onderzoek deed naar intrinsieke en extrinsieke (junk)waarden van mensen.



Het blijkt dat veel mensen vrij snel afgeleid worden van hun eigen intrinsieke waarden en door bombardementen van reclames een leven gaan leiden dat bepaald wordt door 'junkwaarden', wat geen geluk maar juist meer angst en depressie veroorzaakt. Een passend bruggetje naar het volgende boek:

### 3) *Legaal maar Fataal.*

Nicholas Freudenberg, hoogleraar Public Health in New York, beschrijft in *Legaal maar Fataal* (uitgeverij Lemniscaat) hoe wereldwijd grote industrieën onze gezondheid bedreigen. Hij stelt dat overheden wereldwijd niet in staat zijn de burgers hiertegen afdoende te beschermen. Overheidsmaatregelen worden ontkracht, omzeild of tegengehouden.



Op blz. 25 staat een plaatje van het consumptief-industrieel complex. Niet iets om vrolijk van te worden! Tegenover dit soort krachten kunnen geen tien [GALA's](#) een deuk in een pakje boter slaan! Maar Freudenberg heeft wel hoop dat het tij kan keren. Hij beschrijft in deel twee richtlijnen voor oplossingen. Overheid, krachtige en [kritische consumentbewegingen](#) en onafhankelijk onderzoeksjournalisten kunnen samen het verschil maken.

## E. SYSTEEMDOELEN, BURGERUITKOMSTDOELEN

Jim van Os wijst op de periodieke stelselwijzigingen van de GGZ in veel landen. Hij signaleert daarbij dat



kostenbeheersing vaak het doel is. Maar als wij stellen dat zingeving/een betekenisvol leven en welbevinden een duidelijk positief effect hebben op mentale EN somatische gezondheid, dan moeten DIE burgeruitkomstdoelen toch consequent in alle beleidsdocumenten terug te vinden zijn? Is dat ook zo? Kijk even mee.

**Het IZA:** kortere wachtlijsten, betaalbaarheid, toegankelijkheid zijn de hoofddoelen (dus systeemdoelen). Maar wat wil de burger bereiken? Burgeroutcome doelen: betekenisvol leven, welbevinden, mentale en somatische gezondheid. (Positieve gezondheid en positieve psychologie zijn geen burgeroutcomedoelen, maar hebben beide wel een betekenisvol leven hoog in het vaandel staan).

**GGZ UIT DE KNEL** (rapport Trimbos-instituut): dit is een systeemdoel. Dat is onlogisch, want het is juist de BURGER die uit de knel moet komen. Liever positief geformuleerd als 'de burger moet de kans krijgen een betekenisvol leven te leiden en mede daardoor mentaal en somatisch gezond te worden/blijven'. En misschien moet de GGZ als zodanig wel opgedoekt worden!

### RAPPORT MENTALE GEZONDHEIDSNETWERKEN

De doelstelling van de ANW-samenwerking die in dit rapport geformuleerd wordt, verdient wat mij betreft de systeemdoelentrofee!

De ANW-diensten dienen daarentegen bij uitstek bij te dragen aan de uiteindelijk gewenste outcome (een zinvol leven). Inspirerend in dit kader is hoofdstuk 12 van Korevaar en Van Wel: van crisis naar participatie, uit het boek *Werken aan maatschappelijke participatie*.

In mijn *Open Brief/Afscheidscollage* benoemde ik enkele valkuilen bij het ontwikkelen van GGZ-systemen, hierbij verwijzend naar Anthony. (blz12) Ook Geraldien van Dijk, verpleegwetenschapper, ervaringsdeskundige en IRB-expert, stipte het thema 'systeemdoel' aan in haar bijdrage aan dit document. (blz17)



#### Samenwerking in de ANW-uren

Aanbieders die wel en geen crisisdienst hebben spreken af hoe zij in de avonden en tijdens het weekend samenwerken. Het doel is om met name psychiaters van de kerninstelling te ontlasten.



## 2) ONAFHANKELIJK ONDERZOEK-COGNITIEVE DISSONANTIE-AARDBEVINGEN

### F. PARADIGMA, COGNITIEVE DISSONANTIE en ONAFHANKELIJK ONDERZOEK

Jim van Os snijdt in zijn *marathoninterview* ook het onderwerp 'Open science' aan. Hij wijst op het gevaar dat veel wetenschappelijk onderzoek erop is gericht bestaande paradigma's te bevestigen. In plaats daarvan zou dergelijk onderzoek bestaande kaders juist voortdurend ter discussie moeten stellen. Het belang van *onafhankelijk onderzoek verricht in academische vrijheid* kan niet genoeg benadrukt worden! Follow the money heeft niet voor niets een dossier 'Wetenschap op bestelling'. En onlangs beklagde de hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin* zich over het gebrek aan onafhankelijk onderzoek.

Het uitdagen van bestaande paradigma's is altijd hachelijk en diegene die dat doet loopt kans met pek en veren uit het dorp weggestuurd te worden. Lang is vroeger gedacht dat geslachtsziekten door de lucht



*Follow the money:  
Wetenschap op bestelling*



*Follow the money:  
Wetenschap op bestelling*

werden overgebracht. Een van de argumenten daarvoor was dat pausen er ook aan leden. En als je dan dat paradigma ter discussie wil stellen en je kunt kiezen tussen een zak gouden dukaten als zwijggeld of de brandstapel, dan zou voor mij de keuze helder zijn. Maar anno 2024 moet onafhankelijk onderzoek/open science toch gekoesterd worden! Dus voldoende eerste geldstromen! Anders gebeuren grote ongelukken.

Een uitstapje naar een andere sector. Een schrijnend **voorbeeld van de ellende die kan ontstaan** als er onvoldoende ruimte is voor onafhankelijk onderzoek, is te zien in 'Groningen'. Lees bijvoorbeeld **'Was de TU Delft nalatig bij onderzoek gasbevingen?'** Of luister naar het korte fragment uit de mooie documentaire **'De aarde beeft'**. Dat stukje spreekt in enkele minuten boekdelen.

En wat te zeggen over het rapport van de parlementaire enquêtecommissie Aardgaswinning Groningen **'Groningers boven gas - Boek 2'**? Op blz. 206 t/m 210 lezen we dat de BOA-commissie niet wenste te spreken met het onafhankelijk geologenplatform. Volgens de BOA was dit een platform met *wilde aardbevingstheorieën*....

Sindsdien ging iedereen, enkele kritische onderzoekers daargelaten, uit van het paradigma dat de aardbevingen in magnitude beperkt zouden blijven. Een zware aardbeving bij Huizinge in 2012 bracht het langgekoesterde paradigma eindelijk aan het wankelen.

**Boek 1** lezend kwam ik bij herhaling opmerkingen tegen in de trant van 'een tekort aan onafhankelijk onderzoek', 'tunnelvisie', 'gesloten bolwerken die niet openstonden voor kritische geluiden', e.d.

Het spinnenweb van Nicholas Freudenberg is zó in te vullen met namen van functionarissen en instanties. Te wijten aan kwaadwillendheid? Wellicht van een aantal gewetenloze lieden. Maar ik vermoed dat collectieve cognitieve dissonantie ervoor zorgde dat het 'sprookje' niet werd verstoord. Ik vind het een gemiste kans dat dit thema niet expliciet is benoemd bij de conclusies en aanbevelingen van de parlementaire enquêtecommissie. **(Een helder artikel waarin paradigma en cognitieve dissonantie aan de orde komen is te vinden op de website van Stichting Pill).**

Maar is het in de psychiatrie zoveel beter? Hoelang zetten kritische wetenschappers, individuele ervaringsdeskundigen en complete cliëntbewegingen al niet grote vraagtekens bij de paradigma's in de psychiatrie? (Whitaker, Dehue, Frances, Hari, Kattouw, e.a.).

Dick Bijl (Zie: **Trouw: 'Psycho-pillen doen meer kwaad dan goed'** en zijn boeken **Het pillenprobleem** en **Antidepressiva en depressie**) noemt antidepressiva dure fopspenen. De Deense hoogleraar **Peter Götzsche** noemt de psychiatrie pseudowetenschap en pleit voor opheffing van het specialisme. En 'De Nieuwe GGZ' stelt bij monde van Jim van Os en Philippe Delespaul ook al heel wat jaren heilige huisjes ter discussie.

## **G. VERANDERINGEN VAN DE EERSTE, TWEDE EN DERDE ORDE?**

Mede omdat ik nu echt met pensioen ben heb ik wellicht een verkeerd beeld. Ik kijk tussen de geraniums door naar buiten. Mijn indruk is echter dat fundamentele discussies wat ontweken worden. Ik zie, behalve GEM, vooral innovaties van bestaande systemen en disciplines. Afgelopen decennia werd de psychiatrie als echt medisch specialisme neergezet met daaraan gekoppelde dominantie van de psychiater. Nu claimt de psychiatrie verbinder van zorgvormen te zijn onder de naam netwerkpsychiatrie. Met arbeid als medicijn! Ik vind het wat merkwaardig. En dan de zonder meer sympathiek klinkende bewegingen als **ART** en **Radicale vernieuwing langdurige GGZ**. Decennialang is de GGZ geteisterd door contraproductieve tweedelingen als cure en care, korte en langdurige zorg. De curesector had een hoge status. De caresector werd vaak gezien als

sector voor tweederangspatiënten, derderangspersoneel en vierderangsgebouwen. Een echte 'behandelaar' wilde daar niet mee geassocieerd worden.

Maar waarom zijn **ART** en **Radicale vernieuwing langdurige GGZ** ook nu nog noodzakelijk? Waarom staan burgers die binnen de setting van lang verblijf wonen, niet continu op het RACT-bord van een transmuraal werkend RACT-team met de werkwijze van een revalidatiecaremanagementteam zoals ik dat lang geleden in Florida bezocht? Blijven wij met **ART** en **Radicale vernieuwing langdurige GGZ** juist niet het oude cure-/caredenken bekrachtigen? Dit soort waarnemingen brachten Anthony en Farkas in de jaren 80 van de vorige eeuw tot het ontwikkelen van hun **Psychiatric Rehabilitation Approach**.

Als pensionado heb ik heel makkelijk praten, dat besef ik al te goed. Tegelijkertijd kan het ook een voordeel zijn dat ik van afstand naar deze materie kan kijken (waarbij ik wel moet zeggen dat ik R92-docent ben). Mijns inziens zou eerst al het bestaande weggedacht moeten worden (voorzieningen, disciplines, opleidingen, etc.) en zou daarna beschreven moeten worden wat nodig is om burgers een betekenisvol leven te laten leiden met welbevinden en in mentale en somatische gezondheid. Geluk. Met zingeving. Met levensdoelen die passen bij eigen intrinsieke waarden en die niet gebaseerd zijn op junkwaarden die ingepeperd worden door een consumptief-industrieel complex dat daarom ontmanteld dient te worden (Freudenberg).

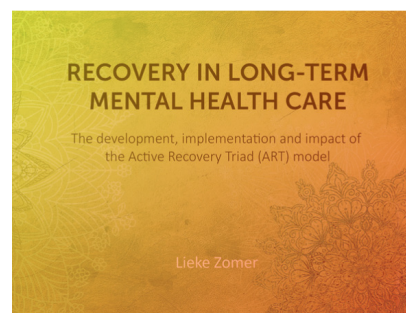
Als DAT tenminste de keuze van de richtinggevende visie is. De hoofdconclusie van 'Groningers boven gas' is: 'Belangen Groningers structureel genegeerd bij gaswinning'. In de toelichting staat onder andere: 'Echte keuzes zijn te lang niet gemaakt'. Kunnen wij hiervan leren of volgt over tien jaar een parlementaire enquête naar een overdosis medicalisering van psychosociale problemen in de GGZ?

## H. DE ROL VAN DE PSYCHIATER

Nogmaals wil ik benadrukken dat ik als pensionado wel erg makkelijk praten heb. Ook hecht ik eraan te zeggen dat ik voor veel psychiaters grote waardering heb. Wat ik ga zeggen betreft niet hun persoon/oprechte intenties maar hun rol. En ik constateer ook dat iedereen 'gevangen' zit in een groot systeem dat lastig is te veranderen, al ben je de meest innovatieve psychiater.

Met name in grote GGZ-instellingen is hun positie vaak niet benijdenswaardig. De maatschappij legt veel maatschappelijke/ordeproblematiek op het bord van de arts/psychiater. Vervolgens komen klachtencommissie, tuchtrechter, strafrechter, inspectie, de pers, andere disciplines, cliënten- en familieorganisaties e.a. ach en wee roepen als de dokter een medisch antwoord geeft (inclusief een heel classificatiesysteem) op niet-medische problematiek.

De arts (specialist ouderengeneeskunde, psychiater) wordt door de samenleving tot eindverantwoordelijke benoemd en als joker gebruikt om verantwoording af te leggen inzake allerhande netelige kwesties (dwangopnames/behandeling, separaties, dwangontslag,  **euthanasie**, etc). Maar de psychiater heeft dat ook gedeeltelijk aan zichzelf te wijten. Met name door zich als playing captain in de GGZ te afficheren. En door functies zoals eerste geneeskundige, geneesheer-directeur en lid van de Raad van Bestuur te accepteren. En door zich competent te verklaren op alle gebieden waar de GGZ raakvlakken mee heeft, culminerend in het begrip 'netwerkpsychiatrie'. En wat betekent **de systematic review/meta-analyse van Cuijpers e.a.** voor de (psychiater) psychotherapeut? Op grond waarvan beschouwt de psychiater zich qualitate qua als de **gedoodverfde X shaped professional**?





Aanvankelijk was ik erg enthousiast over het document 'De psychiater komt over de brug'. Als docent bij R92 was ik verheugd dat bij de levensterreinen 'wonen, werken en sociale contacten' de IRB aanbevolen werd. Jammer dat het terrein 'begeleid leren' niet wordt genoemd. Erg belangrijk omdat psychiatrische problemen juist vaak debuten op jonge leeftijd. (Wellicht goed om hier nog eens te benadrukken dat de IRB een technologie is om het rehabilitatiePROCES te ondersteunen. FACT, IPS en Housing First zijn voorbeelden van rehabilitatiePROGRAMMA's. De IRB kan heel goed in programma's geïmplementeerd worden mits de waarden van het programma overeenstemmen met IRB-waarden).

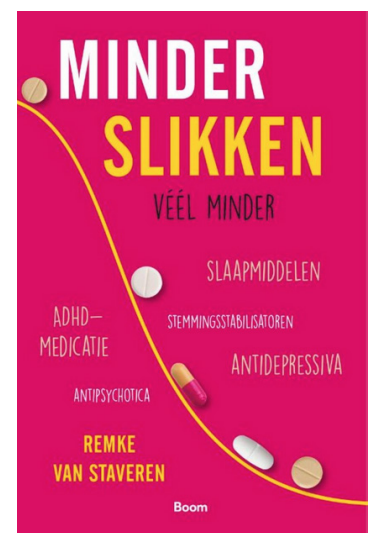
Zie: [symposium Begeleid Leren 4 december 2024](#).

Mijn bedenkingen bij het document betreffen echter de dominante positie die de psychiater toch weer lijkt te claimen: 'De psychiater ziet toe op alle facetten van het herstelproces, stimuleert de toepassing van de IRB, ontwikkelt Housing First en zo meer'. Mijn indruk is echter dat het aantal psychiaters met meer dan gemiddelde affiniteit met en kennis van de IRB op EEN hand is te tellen. Als een psychiater de IRB niet faciliteert en geen Housing First ontwikkelt kan deze persoon dan berispt worden door de tuchtrechter omdat hij of zij in onvoldoende mate de handreiking van de NVvP volgt? En als niet symptoomreductie, maar kwaliteit van leven, zingeving, wellbeing, geluk en herstel de richtinggevende visie zijn, waarom dan weer de dominante rol van de psychiater? Moeten psychiaters niet veel bescheidener worden nu andere paradigma's leidend worden? Waarom playing captain? Waarom ligt het 'geweldsmonopolie' in de psychiatrie

bij de psychiater? Eindverantwoordelijkheid voor separatie ligt bij de psychiater, maar andere disciplines komen wellicht met frisse andere ideeën. Zie het artikel [Handelingsperspectieven bij ernstig probleemgedrag](#).

[Jim van Os](#) stelt mijns inziens terecht de vraag of psychiaters wel de aangewezen personen zijn om euthanasievragen te beantwoorden. En waarom zouden psychiaters leden van de Tweede Kamer moeten adviseren over de mentale gezondheid van Nederland? (Behalve Jim van Os met GEM). Ik heb bij 'netwerkpsychiatrie' en 'De psychiater komt over de brug' de associatie met goedwillende, innovatieve postzegelfabrikanten die nieuwe postzegels op e-mailverkeer willen plakken. NetwerkZORG klinkt veel beter. Zie [dit congres](#).

[Peter Götzsche](#) stelt het erg scherp als hij de psychiatrie een ziek specialisme noemt. Hij wijst op de onvolkomenheden van veel onderzoek. Hij pleit voor opheffing van het specialisme. [Götzsche](#) schrijft echter wel met waardering over de studie van [Lex Wunderink](#). Lex onderzocht juist ook datgene waar het uiteindelijk om gaat: kwaliteit van leven! Een recent artikel uit [The Lancet](#), [Less focus on symptom scales in psychiatric trials](#), laat zien dat het werk van Lex Wunderink eerder uitzondering dan regel is. In Nederland is er gelukkig wel veel aan het veranderen, zie [de hamlett- en opheliastudie](#) en het boek [Minder slikken](#) van [Remke van Staveren](#). Zie ook de website van [De Vereniging Afbouwmedicatie](#).







De psychiatrie opheffen, zoals Götzsche bepleit? Maar wie onderzoekt, bewaakt, behandelt dan de wisselwerking tussen geest en lichaam? De neurobiologie, **neurodiversiteit**, het microbioom, epigenetica, neuronale netwerken, immunologie, farmacogenetica en, waar nodig, heel zorgvuldig, farmacotherapie etc. Zie Lex Wunderink, *Changing vistas of psychosis and antipsychotic drug dosing toward personalized management of antipsychotics in clinical practice*. Zie ook: Lex Wunderink, *Antipsychotica kunnen veilig worden afgebouwd zonder verhoogd terugvalrisico*. En zie tevens: Jim van Os, *Kan langdurig gebruik van antidepressiva zorgen voor chronisch beloop depressie?* Psychiatrie is, in tegenstelling tot de GGZ, een medisch specialisme. '**Medische psychiatrie**' is mijns inziens een pleonasme, net als 'snijdende chirurgie'. Maar dat rechtvaardigt geenszins de dominante rol van de psychiater in de gehele GGZ.

Damiaan Denys stelt in zijn boek *Het tekort van het teveel* voor de psychiatrie te ontbinden in een beperkte groep hooggespecialiseerde psychiaters/onderzoekers/medisch specialisten en een nieuw specialisme 'GGZ-artsen'. Een idee dat mij zeker aanspreekt (maar nogmaals, ik heb makkelijk praten).

Beste Ewout, tot zover een aantal overwegingen. Ik zie prachtige ontwikkelingen in het veld, maar ook veel onduidelijkheid en controversen. Vandaar mijn volgende pleidooi.

### 3) PLEIDOOI VOOR EEN TOTALE RESET

Zoals ik al eerder opmerkte stel ik voor om allereerst alle bestaande voorzieningen, functies, wetgeving, disciplines, opleidingen en andere afbakeningen weg te denken en dan from scratch te bedenken wat nodig is. Een totale reset dus.

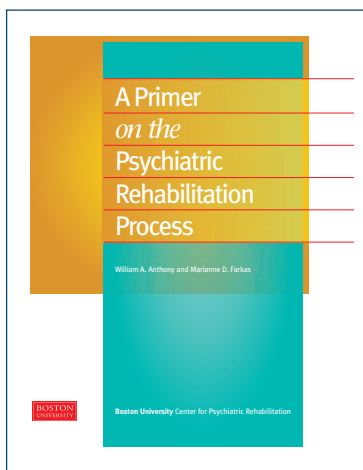
#### I. OUTCOMEGERICHT WERKEN

Het **GALA** bepleit **outcomegericht werken**. Dat brengt mij op het werk van het Boston Center for Psychiatric Rehabilitation. Een van de negen rehabilitatiewaarden is immers 'outcome orientation'.

De beoogde hoofdoutcome voor burgers is: *flourishing, welbevinden, mentale en mede daardoor somatische gezondheid. Geluk*. Een leven gestuurd door eigen, intrinsieke waarden (en niet door 'junkwaarden' die leiden tot angst en depressie). *Iedere burger!* Juist ook voor burgers die vanaf de geboorte beperkt zijn geweest in hun mogelijkheden. Juist ook voor mensen bij wie beperkingen optreden op hoge leeftijd. Juist ook voor burgers die een ontwrichtend life







event hebben meegemaakt (herstel). ALLE 'services' dienen met hun servicespecifieke beoogde outcome bovenstaande hoofdoutcome te faciliteren!

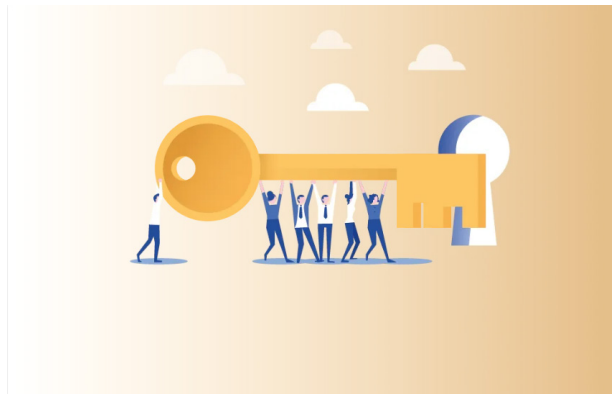
Net als in mijn [Open Brief/AfscheidscollAge](#) bepleit ik weer het gebruik van een regionaal outcome/serviceschema. Voor enige toelichting verwijs ik daar dan ook naar. En zie ook [A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process](#). Met name blz. 9 t/m 13 zijn relevant.

Het service outcome schema van Anthony kan als inspiratiebron dienen voor een nieuw te ontwerpen, eigentijdse, regionale of landelijke functionele voorzieningentabel zoals die genoemd wordt in de GGZ-standaard EPA. (hoofdstuk 6, met een overigens wat halfslachtige aanbeveling en een onduidelijk schema).

## J. WAARDEGEDREVEN EN OP WAARDEN GEBASEERD

Alle inspanningen moeten uiteraard een outcome bieden die echt van waarde is voor de burger. Organisaties dienen ook helder te formuleren op welke waarden zij zich baseren en dat uiteraard dan ook te realiseren. Hierover schreef ik in mijn [Open Brief/AfscheidscollAge](#).

Anthony en Farkas noemden negen waarden waarop hun psychiatric rehabilitation approach is gebaseerd. Mijns inziens zijn al die waarden evengoed van belang voor de andere services (behalve de 'environmental specificity'). [Farkas, Cagne, Anthony en Chamberlain publiceerden in 2005 een zeer lezenswaardig artikel](#) over het consequent implementeren van vier herstelkernwaarden in missie, beleid, procedures, verslaglegging, fysieke omgevingen en personeelsbeleid in organisaties. Mijns inziens is dit artikel twintig jaar later nog steeds zeer relevant nu, naast herstel, betekenisvol leven, zingeving, wellbeing en floreren de richtinggevende visies zijn.



## K. NIEUWE T SHAPED FUNCTIES

Als een regionaal, netwerkbreed geaccepteerd outcome/service schema is vastgesteld en als er overeenstemming is bereikt over de gemeenschappelijke (kern)waarden, dienen beschrijvingen gemaakt te worden van alle benodigde functies. De functies dienen allemaal **T shaped** (of liever nog **KEY shaped?**) te zijn. Pas als de functies zijn vastgesteld kan iedereen uit het hele netwerk solliciteren naar een van de vele nieuwe functies!

In dit geheel zie ik ook de toekenning van subsidies als sturende factor. [Zon MW](#) zou bij iedere subsidieaanvraag moeten eisen dat de aanvrager in redelijkheid duidelijk kan maken hoe het voorgestelde onderzoek kan bijdragen aan het faciliteren van welzijn, geluk, betekenisvol leven, herstel en mentale/somatische gezondheid van burgers. Ongetwijfeld zullen subsidiestromen dan anders gaan lopen dan voorheen! Ik denk bijvoorbeeld aan minder hersenonderzoek, maar juist meer onderzoek naar de [negatieve relatie tussen materialisme en welbevinden](#). (Tim Kasser: "The more that people care about materialistic goals, the lower their personal well-being.")

## L. TOT SLOT

Op 14 en 15 oktober 2024 vindt het congres '[Zin in MEEDOEN met zin' plaats](#). Verkend wordt hoe positieve gezondheid en IRB een bijdrage kunnen leveren aan passende 'zorg'. Mijns inziens kunnen het Spinnenweb van Machteld Huber, [het gedachtegoed van Anthony en Farkas](#) inclusief de IRB en de Positieve Psychologie samen met het gedachtegoed van De Nieuwe GGZ krachtige ondersteuning

bieden aan burgers om een betekenisvol leven te leiden. Jouw workshop op dit congres gaat over de desastreuze effecten die de klassieke behandelingen op jouw leven hebben gehad en nog steeds hebben. Jouw workshop, jouw boek, [de website van Stichting Pill](#) en zeker ook [de podcast van het gesprek van jou met Jim van Os](#) beveel ik met kracht aan bij eenieder die met nog meer vuur wil werken aan de broodnodige veranderingen in de GGZ!

Maar misschien nog wel meer bij degenen die we niet als eersten op de barricaden terugvinden maar die wel bereid zijn het bekende, vertrouwde en vanzelfsprekende ter discussie te stellen. Mensen dus met een open houding. We moeten het juist ook van hen hebben om het bestaande te kunnen verbeteren.

Een totale reset, dat zou m.i. passend zijn. Wie weet levert het **Congres 'Zin in MEEDOEN met zin'** op 14 en 15 oktober 2024 daar ook volop argumenten voor op.

Ik wil dit congres van harte aanbevelen. Aan de ene kant omdat het zich op een breed publiek richt en voor iedereen die ook maar enigszins betrokken is bij deze materie interessante inzichten oplevert. Aan de andere kant omdat het congres tot stand komt door een unieke samenwerking tussen het **Institute for Positive Health (IPH)** en **Stichting Rehabilitatie'92 (R92)**. De Individuele Rehabilitatie Benadering en Positieve Gezondheid zijn benaderingen die vanuit dezelfde visie werken en belangrijke uitgangspunten en kernwaarden delen. Beide organisaties verkennen op het congres hoe en in welke mate van 'verstremgeling' deze benaderingen kunnen bijdragen aan passende 'ondersteuning en zorg'. Ik hoop u op het congres te zien!



*Remy Roest,  
Arts, psychiater niet praktizerend  
Docent R92*