

# Verslag congres “De (G)GZ in crisis?”

6<sup>e</sup> congres Integrale Psychiatrie<sup>1</sup> 6 maart 2015, Groningen

Persoonlijk verslag van Paul van Beuzekom, beleidsmedewerker NAP en ECP-therapeut bij Op eigen koers

## Bestuurlijke samenvatting

*Er voltrekt zich een maatschappelijke transformatie in Nederland. Ook de GGZ-zorg zit in een fase van transformatie. De GGZ op de oude voet loopt steeds meer vast op verplichtingen en regels die leiden tot beperking van behandelingen en tot het meer afhankelijk maken van patiënten die zich niet geholpen weten. De pogingen om de kwaliteit en efficiëntie van de GGZ-zorg te verhogen en de kosten te verlagen, brengen niet alleen meer patiënten in de knel, maar ook de GGZ-zorgverleners zelf. Het rendementsdenken in de GGZ is een illusie. In deze zin is deze crisis een gevaar.*

*We hebben dringend behoefte aan een betere manier om de kwaliteit neer te zetten.*

*Maar we mogen als GGZ niet klagen. Deze crisis is ook een kans. Overheid en zorgverzekeraars zijn in de gezondheidzorg niet deskundig. Zij hebben zo hun eigen taak. En het is onze taak als zorgverlener om inhoudelijke verbetering aan te dragen. Integrale geneeskunde is zo'n nieuw concept in de geneeskunde. Het stelt de therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener weer centraal, kijkt naar de gehele mens, maakt op basis van wetenschappelijk onderzoek gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, zorgprofessionals en disciplines om zo tot een optimale gezondheid en een optimaal herstel te komen. Rogier Hoenders van het CIP in Groningen probeert in deze vernieuwing nog zorgvuldig aan te sluiten bij wat in de reguliere psychiatrie geaccepteerd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door vast te houden aan (de oorspronkelijke definitie van) evidence based geneeswijzen. En hij lijkt vast te houden aan de directieve houding van de psychiatrie als specialisme. Prof. Jim van Os gooit ook de heilige huisjes van het DSM omver door gefundeerd te beweren dat schizofrenie niet bestaat. Hij voorspelt dat de reguliere psychiatrie de komende 5 jaar grondig op zijn kop gaat doordat de ervaringsdeskundigheid van de patiënten zelf een zeer belangrijke plaats in de GGZ gaat innemen. Hij spreekt van een herstelbeweging die erop gericht is dat patiënten hun eigen verhaal leren begrijpen, hun emotionele gevoeligheid leren hanteren en hun autonomie weer kunnen nemen.*

**Conclusie:** *het is NÚ nodig dat de NAP (en de NVAGT en de andere beroepsverenigingen binnen de NAP) actief en zichtbaar instapt bij deze transformatie. Met name wij (de NAP) kunnen een wezenlijke bijdrage leveren aan deze nieuwe ontwikkelingen. Dat lukt alleen door zichtbaar op dit toneel ons geluid te laten horen en mee te doen. Dat we vergeleken met de andere GGZ-spelers een kleine partij zijn, is hierbij niet van belang. Het gaat erom dat we een wezenlijke bijdrage kunnen en moeten leveren.*

## Het volledige persoonlijk verslag

De beknelling van de GGZ wordt met de eerste lezing van dr. Rogier Hoenders stevig neergezet. Hij zet behoedzaam de vernieuwing van de integratieve psychiatrie neer. Met de laatste lezing van het congres gooit prof. Dr. Jim van Os de deur open naar de vernieuwing die de psychiatrie van nu op zijn kop gaat zetten.

### De oude GGZ

De belangrijkste trend is dat de GGZ steeds meer tot het inzicht komt dat de huidige manier van werken die gericht is op rendement en efficiency, de groei van de kwaliteit ernstig remt. Kenmerkend van deze oude manier is de steeds strakker wordende regels:

1. Een verplichte start van de behandeling met een DSM-diagnose. De zorgverlener houdt professionele afstand en inventariseert met een wetenschappelijke blik de klachten en past het DSM volgens de regels toe. Zonder DSM-diagnose geen vergoeding.
2. Het behandelplan moet gebaseerd zijn op de evidence based richtlijnen. Alle andere behandelwijzen vallen buiten vergoeding.

3. Er is een ongelijkwaardige behandelrelatie. Een behandeling wordt gegeven door een BIG-zorgverlener. Hij is degene die het weet en de patiënt, die lijdend voorwerp is, ondergaat de behandeling. Als de behandeling niet slaagt dan ligt dat aan gebrek aan behandeltrouw van de patiënt.
4. De kwaliteit wordt vooraf gegarandeerd met BIG-registratie en protocollen en beperkende regels; wat een illusie blijkt te zijn. De kwaliteit van de behandeling wordt achteraf bepaald op basis van het verloop van de klachten van de patiënt. Ook dit blijkt grotendeels illusie te zijn.

#### Toelichting

1. We doen met z'n allen alsof de met het DSM in kaart gebrachte en tot ziektebeelden geclusterde klachten onderscheidbare ziektebeelden zijn die elk hun eigen specifieke oorzaken hebben en elk hun specifieke behandeling vereisen. De praktijk leert dat dit helemaal niet zo is. Achter dezelfde ziektebeelden zitten zeer verschillende persoonlijke cliëntverhalen. Het moeten stellen van een DSM-diagnose nodigt sterk uit om de aandacht vooral naar de klachten en symptomen uit te laten gaan en niet naar het persoonlijk verhaal.  
En de DBC-regels (DBC = diagnose-behandel-combinatie) schrijven voor dat er een behandelplan moet komen op basis van de diagnose. Voorheen waren er 40 diagnoses met bijbehorende behandelplannen. Met die 40 viel nog wel te werken. Maar met het DSM-5 nu zijn er nu 400 diagnoses. Onwerkbaar.
2. En de behandelplannen zijn gebaseerd op therapievormen die evidence based zijn. Met evidence based wordt in de praktijk bedoeld dat met RCT-onderzoek (RCT = random controlled trial) is vastgesteld dat voor de therapievorm, onafhankelijk van de factor cliënt en therapeut, gemiddeld gezien enige werkzaamheid is geconstateerd. En dit is ook nuttig onderzoek voor behandelwijzen waar de rol van de therapeut er niet tot doet. Net als bij het bepalen van de werkzaamheid van medicijnen.
  - a. Bezwaar hiertegen is dat de rol van de zorgverlener er in een dagelijkse therapeutische relatie wel degelijk toe doet; ook bij cognitieve gedragstherapie en andere therapievormen waarbij de oplossing wordt gezocht in het aansturen via het verstand.
  - b. Bezwaar hiertegen is dat het een menselijk onrecht is om van patiënten te eisen dat zij beantwoorden aan een wetenschappelijk bedacht gemiddelde, en dat zij geacht worden geholpen te zijn met de hen toegewezen behandeling, ook al sluit die niet aan bij hun verhaal. Er is geen grotere ongelijkheid dan een gelijke behandeling voor ongelijke patiënten.
  - c. Verder vraagt de RCT-onderzoeksopzet dat de therapievorm sterk protocollair is. Die onderzoeksopzet is gebaseerd op de veronderstelling dat er geen sprake is van comorbiditeit (meer dan één ziektebeeld), hetgeen zelden het geval is, en dat achter een ziektebeeld bij elke patiënt hetzelfde probleem schuil gaat.
  - d. En RCT-onderzoeken zijn uitgevoerd in strak geregisseerde klinische situaties; dat wil niet zeggen dat de resultaten enige voorspellende waarde hebben voor de dagelijkse praktijk.
  - e. De behandeling bestaat uit farmacotherapie en/of protocollaire therapie, waarbij de focus ligt op het effect ervan op de klachten en het correct doorlopen van de voorgeschreven protocollen (inclusief de uitgebreide administratie die dat vergt) en niet op de patiënt en zijn verhaal.
3. Door de rolverdeling specialist – patiënt is er sprake van een ongelijkwaardige relatie waarin de patiënt uitgenodigd wordt tot een onderdanige en volgzaam houding.
  - a. De omschrijvingen van de DSM-diagnosen bevatten vaak moeilijk toegankelijke taal (bijvoorbeeld die van schizofrenie is in de 19<sup>e</sup> eeuw geformuleerd). Die specialistische taal sluit absoluut niet aan bij de dagelijkse belevingswereld van de patiënt. Hij kan er niks mee. Alleen de specialist heeft de deskundigheid om een DSM-diagnose te stellen; hij is ervoor gecertificeerd. Zo móet de patiënt wel af gaan op het oordeel van de specialist.
  - b. De specialist heeft geleerd (is geleerd) om het behandelplan volgens de regels der geneeskunst uit te voeren. De patiënt kan niet anders dan volgen.
  - c. Zowel de behandelaar als de patiënt worden steeds meer door het overheidsbeleid en de macht van de zorgverzekeraars in een keurslijf gedwongen, willen ze vergoeding voor de behandeling krijgen. De patiënt wordt beperking van keuze voor een zorgverlener opgelegd. De zorgverlener krijgt naast allerlei regels beperkingen opgelegd in zijn keuze voor de behandelwijzen en het aantal minuten dat hij eraan mag besteden. Als er geen aandacht is voor de verhalen van de patiënten, maken we de patiënten afhankelijk en juist kwetsbaarder. Het gevoel dat ze het zelf niet meer weten en op de aanwijzingen van de zorgverlener/deskundige moeten vertrouwen,

- ondermijnt hun zelfvertrouwen. Dat maakt het alleen nog maar moeilijker om zelf in hun leven hun weg te vinden.
- d. De WGBO (wet geneeskundige behandel overeenkomst) schrijft voor instellingen voor dat behandelaar en patiënt samen een behandelovereenkomst sluiten. Maar in de praktijk lukt het lang niet altijd om tot zo'n overeenkomst met de patiënt te komen. Het zou toch volledig tegen de medische ethiek zijn om dan tegen de patiënt te zeggen "jammer dan, u krijgt geen behandeling".
4. Dat van zorgverleners kwaliteit gevraagd wordt, is vanzelfsprekend. Wij zijn per slot van rekening professionals. Maar de vraag is hoe je de kwaliteit vaststelt. De overheid, samen met de zorgverzekeraars en de Stichting Benchmark GGZ houden zich vast aan de meting van het verloop van klachten (onder andere met de OQ-45). Dit op basis van de veronderstelling dat een behandeling geslaagd genoemd mag worden als de klachten afnemen en de patiënt weer beter functioneert. Maar ....
- a. Deze wijze van kwaliteitsmeting waar zorgverleners financieel op afgerekend worden, nodigt de zorgverlening, die ook financieel het hoofd boven water wil houden, uit om te focussen op vermindering van klachten. Daarmee wordt de aandacht van het verhaal van de patiënt afgeleid.
  - b. Uit het promotieonderzoek<sup>ii</sup> van Rogier Hoenders van het Centrum van Integratieve Psychiatrie (CIP) in Groningen blijkt dat zich bij de analyse van ROM-data (routine outcome monitoring) zoveel problemen voor doen, dat daaruit geen conclusies zijn te trekken over de effectiviteit van behandelingen, laat staan dat van vergelijking van de effectiviteit van verschillende behandelingen sprake zou kunnen zijn.
  - c. Nele Stinckens<sup>iii</sup> (Universiteit van Leuven) heeft onderzoek gedaan naar het effect van therapie door cliënten na afloop van een behandeling daarop te bevragen. Wat meteen in het oog springt, is dat 'Klachten en symptomen' het minst belangrijk zijn bij het formuleren van de verbetering die therapie heeft opgeleverd. Veel belangrijker zijn de verbetering van "gedachten, ideeën en inzichten; het hanteren van problemen; manier van omgaan met zichzelf; emoties en belevingen; het rationeel functioneren; toekomstperspectief en zingeving; en het lichamelijk welbevinden".
  - d. En als er na afloop van de behandeling sprake is van significant meer welbevinden van de patiënt dan is het nog de vraag of dat komt door de behandeling, door de patiënt of door de omstandigheden. Patiënten die op een wachtlijst staan, blijken al een significante verbetering door te maken van 10 – 18%. Het is al te gemakkelijk om de successen allemaal toe te schrijven aan de therapeut.

Conclusie: we hebben dringend behoefte aan een betere manier om de kwaliteit te onderzoeken.

Ondanks belangrijke vooruitgang in de psychiatrie nemen de psychische stoornissen toe, wordt bij slechts 50-65% met succes behandeld met medicijnen en cognitieve gedragstherapie, leveren de bijwerkingen steeds meer problemen op, stijgen de kosten, ontstaan er meer conflicten met zorgverzekeraars en dreigt overbelasting van het personeel en verschraling van de zorg. Er dreigt een steeds verder gaande geld-bepaalde efficiency-drang, een focus op protocollen en een tendens tot reductionisme, waarbij alleen naar ziekte of symptomen wordt gekeken en de persoon als geheel uit zicht dreigt te raken. De professional wordt aan steeds meer regels gebonden en steeds meer administratieve verplichtingen. Hoe kan je als professional nog 'zorgzaam' zijn terwijl je steeds meer 'productie' moet draaien? Hoe kan je tijd en aandacht hebben voor het unieke verhaal van de patiënt in een tijd van hokjes-denken en koker-kijken? Hoe houden we onze creativiteit en bezieling erbij als er steeds meer werkdruk en administratie ontstaat? Als het zo doorgaat dreigen persoonlijke aandacht, tijd om een goede werkrelatie en een positieve uitkomstverwachting van tafel geveegd te worden en zien we de creativiteit uit de (G)Gz te verdwijnen. Dat mag niet gebeuren. Het rendementsdenken in de GGZ is een illusie. In deze zin is deze crisis een gevaar.

## **De nieuwe GGZ**

Maar we mogen niet klagen, zegt Rogier Hoenders. Deze crisis is ook een kans. Overheid en zorgverzekeraars zijn in de gezondheidszorg niet deskundig. Zij hebben zo hun eigen taak. En het is onze taak als zorgverlener om inhoudelijke verbetering aan te dragen. Integrale geneeskunde is zo'n nieuw concept in de geneeskunde. Het stelt de therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener weer centraal, kijkt naar de gehele mens, maakt op basis van wetenschappelijk onderzoek gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, zorgprofessionals en disciplines om zo tot een optimale

gezondheid en een optimaal herstel te komen. Er is echter nog erg weinig onderzoek verricht naar de toepassing en effectiviteit van integrale geneeskunde in de psychiatrie (integrale psychiatrie). Maar een visie op de nieuwe richting die we in kunnen slaan is er al wel.

Jim van Os zet het krachtiger neer met de uitspraak van Wilma Boevink van het HEE-team: de essentie van herstel is de psychiatrische diagnose te boven komen. Door patiënten een diagnose te geven en te hospitalieren, door ze de hoop te ontnemen dat ze ooit nog eens van hun diagnose af komen, gaan ze hun diagnose leven. Zo leren ze niet met hun emotionele gevoeligheid om te gaan en hun autonomie te herwinnen.

Integrale psychiatrie krijgt de volgende kenmerken.

1. De therapeutische relatie staat centraal. De inbreng en groei van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt staat hierbij centraal. De therapie is niet toedekkend of verdovend maar ontdekkend.
2. Focus niet op klachten en ziekte maar op gezondheid en welzijn.
3. Betrek de patiënt als geheel, met al zijn facetten, inclusief zijn eigen authentieke kracht en behoefte aan zelfstandigheid en vrijheid en autonomie en behoefte om ertoe te doen.
4. Angst is een slechte raadgever, net als het verstand en de logica. Emotionele en spirituele verlangens zijn een beter uitgangspunt voor duurzame levensverbetering.
5. Niet medicaliseren en hospitaliseren maar normaliseren. Geen formele specialistische taal maar menselijke taal van alle dag.

Er is inmiddels in Nederland een uitgebreide herstelbeweging op gang aan het komen.

- HEE<sup>iv</sup> (herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid) is opgezet door het HEE-team, een groep patiënten die zich ontworsteld hebben aan de beknelling van de psychiatrie en nu bij wil dragen aan de positie van de patiënt in zijn groeiproces.
- Jim van Os heeft verwerpt het DSM-systeem<sup>v</sup> als het gebruikt wordt om patiënten ziekte aan te praten. Hij pleit ervoor om het DSM-systeem slecht in te zetten om het klachtenpatroon als syndroom te beschouwen en om dat te gebruiken als een van de uitgangspunten om met de patiënt op zoek te gaan naar het persoonlijke verhaal erachter. Zeer recent publiceerde hij samen met anderen een website “Schizofrenie bestaat niet”<sup>vi</sup>. Hiermee wil hij mensen met een psychose-gevoeligheid informeren en ondersteunen in het leren hanteren van die gevoeligheid en het leren herkennen van de triggers. Hij hoopt ze daarmee te bevrijden van de hospitaliserende beknelling van de reguliere psychiatrie.
- Herstel-ondersteunende zorg (HOZ) krijgt meer en meer vorm door opleidingen en handreikingen voor implementatie.<sup>vii</sup>

Uit America is daarvoor een nieuw begrip overgewaaid: leefstijlgeneeskunde (‘lifestyle medicine’), zie de website van **Dean Ornish**<sup>viii</sup>). Dit omvat de toepassing van gedragsmatige, medische, omgevings- en motivationele principes bij de preventie en behandeling van gezondheidsproblemen in een klinische setting. Het gaat niet alleen om preventie maar ook om sneller beter worden. Je kan denken aan een goed dieet, goede dagelijkse oefeningen, yoga, maar ook aan de liefde, steun en intimiteit die je nodig

hebt<sup>ix</sup>. Er is toenemend bewijs voor de effectiviteit van therapeutische leefstijlveranderingen (TLV) voor lichamelijke en psychische stoornissen. Maar is er nog (te) weinig ervaring mee opgedaan in de (geestelijke) gezondheidszorg, met uitzondering dan als het gaat over stoppen met roken en running therapy. Rogier Hoenders toonde een interview dat hij had met Dean Ornish<sup>x</sup>.

**Sonia Lupien**<sup>xi</sup> ziet dat de markt van zelfhulpboeken zeer floreert omdat mensen zichzelf willen helpen, niet afhankelijk willen zijn van mensen die denken beter te weten wat goed voor hen is. Dit is een teken aan de wand. Ze vertelde hoe je mensen met stress kan leren om zelf hun stress te managen. Stress is een gezond verschijnsel. Als er gevaar dreigt, is het goed dat je lichaam zich voorbereid op aanvallen of vluchten.



De stressreactie schakelt een aantal functies naar een hoger level, en andere functies zoals het geheugen naar een lager level. Stress doet iets met de hersenen. De hippocampus en de amygdala spelen daar een belangrijke rol bij. Daar nestelen zich de overlevingservaringen. Ze spreekt hier van contextual memory. Nu wijst onderzoek erop dat stress de ontwikkeling van het brein bemoeilijkt. Het lijkt erop dat in diverse groeifasen stress bij kinderen leidt tot een verminderde groei van amygdala en hippocampus en dat als die in aanleg of door jeugdige stress kleiner zijn, de persoon in zijn latere leven bevattelijker wordt voor stress. Langdurige stress op jeugdige leeftijd vernietigt cellen en leidt tot atrofie van de hippocampus. Het is dus belangrijk om stress bij kinderen te voorkomen.

Om mensen te helpen zichzelf te helpen bij het voorkomen van stress ondersteunt zij hen bij het begrijpen van de oorzaak van de stress door hen zelf te laten achterhalen van welke categorie hun stress is. Zij ziet vier categorieën van stress:

1. de nieuwheid en het onbekende van een situatie,
2. de onvoorspelbaarheid van de situatie.
3. De bedreiging voor het ego.
4. Het gevoel van verlies van controle.

Door dagelijks een lijstje bij te houden van elke situatie waarin stress gevoeld wordt, en daarbij te vermelden van welk van deze vier categorieën sprake is, ontstaat al veel helderheid over de aard van de stress. Dat blijkt al veel verwarring over stress op te lossen. De gedachten die de stress oproepen zijn met de categorie in de hand veel gemakkelijker te vinden en daardoor veel gemakkelijker te ontzenuwen.

**Prof. Dr. Lin Getz** uit Noorwegen:

Ze schetst op haar manier de verschillende werelden van

- De bodymachine versus die van de holistische mens
- De moleculen versus die van de emotionele betekenissen.
- De focus op de behandeling versus focus op de patiënt.
- Ziekte komt door (lichaams-)delen versus Bekijk de mens als geheel.

Er is geen scheiding tussen lichaam en mens. Emotionele betekenissen beïnvloeden het lichaam en omgekeerd. De mens is eindeloos bezig met betekenis geven. De mens is meer dan een moleculen-fabriek. DSM-diagnosen zijn medisch onverklaard, terwijl ze wél als basis voor “wetenschappelijk” onderzoek worden gehanteerd. En elke diagnose, ziektebeeld, kent zijn eigen behandelplannen en zijn eigen pillen. Er is bijna geen patiënt met maar één ziektebeeld. We doen alsof ziektebeelden onderscheidbaar zijn en als afzonderlijke verschijnselen te behandelen zijn. Het gaat toch om de patiënt? RCT-onderzoeken geven alleen gemiddelden, maar elk mens heeft zijn eigen verhaal. We doen de mens absoluut tekort als we hem reduceren tot iets dat we met getallen kunnen bevatten. En toch gaat de medische wereld maar door om de mens in getallen onder te brengen.

En ja, er zijn prachtige ontwikkelingen aan de gang om mensen zichzelf te laten helpen. Er komen steeds meer technische apparaatjes en apps op de markt waarmee mensen zelf allerlei lichaamsfuncties dagelijks kunnen meten en aan de hand daarvan de dosering van hun medicijnen zelf kunnen bepalen, of hun dieet kunnen aanpassen, of andere beslissingen over hun lifestyle kunnen nemen. De daarvoor ontwikkelde apps kunnen wereldwijd gigantische hoeveelheden data van miljoenen mensen verzamelen en op basis daarvan steeds gefundeerder gezondheidstrends opsporen en via de app als gepersonaliseerde adviezen teruggeven. Het is bijvoorbeeld voor bedrijven als Google een hele knappe manier om via dergelijke apps van grote bevolkingsgroepen gegevens te verzamelen. Dat maakt een heel nieuw soort onderzoek mogelijk, ook mondiaal.

Maar Lin Getz waarschuwt: al die getallen, die we ook nog eens kunnen verwerken in de steeds krachtiger wordende machines, daar mogen we dé oplossing niet van verwachten. Dat is allemaal mooi en aardig, maar daarmee kunnen we het verhaal van de mens en zijn belevingswereld niet helder krijgen, maar slechts enkele buitenkantfacetten. Terwijl er in de GGZ juist aandacht voor die mens zelf nodig is. Ze breekt een lans voor “PERSON CENTERED HEALTHCARE”, die holistisch is, vormen van gezondheidszorg integreert, waarbij de patiënt niet behandeld wordt maar als deelnemer van zijn eigen gezondheidsproces de dokter raadpleegt met de zelf verzamelde data. Gericht op zelfhulp, preventie. Op een manier die de patiënt zelf begrijpt en waarbij hij leidend is in het proces, en slechts onderdelen ervan aan specialisten uit handen geeft. Zo wordt de patiënt zelf de krachtige regisseur over zijn gezondheid. Ze wenst ons allen: *Merry crisis, and a Happy New Fear!*

## Crisisverschijnselen bij de transformatie in de zorg

### Vernieuwingen

- Dat er op maatschappelijk niveau sprake is van een transformatie, daar getuigt Mathieu Weggeman uitgebreid van met zijn toespraken over dienend leiderschap<sup>xii</sup>.
- Jan Rotmans, transformatiedeskundige, heeft een heldere kijk op de transitie<sup>xiii</sup> waar de zorg zich nu in bevindt. Hij beschrijft dat prachtig. En hij zet zijn verhaal in een context van onze maatschappelijke ontwikkelingen. Dit past helemaal in het perspectief van dit congres.
- HEE<sup>xiv</sup> is een programma gericht op het ondersteunen van herstelprocessen en het ontwikkelen van kennis en producten op het gebied van herstel en herstelondersteuning, gemaakt en uitgevoerd door ervaringsdeskundigen. HEE is verbonden aan het Trimbos-instituut en werkt ook samen met de Stichting Rehabilitatie '92.
- Jim van Os heeft zeer recent samen met anderen een website “Schizofrenie bestaat niet” gelanceerd<sup>xv</sup>. Hiermee wil hij mensen met een psychose-gevoeligheid informeren en ondersteunen in het leren hanteren van die gevoeligheid en het leren herkennen van de triggers. Hij hoopt ze daarmee te bevrijden van de hospitaliserende beknelling van de reguliere psychiatrie.

**Tegenkrachten:** zoals bij een crisis gebruikelijk is: naarmate de nieuwe ontwikkelingen zich meer aftekenen, gaan de partijen die het graag bij het oude houden zich meer met hand en tand verzetten.

- De neiging van de overheid om het beleid en het geld steeds strakker in de hand te houden, is daarvan een sprekend voorbeeld.
- Sinds de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg mogen instellingen voor gezondheidszorg winst maken, en komt de focus meer en meer op geld te liggen; daartoe aangemoedigd door de overheidsbezuinigingen.
- En de Vereniging tegen de kwakzalverij fulmineert tegen de promotie van Hoenders<sup>xvi</sup>, ze voert een gevecht tegen integrale psychiatrie<sup>xvii</sup> en veroordeelt Zonmw, het adviesorgaan van de overheid dat een gedegen wetenschappelijk onderzoek doet naar complementaire zorg<sup>xviii</sup>.

### Referenties:

<sup>i</sup> De congres-website: <http://www.congresintegralepsychiatrie.nl/> en download de presentatie van de sprekers: <http://www.congresintegralepsychiatrie.nl/2015/sprekers/>

<sup>ii</sup> Promotieonderzoek van Rogier Hoenders: Integrale psychiatrie: <http://bit.ly/18pN6TR>

<sup>iii</sup> Stinckens, N., Geys, K., Vos, E., Vrancken, M., Smits, D. & Claes, L. (2015). Wat cliënten ons vertellen over psychotherapie: Een kwalitatief onderzoek naar veranderingen en veranderingsmechanismen. Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 53(1), 22-43.

<sup>iv</sup> De aanleiding van het HEE-team wordt weergegeven op de dvd “gekkenwerk: <http://bit.ly/1a4UW7h>

<sup>v</sup> Prof. dr. Jim van Os: “Psychiatrische bijbel moet verdwijnen”: <http://bit.ly/1F5tccW>

<sup>vi</sup> Toelichting van Jim van Os op “Schizofrenie bestaat niet”: <http://bit.ly/1Ijubao>

<sup>vii</sup> “Handreiking voor inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de GGZ”: <http://bit.ly/1G4eDaX> ; en “Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz”: <http://bit.ly/1xK9bZK>

<sup>viii</sup> Website van Dean Ornish: <http://deanornish.com/>

<sup>ix</sup> An Insight, An Idea with Dean Ornish: <http://bit.ly/1FMjCed>

<sup>x</sup> Interview van Dean Ornish door Rogier Hoenders: <http://bit.ly/1MiqZ4C>

<sup>xi</sup> Sonia Lupien’s website met veel info over stress, gericht op stres-zelfmanagement: <http://www.humanstress.ca/> en zie haar boek “Well Stressed”.

<sup>xii</sup> Mathieu Weggeman over dienend leiderschap: [http://youtu.be/\\_SD4W4xOf-k](http://youtu.be/_SD4W4xOf-k).

<sup>xiii</sup> Jan Rotmans, een heldere kijk op de transitie waar de zorg <http://bit.ly/11QnZhr>

<sup>xiv</sup> De website van het HEE-team: <http://www.hee-team.nl/>

<sup>xv</sup> De website “Schizofrenie bestaat niet”: <https://www.schizofreniebestaatniet.nl/>

<sup>xvi</sup> De Vereniging tegen de kwakzalverij fulmineert tegen de promotie van Hoenders: <http://bit.ly/1BXHe24>

<sup>xvii</sup> Het gevecht van de Vereniging tegen de kwakzalverij tegen de integrale psychiatrie: <http://bit.ly/1Ezv4LA>

<sup>xviii</sup> Henk Smid in gesprek over complementaire zorg in radioprogramma Spijkers met Koppen: <http://bit.ly/1aSLdRA>