

# Apologie voor een radicaal nieuwe GGZ

*Bob Cools*



Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016).

**Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie.**

Leusden: Diagnosis.

## De nieuwe GGZ

Met de ambitieuze subtitel 'Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie' leggen de auteurs de lat hoger dan wat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nu te bieden heeft. Daarmee is de toon meteen ook gezet. De kritische Nederlandse auteurs zijn de voortrekkers van een voluntaristische beweging 'De Nieuwe GGZ', die in oktober 2015 een pamflet presenteerde (<http://www.denieuweggz.nl>) en voor enige ophef zorgde in de media. De beweging wijst op het gevaar dat psychische variatie wordt verpakt in DSM-diagnoses, met behandelrichtlijnen die voortspuiten uit oneigenlijke wetenschappelijke onderzoeksmethoden. Ze ageert ook tegen de overmatige bureaucratisering en de organisatorische chaos in de praktijk van de GGZ, die niet alleen leiden tot demotivering en burn-out bij hulpverleners, maar bovendien vaak tot een ondermaatse bejegening van cliënten (zoals onverantwoord lange wachttijden, te korte behandelingstrajecten en discontinuïteit in de zorg door administratieve regels). De beweging neemt de uitdagingen aan die het organiseren van kwalitatieve zorg voor velen op basis van samenwerking tussen professionals en ervaringsdeskundigen met zich meebrengt en streeft naar het opzetten van kleinschalige wijkgerichte en grootschalige, op het internet gebaseerde gemeenschappen.

De inleiding van het boek is een vlijmscherpe kritiek op de actuele Nederlandse GGZ: "Wel beddenafbouw, maar geen betere ambulante zorg. In een samenleving waar veel mensen onderbehandeld worden, dreigen massale ontslagen voor ervaren GGZ-professionals terwijl diezelfde samenleving eerder veel in hun opleiding geïnvesteerd heeft. En dit alles terwijl het macrobudget voor de GGZ niet krimpt" (p. 8). Op drie plaatsen in het boek (p. 9, 48 en 80)

is een expliciete ‘disclaimer’ opgenomen, waarmee de auteurs zich bij voorbaat verdedigen tegen mogelijke kritiek op hun vernieuwingsideeën. Het boek krijgt hiermee het karakter van een apologie of verweerschrift van vernieuwers in de GGZ.

De omvang en toename van psychische problemen in de samenleving dreigt een onbeheersbaar maatschappelijk probleem te worden. De huidige aanpak is te duur en blijkt te weinig effectief. De auteurs bepleiten een radicale ommekeer gebaseerd op drie pijlers: 1) participatie van ervaringsdeskundigen; 2) geïntegreerde GGZ in de wijk; 3) zorgverlening via zowel face-to-face gesprekken als virtuele gemeenschappen. Dat alles moet gepaard gaan met bedenaafbouw en minder administratie.

Het boek bestaat uit drie delen. Het uitgangspunt is een algemeen inhoudelijk kader met nieuwe concepten, rolverdelingen en financieringsmethoden. Dan volgt de concretisering ervan in een blauwdruk voor een nieuwe organisatie van de GGZ in wijkgemeenschappen. Ten slotte wordt datzelfde kader uitgewerkt in een project voor digitale transformatie die moet uitmonden in een e-gemeenschap.

## Gezondheid herdacht

In het nieuwe model is gezondheid niet het doel, maar een middel om een zinvol bestaan te ervaren. Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en zelf de regie te voeren, gegeven de psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen. Gezondheid en herstel volgen niet vanzelfsprekend, rechtlijnig en altijd uit een behandeling, maar verlopen in verschillende opeenvolgende fasen en zijn afhankelijk van een specifieke context. De auteurs stellen dat er in vijftig jaar intensief onderzoek vanuit de biologische psychiatrie geen enkele test werd gevonden die het bestaan van ook maar één psychische aandoening kan aantonen. Hun kritiek op de dominante DSM-5- en ICD-10-bijbels, en op de onderliggende reductionistische evidencebased methodologie die gericht is op de gemiddelde patiënt, is daarom vlijmscherp. Die kritiek is op zich niet nieuw, maar het boek biedt wel een mooie synthese van alle bekende argumenten. De auteurs wijzen het ziektemodel en de lineaire diagnose-behandeling-genezingslogica af. Ze bepleiten het meer hoopgevende herstelmodel, gebaseerd op het vermogen tot aanpassing en eigen regie om op langere termijn en fasegewijs aan betekenisvolle doelen te werken. De focus op individuele disfuncties wordt verlegd naar de veerkracht en mogelijkheden van de persoon en zijn omgeving.

Interessant, maar niet grondig uitgewerkt, is de beschrijving van het multideskundige perspectief van de hulpverlener, waarbij de grens tussen patiënt en hulpverlener in vraag wordt gesteld. Dat elke hulpverlener ook zijn eigen kwetsbaarheden en herstelprocessen kent, moet aanleiding zijn om te beseffen dat er continuïteit bestaat tussen de eigen ervaring en die van de patiënt. Psychopathologie is slechts een deel van de menselijke variatie. Multideskundigheid impliceert dat iedere persoon meerdere bronnen van deskundigheid (ervaring en kennis) inzet in het herstelproces. De patiënt, het systeem en de hulpverlener kunnen bij het herstel de rol vervullen van ervaringsdeskundige, coach, interventionist of adviseur. Multideskundige zorg is een verantwoordelijkheid van professionals én niet-professionals en doet recht aan ervaringsdeskundigheid van patiënten en hun familie.

## De wijk als basis

De blauwdruk voor een nieuwe organisatie van de GGZ in wijkgemeenschappen vertrekt van de vaststelling dat de huidige zorgorganisatie financieel onhoudbaar is en haar inhoudelijke ambities niet waarmaakt. De belangrijkste oorzaken daarvan zijn de verzuiling en inefficiënte administratieve opdeling in diverse sectoren, zorgprogramma's, leeftijdsgebonden circuits, enzovoort. Netwerkvorming van zorgaanbieders biedt meer garanties voor integrale zorg op wijkniveau, met andere woorden: op de menselijke maat van de patiënt en zijn leefwereld. De auteurs gaan dus in tegen de organisatiedifferentiatie op basis van diagnoses, sectoren of leeftijdsfasen, maar willen opnieuw aansluiten bij de concrete zorgvragen in de leefwereld van de persoon zelf.

Op basis van een financiële macro-economische analyse besluiten de auteurs dat een wijk van 20.000 inwoners het best werkbaar niveau is voor een GGZ-basisaanbod. Met een herverdeling van de beschikbare middelen zou elke wijk over 8,5 miljoen euro kunnen beschikken en ongeveer 120 voltijdse hulpverleners in dienst kunnen nemen. Tachtig procent van het budget wordt ingezet voor het werk in de wijk, waarbij vijf procent aan praktijkondersteuning van huisartsen wordt besteed en vijftien procent aan gespecialiseerde functies. Twintig procent van het totale budget wordt gereserveerd voor regionale functies (zoals crisisdiensten en kleine opnameklinieken), supraregionale functies (bijvoorbeeld forensische klinieken) en landelijke diensten (bijvoorbeeld kenniscentra, e-health). Het wijkbudget wordt beheerd en verdeeld door een team dat inspeelt op de lokale behoeften. Het plan impliceert een aanzienlijke verschuiving van middelen, die nu vooral voor specialistische en residentiële zorg worden aangewend, naar meer generalistische, mobiele en ambulante hulpverlening. De auteurs schatten dat die transitie gepaard zal gaan met een "banenverlies voor een kwart van de huidige medewerkers, voor wie in de toekomst geen aangepast werk gecreëerd kan worden. In een transitieperiode van tien jaar (2015-2025) kan een groot deel via natuurlijke weg afvloeien" (p. 122).

De geboden zorg is een 'indicatieloze zorg' die flexibeler en goedkoper is, omdat ze meteen aansluit bij de behoeften van patiënten. De aanname dat de kans op een succesvolle behandeling toeneemt naarmate we de precisie van de diagnostiek verhogen, wordt door de auteurs radicaal verworpen als onbewezen en onnuttig. Hiermee wordt evenwel eenvoudig het kind met het badwater weggegooid. De toewijzing van de schaarse middelen wordt opnieuw onderworpen aan een klinisch-intuïtieve inschatting van enkele globale parameters door het multidisciplinaire wijkindicatieteam, waar ook een ervaringsdeskundige deel van uitmaakt. De integrale zorgorganisatie in de wijk verloopt volgens het in Nederland op vele plaatsen geïmplementeerde Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-model, dat de auteurs sterk willen uitbreiden. Het gaat om een intensieve en integrale vorm van thuisbehandeling voor mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen, uitgevoerd door een breed samengesteld multidisciplinair team, waarvan de leden afkomstig zijn uit verschillende organisaties.

In de wijken zijn de samenwerkingspartners geen instellingen meer, maar concrete personen (hulpverleners en betrokkenen) die in onderling overleg inspelen op de behoeften van

de patiënt. De huisarts en zijn praktijkondersteuner vervullen een spilfunctie. Vanwege de relatief kleine schaalgrootte zijn de auteurs vrij optimistisch over het beheer en de aansturing van dat zorgnetwerk: de mix van hulpverleners werkzaam vanuit organisaties of op zelfstandige basis, vrijwilligers en mantelzorgers wordt als een meerwaarde gezien. Wie het werk verdeelt en aanstuurt, zou zichzelf moeten uitwijzen in functie van het belang van de patiënt. De realiteit is wellicht complexer en weerbarstiger.

## Digitale transformatie

Nederland is een voorloper op het gebied van e-health. Het besef groeit dat het internet de relaties tussen klanten en dienstverleners grondig wijzigt. Het internet opent nieuwe mogelijkheden ter aanvulling of ondersteuning van het face-to-facegesprek, dat nooit zal verdwijnen. De hulpverlener is slechts een van de mogelijke hulpbronnen, naast zelfhulp, mantelzorgers, lotgenoten, en technische middelen als smartphones, smartwatches en automatische digitale feedbacksystemen. De auteurs willen dat al die bronnen op elkaar worden afgestemd als één onlinegemeenschap van gelijkgestemden, met de cliënt als regisseur.

E-health is een nog tamelijk onontgonnen maar beloftevol terrein. De auteurs bespreken de bekende voor- en nadelen ervan, maar interessanter is hun historische schets: de eerste generatie of 1.0 staat voor de websites waarop gebruikers vooral informatie vinden; 2.0 is het interactieve model waarbij gebruikers informatie kunnen halen maar ook toevoegen; bij 3.0 creëert de gebruiker zelf zijn sociale netwerk tot een levende gemeenschap. De auteurs willen gangmakers zijn voor die nieuwe, derde generatie. Een noodzakelijke stap bij die laatste ontwikkeling bestaat erin cliënten daadwerkelijk eigenaar te maken van hun data. Op dat vlak zijn er nog heel wat technische (bijvoorbeeld: toegankelijkheid van patiëntendossiers) en juridische (denk aan: privacy, beroepsgeheim en aansprakelijkheid) hindernissen te nemen.

De nieuwe onlinecontext vergt volgens de auteurs andere competenties van hulpverleners én cliënten: niet de vaste afspraak in de behandelkamer, maar het zoeken naar aansluiting bij de leefwereld van de cliënt is het uitgangspunt. Dat impliceert geen fysiek samenzijn meer, maar kan via chat, mail, videobellen of andere communicatiekanalen. Bovendien hoeft dat niet noodzakelijk op een vast moment te gebeuren en kan het, indien gewenst, tegelijk met andere mensen uit het netwerk van de cliënt plaatsvinden. Dat vergt niet alleen meer flexibiliteit maar ook meer transparantie van de behandelaar voor de cliënt: die vergelijkt en kiest welke behandeling en behandelaar hij wil. Afspraken worden rechtstreeks via het internet gemaakt en gewijzigd. Als aanvulling op de reguliere behandeling krijgt de cliënt toegang tot een onlinebibliotheek van zelftests en modules. De cliënt kan onderdelen van de behandeling overslaan en bepaalt zelf zijn traject en het tempo van de behandeling. Aan de cliënt wordt online regelmatig gevraagd hoe hij de behandeling ervaart en wat de behandelaar anders of beter kan doen.

Ook van de cliënt worden nieuwe vaardigheden verwacht. Daar lijken de auteurs wel erg gemakkelijk over te denken, zoals blijkt uit het kortste hoofdstuk (amper een halve bladzijde) van het boek. Ze geven toe dat het gebruik van internet bij GGZ-cliënten veel lager is dan het

landelijke gemiddelde. Toch geloven de auteurs “dat de uitdagingen voor cliënten anders en waarschijnlijk ook geringer zijn dan voor hulpverleners. Zij zijn immers niet opgeleid in een paradigma waarin de regie bij de hulpverlener ligt en transparantie minimaal is” (p. 255). Cliënten zijn echter, net als de hulpverleners, opgegroeid in een medisch-paternalistische cultuur. De evolutie naar het zelf in handen nemen van de regie en het opkomen voor de eigen autonomie wordt door de auteurs te gemakkelijk als vanzelfsprekend aan de nieuwe generatie cliënten toegedicht. Waarom zouden cliënten zich die attitude sneller eigen kunnen maken dan hulpverleners, ook wanneer het gaat om internetvaardigheden? Of zijn hulpverleners op dat punt dan toch weer andere mensen dan cliënten? In het eerdere pleidooi voor gelijkwaardigheid en multideskundigheid werd echter precies het tegendeel beweerd!

E-health blijkt op groepsniveau net zo effectief te zijn als de traditionele hulpverlening, maar de effecten van online hulp in combinatie met gewone hulp zijn over het algemeen beter dan niet-begeleide online hulp. Bovendien werkt het online aanbod niet even goed voor iedereen. De huidige onderzoeksmethoden bieden echter geen inzicht in hoe e-health precies helpt. Daarnaast stuit e-health nog op verschillende organisatorische problemen: er is behoefte aan een landelijk distributiemodel, want nu is het aanbod veel te gefragmenteerd; de behandelaars zijn onvoldoende vertrouwd met e-health; het aanbod blijkt vaak slechts oude wijn in nieuwe zakken, terwijl het herdacht moet worden vanuit het cliëntperspectief; enzovoort. Toch zijn er enkele trends die e-health onweerstaanbaar maken: een inhoudelijk breed aanbod tegen een relatief lage prijs; de grote toegankelijkheid en snelheid; de kans om producten en diensten op maat te leveren; de mogelijkheden tot telewerken voor hulpverleners; de krachten die van het ontwikkelen van een nieuwe gemeenschap kunnen uitgaan; enzovoort. Precies dat laatste punt is een van de sterke basisideeën van het boek: hoe gemeenschapsvorming of de ontwikkeling van sociale netwerken, zowel op wijkniveau als via het internet, een instrument kan worden voor de patiënt om te werken aan zijn eigen herstel.

## Wat is nieuw?

Psychiatrie, psychologie en GGZ zijn relatief jonge disciplines die amper anderhalve eeuw oud zijn. Zoals in de beginjaren van de geneeskunde zijn ze onderhevig aan ideologische dwalingen, foute wetenschappelijke hypothesen en verschuivende paradigma's. Delespaul en zijn collega's bepleiten zo'n paradigmashift op basis van hun praktijkervaring en de beperkte wetenschappelijke kennis. Met hun model beloven ze vol enthousiasme maar wat overmoedig 'goede GGZ!'. Hoewel hun hypothesen in het verlengde liggen van de waarden die gepromoot worden door de beloftevolle en zich in de praktijk steeds sterker manifesterende herstelbeweging, lijkt het nog wat te vroeg om ze meteen te beschouwen als bewezen. Wel bieden ze wellicht meer garanties voor een betere GGZ.

De voorgestelde disruptieve veranderingen zijn in eerste instantie een reactie op het falen van de vastgeroeste bureaucratistische systemen zoals de diagnose-behandelcombinaties, de overmatige registratielast, de evidencebased richtlijnen, die veel hulpverleners terecht grondig beu zijn. Het gedreven pleidooi voor verandering slaat echter soms door in een onrealistische oproep tot een tabula rasa en een heropbouw vanaf nul. De auteurs dromen ervan om

los van het bestaande helemaal opnieuw te beginnen, maar dan nu echt wetenschappelijk gefundeerd, los van “politieke systeemexperimenten, belangenafwegingen, kostenbeheersingsmaatregelen, historie, toeval en toegepaste ‘marktfilosofie’.” (p. 17). De auteurs blijken een kort geheugen te hebben en gaan nogal gemakkelijk voorbij aan het feit dat zijzelf ook jarenlang hebben gewerkt vanuit en hebben bijgedragen aan die dwingende evidencebased cultuur. Ik waardeer hun voortschrijdende inzicht en hun moed om de bekende paden te verlaten, maar ben op mijn hoede. Ik wil geen nieuwe rattenvanger van Hamelen volgen die nu weer het hippe deuntje fluit van bijvoorbeeld de netwerkontwikkeling. Met zijn allen neigen we hier achteraan te lopen omdat dit nu de maatschappelijke en wetenschappelijke trend blijkt te zijn. De relatief jonge praktijk van netwerkontwikkeling in de zorg stuit echter nu al op onbeantwoorde vragen en grenzen. Bieden zorgnetwerken wel degelijk de integrale en continue zorg die ze toegeschreven wordt? Geven de zorgnetwerken altijd de verhoopte efficiëntiewinst? Veel moet nog bewezen worden, als het al bewezen kan worden.

Dat de Nederlandse overheid er met de Wet maatschappelijke ondersteuning voor gekozen heeft om vanaf 2015 een groot deel van de GGZ-bevoegdheden over te hevelen naar de gemeenten, stemt de auteurs tot tevredenheid. Toch noemen ze het geen garantie voor betere zorg en meer maatschappelijke participatie. Veel gemeenten weten niet hoe ze de hun toegeschoven verantwoordelijkheid kunnen realiseren. In de huidige tijden van bezuiniging is er ook niet veel experimenteerruimte. Daarom voorspellen de auteurs dat gemeenten hun opdrachten ofwel via een openbare aanbesteding zullen vermarkten en contractueel vastleggen, ofwel zelf indicaties zullen stellen en een persoonsgebonden budget (als rugzak) zullen toewijzen waarmee de burger met een beperking zijn zorg zelf kan inkopen. De auteurs geloven niet in het rugzakmodel omdat het gebaseerd is op indicaties (wie heeft wel en wie heeft geen recht) en bureaucratie (ter verdeling van de schaarse middelen). Het indicatie-principe zorgt ervoor dat mensen focussen op hun handicap, op het verwerven en behouden van de verkregen indicatie met de eraan gekoppelde voordelen. Als alternatief pleiten de auteurs voor een verschuiving van het recht op uitkeringen of rugzakjes naar het stimuleren van aangepaste tewerkstelling. Ze zien gemeenten uitgroeien tot sociale ondernemers of tot ondersteuners van private sociale ondernemingen. Aangepast en betaald werk is volgens de auteurs een betere manier om maatschappelijke participatie te realiseren dan uitkeringen. In dat verband verwijzen ze naar het geslaagde Belgische model van de ‘dienstencheques’. Het creëert een sociale economie die maatschappelijk zwakkeren (los van de oorzaken) koopkracht en rechtszekerheid biedt.

Ondertussen wil de Vlaamse overheid – na enkele experimenten in de gehandicaptenzorg – het rugzakfinancieringsmodel volop implementeren in de GGZ. Dat is het gevolg van een doorgesloten autonomiedenken dat eigen is aan onze neoliberale samenleving. Wellicht worden de zwaksten in onze samenleving – de zorgwekkende zorgmijders of zij die onvoldoende bekwaam zijn hun autonomie volledig te benutten – hiervan het slachtoffer.

De vermarkting van de zorg is ook in Vlaanderen een feit. Een primeur was de toewijzing door de federale overheid van de exploitatie van het eerste forensisch-psychiatrische ziekenhuis in Gent aan een commerciële speler. Momenteel is de stad Antwerpen volop bezig met de openbare aanbesteding van verschillende vormen van zorg die vroeger via subsidies aan

het Centrum voor Algemeen Welzijn werden uitgevoerd. Duurzaam sociaal ondernemerschap – waar de auteurs voor pleiten – wordt in deze commerciële context steeds moeilijker te realiseren.

De basisideeën in dit boek zijn niet nieuw, maar worden mooi gebundeld in een alles omvattende blauwdruk. In het buitenland zijn er voorbeelden te vinden waarbij enkele van de voorgestelde uitgangspunten in praktijk zijn gebracht. Het Italiaanse Triëst kan gelden als een klassiek voorbeeld. Een recente, kritische studie bevestigt de voordelen van de kleinschalige wijkgerichte zorgorganisatie. Tegelijkertijd blijkt dat het eigenregieprincipe van het herstelmodel daar nog te weinig is doorgedrongen in de praktijk (Muusse & van Rooijen, 2015). Ook het door de Wereldgezondheidsorganisatie ondersteunde project in het Franse Lille bewijst dat wijkgerichte GGZ een nieuwe dynamiek teweegbrengt (Roelandt et al., 2014). Tijdens een werkbezoek maakte ik er zelf de bespreking mee van een patiënt die opgenomen was op de laatst overgebleven opnameafdeling met dertig bedden van het bijna volledig afgebouwde psychiatrische ziekenhuis. Voor de teambespreking kwamen de arts, de hoofdverpleegkundige en de psycholoog samen met de patiënt naar het buurthuis, waar de wijkagent, de partner en een van de kinderen aanwezig waren voor een bespreking. Alleen al de gesprekslocatie maakte dat de focus van de gesprekspartners meer gericht was op de terugkeer naar de thuissituatie en de noodzakelijke randvoorwaarden om dat te bereiken. Met andere woorden, hulpverleners die uit hun comfortzone stappen, creëren nieuwe mogelijkheden.

Een sterk punt van de auteurs is de heldere keuze voor de entiteit van ongeveer 20.000 inwoners. Ze nemen de wijk als basis voor de organisatie van een GGZ-basisaanbod, dat geïntegreerd is in de eerstelijnszorg en waarop de gespecialiseerde zorg op een hogere schaalgrootte verder kan bouwen. Er kan uiteraard eindeloos gediscussieerd worden over die grootte, die sommigen wellicht te klein vinden. Op dat punt blijft Vlaanderen besluiteloos ploeteren met verschillende modellen voor schaalgrootte en afbakening van regio's. Ook Vandeurzen – al acht jaar Vlaams minister van Volksgezondheid – maakt hierin geen keuze. Dat is jammer, want het is een bron van veel inefficiëntie en onnodig overleg. Een decreet voor rationeel opgebouwde zorgregio's is evenwel beschikbaar en velen in het werkveld zijn allang vragende partij. Maar de belangen van enkele grote zorgorganisaties en belangengroepen weerhouden de politiek ervan om knopen door te hakken. Ondertussen blijft Vlaanderen experimenteren met allerlei netwerken op verschillende niveaus en slaagt het er niet in te komen tot een structurele implementatie ervan. Misschien moeten we de in dit boek voorgestelde suggestie volgen en beginnen met een heldere organisatie van de eerste lijn. Een tip voor de in 2017 geplande Vlaamse eerstelijnsconferentie!

Het boek werd gepubliceerd bij de vrij nieuwe en kleine uitgeverij Diagnosis. Die uitgever kiest voor grensverleggende boeken in de (geestelijke) gezondheidszorg en wil zo bijdragen aan de verbetering van de zorg in Nederland (en Vlaanderen). Dit boek voldoet ongetwijfeld aan dat kwalitatieve criterium. Qua vorm is het mooi afgewerkt en het is goed geredigeerd; jammer van de vele anglicismen en enkele vreemde Nederlandse (?) uitdrukkingen, zoals de *ruizigheid* van cijfers (p. 41) of meetinstrumenten (p. 71). Een betere eindredactie had ook kunnen voorkomen dat in de eerste twee delen over patiënten en in het derde deel over cliënten wordt gesproken.

De auteurs willen met hun boek mensen inspireren. Daarin zijn ze zeker geslaagd. Ze noemen hun model een denkoefening met als doel perspectief te creëren. Ze zijn ervan overtuigd dat wat ze beschreven hebben, realiseerbaar is. Toch blijft het boek steken in de paradox van tegelijkertijd radicaal tegen veel van het bestaande te zijn én radicaal voor iets fundamenteel en totaal nieuws: een ander theoretisch en wetenschappelijk model, een fundamenteel nieuwe zorgorganisatie en financiering, een andere verhouding tussen hulpverlening, patiënten en hun omgeving. Terwijl het nieuwe wellicht grotendeels moet worden opgebouwd vanuit het bestaande of op zijn minst daarop zal moeten aansluiten. Toch is het goed om onze zorg en de zorgorganisatie te toetsen en bij te sturen aan de hand van nieuwe overtuigingen en inzichten. Nieuwe hoopvolle ideologieën, zoals het hersteldenken, sturen ons handelen en moeten wetenschappelijk worden getoetst en bewezen. Maar laten we niet alle heil verwachten van wetenschappelijke evidentie, zeker niet in het complexe domein van de GGZ. Wetenschap kan hoogstens een leidraad zijn voor de zorgpraktijk, waarvan de kwaliteit op termijn gegarandeerd moet worden door samenwerking vanaf de basis en met alle betrokkenen.

## Literatuur

- Muusse, C., & Van Rooijen, S. (2015). *Freedom first. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Roelandt, J.L., Daumerie, N., Defromont, L., Caria, A., Bastow, P., & Kishore, J. (2014). Community mental health service: An experience from the East Lille France. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 19, 10-18.

## Personalia

Bob Cools is klinisch psycholoog-psychoanalytisch psychotherapeut, directeur van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont in de regio Mechelen-Rupelstreek en docent geestelijke gezondheidszorg in Odisee te Brussel. Hij is tevens bestuurslid van de BFP en lid van de Psychologencommissie. E-mail: bob.cools@cggdepont.be