



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en beroepsuitoefening*

1. Inleiding

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) brengt op eigen initiatief een advies uit over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, opleiding en beroepsuitoefening. Het hele vakgebied heeft te kampen met een onaantrekkelijk imago bij de studenten geneeskunde, de medische beroepsgroep en de algemene bevolking. Er is een onevenwicht tussen de behoefte aan psychiaters in de Vlaamse gezondheidszorg en het aantal psychiaters in opleiding, en een tekort aan kwalitatief hoogstaand wetenschappelijk onderzoek. De KAGB hoopt met dit advies overheid, onderwijs- en onderzoeksinstituten te kunnen overtuigen van de dringende nood aan maatregelen om de volledige discipline te destigmatiseren en op de drie voornoemde fronten vooruit te helpen.

Een interuniversitaire adviestekst, opgesteld naar aanleiding van een vraag van Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, bracht de problematiek begin 2013 onder de aandacht van de decanen van de Vlaamse faculteiten geneeskunde (1) (zie bijlage 1). Daarin werd de context uitvoerig geschetst en werden reeds enkele aanbevelingen geformuleerd.

2. De huidige situatie: uitdagingen voor de psychiatrie

2.1. Wetenschappelijk onderzoek

Cijfers, verkregen van de verschillende Vlaamse universiteiten voor de periode 2002-2012, tonen aan dat het pover gesteld is met het academisch onderzoek in de psychiatrie. Over alle universiteiten heen behaalden in deze periode minimum drie en maximum tien psychiaters in opleiding een doctoraatsdiploma. Eind 2012 werkten bijna zesmaal meer FWO-mandaathouders rond neurowetenschappen en neurologie dan rond psychiatrie en psychotherapie.

Vlaanderen kent geen langdurige traditie van wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie. Het aantal artsen en psychiaters (in opleiding) dat wetenschappelijk onderzoek voert en doctoreert is zeer beperkt. Dit zet zich ook door in de diagnose en de behandeling van de grote psychiatrische ziektebeelden, waarvoor Vlaamse richtlijnen ontbreken.

Nederland leverde recent diverse inspanningen om de verwetenschappelijking van de psychiatrie te promoten. Het psychiatrisch onderzoeksprogramma “GeestKracht” werd tussen 2000 en 2010 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgewerkt om de achterstand van het onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van de somatische zorg weg te werken. Het programma bestaat uit drie deelprogramma's, die zich richten op de verbetering van de onderzoeks- en kennisinfrastructuur, het stimuleren van praktijkzorgprojecten en het vergroten van het aantal klinische onderzoekers in de geestelijke

* Het advies werd voorbereid door een bijzondere commissie, bestaande uit de collegae Bert Aertgeerts, Frank Buntinx, Paul Cosyns, Guy De Backer, Bénédicte Dubois, Bernard Himpens, Lea Maes en Bernard Sabbe.

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Guy De Backer, Dominique Declerck, Aart de Kruif (algemeen secretaris), Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter), Greet Ieven, Jo Lambert, Geneviève Laureys, Lea Maes, Simon Scharpé, Wim Stevens en André Van Steirteghem, keurde het advies goed op 28 juni 2013.

gezondheidszorg. De thema's angst- en stemmingsstoornissen, psychosen en schizofrenie, en gedragsstoornissen staan centraal. Het succes van dit programma kan worden aangegrepen als pleidooi voor meer wetenschap in de Vlaamse psychiatrie (2) (zie bijlage 2), aangezien de actuele Vlaamse situatie vergelijkbaar is met de toestand in Nederland aan het eind van jaren negentig.

Nog in Nederland worden aan verschillende universiteiten tweejarige Research Masteropleidingen in "neuroscience" ingericht. Deze onderzoeksgerichte opleidingen kunnen dienen als voorbeeld om het psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek over de neurobiologische grondslagen van psychiatrische stoornissen bij ons te stimuleren.

In Vlaanderen liep rond de eeuwwisseling gedurende zowat tien jaren de tweejarige opleiding Huisarts-onderzoeker (3), die achteraf de aanzet bleek voor een boost in het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek, onder meer leidend tot een continue instroom van gedoctoreerde huisartsen tijdens het laatste decennium.

2.2. Opleiding en onderwijs

De laatste jaren is er aan de Vlaamse universiteiten een tekort aan artsen-specialisten in opleiding (ASO's) psychiatrie. Het aantal beschikbare plaatsen geraakt niet ingevuld, ondanks het stijgende aantal studenten geneeskunde.

Verschiedene factoren zijn verantwoordelijk voor de gedaalde aantrekkelijkheid van de opleiding tot psychiater. Studenten geneeskunde kiezen hun specialisatie eerder in functie van de toekomstige arbeidsmogelijkheden, status en verloning. Men kiest ook liever voor een vakgebied waarin op korte termijn zichtbare resultaten kunnen worden geboekt. Psychiatrische ziekten worden ten gevolge van stigma nog steeds ten onrechte als chronisch en onbehandelbaar beschouwd. Dit terwijl momenteel in het domein van de somatische geneeskunde de evolutie van een acute naar een chronische zorg volop plaatsvindt.

Goede stageplaatsen zijn essentieel in het bepalen van de keuze van de studenten. Een deel van de huidige stageplaatsen in de psychiatrische sector heeft een negatief imago bij de studenten. Redenen hiervoor zijn de lage kwaliteit van de stageplaatsen (bv. intramurale zorg in psychiatrische ziekenhuizen eerder dan ambulante zorg in privépraktijken) en het langetermijnaspect van de interventies (te veel chronische en te weinig acute pathologie, vaak geen direct resultaat van een therapie en weinig variatie in het type pathologie).

Studenten krijgen tijdens hun vorming tot basisarts vooral somatische vakken en verhoudingsgewijs weinig vakken waarin psychologie, psychiatrie en neurowetenschappen aan bod komen, wat niet bevorderlijk is voor het aanwakkeren van interesse in de discipline. Over de vier Vlaamse faculteiten krijgt de psy-lijn tijdens de eerste zes jaar van de opleiding geneeskunde slechts 3,6% van het totaal aantal studiepunten toebedeeld (bijlage 1).

2.3. Beroepsuitoefening

Door het tekort aan psychiaters in opleiding geraken vacatures in de centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische afdelingen van algemeen ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen niet meer ingevuld. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu tekende in 2011 in België 121 nieuwe beroepsbeoefenaars in de neurologie op, tegenover 34 in de volwassenenpsychiatrie.

De problematiek van de beroepsuitoefening kadert binnen een breder maatschappelijk debat over arbeidsvoorwaarden, verloning en verantwoordelijkheid. Psychiaters dragen een enorme verantwoordelijkheid, hebben enkel klinische diagnostische middelen ter beschikking (minder specifieke testen of technologisch gesofisticeerde technieken) en werken tegen een relatief lage verloning in vergelijking met andere specialisten. Betere arbeidsvoorwaarden en verloning hebben geleid tot een uitstroom van Vlaamse psychiaters naar Zuid-Nederland.

3. Aanbevelingen

3.1. Wetenschappelijk onderzoek

Zoals reeds vermeld, heeft de psychiatrie te kampen met het negatieve imago van een "contemplatieve", weinig wetenschappelijk onderbouwde discipline te zijn. Kennelijk leeft deze indruk ook bij een deel van de psychiaters zelf. Beschouwen psychiaters zichzelf terecht of onterecht als het "buitenbeentje" binnen de geneeskunde? K.

Hannes en collega's publiceerden in 2008 de bevindingen van een focusgroeponderzoek over de barrières bij de implementatie van evidence-based praktijkvoering in Vlaanderen (4, 5). Psychiaters percipieerden hun vakgebied, meer dan andere zorgverleners zoals huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten en tandartsen, als complex en fundamenteel verschillend van andere disciplines. Hun soms overwegend psychotherapeutische benadering van de discipline maakt dat zij vinden dat kwalitatief hoogstaande onderzoeksmethoden moeilijk toe te passen zijn op psychiatrische problemen. Toch stellen de auteurs dat de andere zorgverleners zich eveneens geconfronteerd zien met een groot deel van de barrières die psychiaters aanhalen als vakspecifiek. Ze besluiten dat het simpelweg verwerpen van evidence-based praktijkvoering in de psychiatrie op basis van disciplinegebonden barrières ongegrond lijkt. Veel psychiatrische stoornissen hebben overigens een neurobiologische basis en delen de hersenen als substraat met de neurologie.

Voor het stimuleren van de verwetenschappelijking van de psychiatrie en de versterking van haar medische identiteit, adviseert de KAGB verschillende pistes. Psychiaters dienen gemotiveerd te worden om meer aan evidence-based praktijkvoering te doen. Volgens K. Hannes et al. (4, 5) is kwalitatief hoogstaand en methodologisch verantwoord onderzoek ook binnen het psychotherapeutische denkkader haalbaar. De auteurs pleiten voor het creëren van een veilig werkkader waarin de diverse benaderingen (psychotherapeutisch versus medisch/biologisch) van de psychiatrie een plaats blijven hebben, met begrip voor elkaars perceptie. In het ideale geval leidt dit op termijn tot het uittesten van een aantal strategieën die de implementatie van evidence-based praktijkvoering bevorderen. Het Nederlandse onderzoeksprogramma "GeestKracht" toont aan dat overheidsgeïnitieerde inspanningen om het onderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg te promoten, lonen. Er is een almaar stijgende vraag naar psychiatrische hulp in onze samenleving. Vlaanderen zou baat hebben bij de uitbouw van een wetenschappelijke onderzoeks- en kennisinfrastructuur, die de medische identiteit van de psychiatrie versterkt (2) (zie bijlage 2). Dit vereist de toewijzing van financiële middelen, die specifiek gereserveerd worden voor de researchopleiding van een groep psychiaters en voor het opzetten van middelgrote onderzoeksprojecten, die duidelijk klinisch georiënteerd zijn, en die bij voorkeur mee vanuit de dagelijkse klinische praktijk geformuleerd worden en er ook uitgevoerd worden. Indien goed opgezet, zal een deel van de masterthesissen, dat in het kader van de nieuwe Manama-opleiding gemaakt wordt, ook binnen dit kader geïntegreerd worden.

3.2. Opleiding en onderwijs

De psychiatrie worstelt met gelijkaardige problemen als de huisartsgeneeskunde een aantal jaar geleden. Mogelijke oplossingen moeten dan ook mede vanuit die hoek gezocht worden.

Het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven lanceerde in samenwerking met de Universiteit Maastricht het onderwijsproject "Levensecht Leren". Studenten komen via deze nieuwe leeromgeving reeds vroeg in aanraking met complexe, levensechte problemen bij patiënten en leren hun verworven kennis, vaardigheden en attitudes integreren in het echte klinische handelen. Hiervoor dient natuurlijk ruimte te worden vrijgemaakt in het curriculum.

Een goed omkaderde stage is een krachtig middel om de student de smaak van de praktijk te pakken te doen krijgen. De huisartsenstages kunnen in dit opzicht opnieuw als model fungeren. De laatste jaren is de motivering van de studenten enorm toegenomen door een verbeterd aanbod aan stageplaatsen. Er is nood aan goede stageplaatsen in de ambulante psychiatrische praktijk en op acute afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Financiering zou het aantal deelnemende psychiaters en de begeleiding ten goede komen.

Een andere mogelijke interventie zou erin kunnen bestaan om reeds vroeg in de opleiding het profiel van psychiaters te bepalen door een assessment van de competenties van de studenten. Op die manier kan een traject om de competenties te versterken worden aangeboden aan de studenten.

Om studenten te motiveren tot een positieve keuze voor psychiatrie, zouden de nodige studiepunten moeten worden voorzien voor het inlassen van psy-vakken in de opleiding tot basisarts.

Heel veel studenten kiezen, ondanks de beperkte plaatsen, voor de opleiding neurologie, die nog steeds haar plaats kan hebben binnen een opleiding psychiatrie. Een neurobiologische reductie van het onderwijs en het onderzoek staat in contrast met het multidisciplinaire karakter van de praktijk in de geestelijke gezondheidszorg. Toch biedt de exponentiële toename van onderzoek naar de neurowetenschappelijke grondslag van het menselijk gedrag een enorme opportuniteit voor de ontplooiing van de psychiatrie als wetenschappelijke geneeskundige discipline. Een aansluiting bij de gedragsneurologie kan deze evolutie ondersteunen.

3.3. Beroepsuitoefening

De meeste psychiatrische ziekten (zoals depressie, schizofrenie, bipolaire stoornis) zijn goed te behandelen indien men de therapie volgens de regels van de kunst inzet. Dit vergt van de maatschappij een hogere investering in middelen en mankracht. Om het beroep van psychiater in Vlaanderen terug aantrekkelijk te maken, kan men zich opnieuw baseren op het succesverhaal van de huisartsen. Veel psychiaters werken alleen, wat een hoog risico op burn-out met zich meebrengt. Er is nood aan andere praktijkvormen, zoals samenwerking in (groeps)praktijken, meer administratieve praktijkondersteuning en een betere continuïteit van zorg. Tegelijk zou een betere verloning van psychiaters in het kader van de herijking van de erelonen uitkomst bieden.

4. Conclusies

Samengevat raadt de KAGB de overheid en de onderwijs- en onderzoeksinstituten aan rekening te houden met de volgende aanbevelingen op het vlak van de psychiatrie bij het uitzetten van hun toekomstig beleid:

4.1. Wetenschappelijk onderzoek

- Promoten en financieren van kwalitatief hoogstaand en methodologisch verantwoord onderzoek, bij voorkeur door psychiaters die zowel klinisch als binnen het wetenschappelijk onderzoek actief zijn. De KAGB beveelt aan dat de Vlaamse Overheid, bij voorkeur via FWO en IWT en naar analogie met het Nederlandse programma “GeestKracht”, hiertoe het initiatief zou nemen.
- Verwetenschappelijking van de hele geestelijke gezondheidszorg: zowel de psychologische/psychotherapeutische en somatische benadering zijn van belang.
- Psychiaters motiveren om meer aan evidence-based praktijkvoering te doen en investeren in onderzoek naar gepaste strategieën, *in casu* het opstellen van Vlaamse richtlijnen, om dit te faciliteren. De goed uitgewerkte Nederlandse richtlijnen zijn vrij te raadplegen via volgende informatieve websites: <http://www.cbo.nl/>, <http://www.psychiatrienet.nl/>
- Uitbouw van een Vlaamse wetenschappelijke onderzoeks- en kennisinfrastructuur, naar analogie met het Nederlandse programma “GeestKracht”.
- Opstarten van onderzoeksgerichte masteropleidingen in “neuroscience” als grondslag voor de psychiatrie.

4.2. Opleiding en onderwijs

- Voorbeeld nemen aan succesvolle maatregelen uit de huisartsgeneeskunde: creëren van een klinisch complexe leeromgeving, beter omkaderde en gefinancierde stages.
- Selecteren van het profiel psychiater vroeg in de opleiding.
- Meer psy-vakken inlassen in de opleiding tot basisarts.
- Multidisciplinariteit, link met neurologie terug meer aan bod laten komen.

4.3. Beroepsuitoefening

- Voorbeeld nemen aan succesvolle maatregelen uit de huisartsgeneeskunde: andere praktijkvormen, praktijkondersteuning, continuïteit van zorg, betere verloning, aansluiten bij de modellen van chronische en complexe zorg.

Literatuurlijst

1. Demyttenaere K, Lemmens G, Sabbe B, van Heeringen C, Vermote R. Het tekort aan psychiaters in de Vlaamse gezondheidszorg: probleemstelling, knelpunten en voorstellen tot maatregelen. Tekst ten behoeve van de decanen van de Vlaamse faculteiten geneeskunde. Januari 2013.
2. Sabbe B. Meer wetenschap in de Vlaamse psychiatrie. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2013 (aanvaard voor publicatie).
3. Buntinx F. Huisartsgeneeskundig onderzoek en opleiding tot onderzoeker. Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen symposium: Het medisch-wetenschappelijk onderzoek in Vlaanderen. Brussel, Paleis der Academiën, 15 oktober 1999.
4. Hannes K, Pieters G, Simons W, Herman G, Aertgeerts B. Preliminaire bevindingen van focusgroeponderzoek over hinderpalen bij implementatie van evidence-based praktijkvoering in Vlaanderen. Zijn psychiaters anders dan andere zorgverleners? Tijdschrift voor psychiatrie. 2008;50(6):345-352.
5. Hannes K, Pieters G, Goedhuys J, Aertgeerts B. Exploring Barriers to the Implementation of Evidence-Based Practice in Psychiatry to Inform Health Policy: A Focus Group Based Study. Community Ment Health J. 2010;46:423-432.

Bijlage 1:

Het tekort aan psychiaters in de Vlaamse gezondheidszorg: probleemstelling, knelpunten en voorstellen tot maatregelen

K. Demyttenaere (KUL)
G. Lemmens (UGent)
B. Sabbe (UA en VUB)
C. van Heeringen (UGent)
R. Vermote (KUL)

Tekst ten behoeve van de decanen van de Vlaamse faculteiten geneeskunde

Januari 2013

1. Probleemstelling

1.a. Aanleiding: de daling van het aantal ASO's psychiatrie en het groeiende onevenwicht tussen dit aantal en de behoeften aan psychiaters in de Vlaamse gezondheidszorg

De daling van het aantal ASO's psychiatrie vormt de aanleiding tot deze tekst. Dit is geen louter Vlaams gegeven maar een internationaal fenomeen (Maidment et al., 2004). Er ontstaat een groeiend onevenwicht tussen het aantal ASO's psychiatrie en de behoefte aan psychiaters in de Vlaamse gezondheidszorg (zeker in verhouding tot het stijgende aantal studenten geneeskunde en tot de jaarlijkse uitstroom van psychiaters uit de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg - GGZ). Alle gezondheidszorgindicatoren wijzen bovendien op een verdere te verwachten toename van psychiatrische morbiditeit en mortaliteit (Compton et al., 2006). Veel psychiatrische problemen blijven nu reeds ondergediagnosticeerd en één derde tot de helft wordt niet behandeld (Bruffaerts et al., 2007; Kovess-Masfety et al., 2007). Dit is des te schrijnender omwille van de beschikbaarheid van adequate en doeltreffende farmacologische en psychotherapeutische behandelingen.

In tabel 1 ziet u het aantal eerstejaars ASO psychiatrie over de periode 2005 tot 2012 en het aantal beschikbare plaatsen per contingent en per universiteit.

	KUL	UA	UG	VUB
contingent	21	3	8-22	?
2005	8	3	3	1
2006	7	3	4	2
2007	10	1	6	2
2008	9	4	3	1
2009	6	3	5	1
2010	3	2	3	0
2011	4	6	5	0
2012	12	6	5	2

Vacatures geraken de laatste jaren steeds moeilijker of helemaal niet meer ingevuld. Dit geldt het meest voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ) en voor specifieke deelgebieden van de psychiatrie zoals de zorg voor mensen met intellectuele beperkingen (verstandelijke handicap), de ouderenpsychiatrie, en de verslavingspsychiatrie. Maar ook in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) en in toenemende mate in de psychiatrische ziekenhuizen (PZ-en) verloopt de rekrutering steeds moeizamer. Verder

zijn er op korte termijn verwachte tekorten in de forensische psychiatrie voor de bestaande van de forensische psychiatrische centra in Gent (8 FTE's voorzien) en Antwerpen.

1.b. Algemene maatschappelijke achtergrond

Bovengenoemde problematiek speelt zich af tegen een maatschappelijke achtergrond waarin de volgende factoren ons van belang lijken: stigma; vermaatschappelijking van de zorg; vervrouwelijking van het beroep; verloning en arbeidsvoorwaarden.

1.b.i. Stigma en taboe zijn een belangrijke drempel inzake hulp

Hoewel veel inspanningen zijn gedaan in het afgelopen decennium voor een betere tolerantie t.a.v. psychiatrische aandoeningen, blijft stigmatisering een probleem (Milders, 2009; Thornicroft et al., 2007). Soms lijden patiënten meer door het stigma dan door hun ziekte zelf. Stigma is onder meer het gevolg van onwetendheid (zoals 'psychiatrische stoornissen komen zelden voor'), vooroordelen en stereotypen (zoals "psychiatrische patiënten zijn gevaarlijk, onvoorspelbaar, niet behandelbaar en zelf verantwoordelijk voor hun aandoening") en discriminatie (zoals 'psychiatrische patiënten kan je beter niet aanwerven'). Externe stigma heeft negatieve sociale gevolgen, onder meer sociale exclusie en marginalisering met risico op armoede en vereenzaming (moeite om een stabiele partnerrelatie en gezin uit te bouwen) en sociale discriminatie op de arbeids- en woonmarkt. Intern of zelfstigma refereert naar de schaamte, schuld en zelfdevalorisatie die veel patiënten en hun families beleven. Stigma treft uiteraard in eerste instantie patiënten en hun families, maar ook de gezondheidszorg zelf. Onderzoek toont aan dat stigma ook in belangrijke mate aanwezig is in de medische sector (Abramowitz & Bentov-Gofrit, 2005). Het betreft dezelfde vooroordelen en stereotypen, dezelfde attitudes en dezelfde gedragsuitingen. Zonder twijfel bepaalt dit de attitudes van medische studenten t.a.v. ons vakgebied en bemoeilijkt dit een positieve keuze voor een ggz-beroep (vergelijk bijvoorbeeld met het positieve imago van het huisartsenberoep). Deze vorm van stigma heeft verder een negatieve weerslag op de mogelijkheden voor onderwijs, opleiding en research in de psychiatrie. Er is nood aan informatieverstrekking aan de algemene bevolking en een bijzondere inspanning om stigma in de medische sector fundamenteel om te buigen (Corrigan et al., 2012).

1.b.ii. Vermaatschappelijking van de zorg en de veranderende functie van de psychiater

De verschuiving van het aantal langdurige psychiatrische opnames in de richting van korte opnames, daghospitalisaties, outreaching en ambulante zorg (cf. art 107) leidt nu reeds tot een grotere nood aan psychiatrische functie. Hierbij zijn onder meer aan de orde: samenwerking met huisarts en andere medisch specialisten; taak bij indicatie, uitvoering en opvolging van psychotherapie; en rol in de vermaatschappelijkte zorg.

(a) Samenwerking met huisarts en andere medisch specialisten

De psychiater heeft vanuit zijn opleiding een specifieke rol in de samenwerking met de huisartsen en de andere medische specialisten. De psychiater zou meer in de eerste lijn moeten ingeschakeld worden als aanspreekpunt en als coördinator van zorg en doorverwijzing. Dit kan tegemoetkomen aan de nood tot snel advies aan collegae huisartsen bijvoorbeeld bij suïcidedreiging en beantwoorden aan de vraag voor consultaties bijvoorbeeld in bejaardentehuizen. Op deze manier kan een evidence-based diagnostiek en behandeling van psychiatrische problematiek gegarandeerd worden via counseling en advies aan hulpverleners. Ook voor somatische specialismen waar er vaak een psychische problematiek meespeelt zoals bijvoorbeeld cardiologie, dermatologie, gynaecologie, pneumologie en gastro-enterologie zou een psychiater met deze functie bereikbaar kunnen zijn voor advies bij diagnostiek, verwijzing en behandeling.

(b) Taak bij indicatie, uitvoering en opvolging van psychotherapie

Ook bij de indicatie, uitvoering en opvolging van psychotherapie heeft de psychiater een taak samen met psychologen. Er is in dit verband een dringende noodzaak aan reglementering, met specifieke aandacht voor kwaliteitsbewaking. Het is duidelijk dat psychologen-psychotherapeuten een deel van de psychotherapeutische taak kunnen overnemen maar wel in samenwerking met de psychiater. Een filter waarbij naargelang van de ernst van de problematiek een psychiater betrokken wordt, is noodzakelijk (cfr het Goldberg-Huxley model). Verder blijft een specifiek psychotherapeutisch doelpubliek steeds exclusief voor de psychiater en de psychiater-psychotherapeut. Vanuit zijn medische vooropleiding en vanuit zijn klinische opleiding heeft de psychiater een noodzakelijke rol bij de benadering van psychosomatiek, ernstige psychiatrische aandoeningen en psychiatrische aandoeningen die medicatie vereisen. In de vernieuwde opleiding tot psychiater wordt momenteel veel aandacht besteed aan de psychotherapie-opleiding. De brede klinische achtergrond en kennis van psychotherapie brengt mee dat de psychiater een rol dient te vervullen als 'playing captain en manager' in teams en dat hij als psychiater-psychotherapeut de verantwoordelijkheid kan opnemen voor de psychotherapeutische begeleiding van ernstige problematiek en deze kan uitvoeren.

(c) Rol in de vermaatschappelijkte zorg

De psychiater staat ook in voor de coördinatie van zorgvernieuwend projecten zoals de EPSI-projecten (eerste psychiatrische spoed interventie-eenheden met maximum 5 dagen opname, vooral voor middelengebonden

psychiatrische problemen) en de mobiele teams van de 107-projecten. Voor het eerstgenoemde project is er ondanks de 'intensieve multidisciplinaire zorgmodule' geen extra medisch-psychiatrische functie voorzien in de financiering, en voor het laatstgenoemde project bestaat er een onderfinanciering van de medisch-psychiatrische functie ten opzichte van de verpleegkundige of therapeutische.

1.b.iii. Vervrouwelijking van het beroep

Zoals in de andere medische disciplines brengen de vervrouwelijking van het medisch beroep en de veranderde visie op de verhouding tussen professioneel en familiaal leven ook een groter percentage deeltijds werkenden met zich mee.

1.b.iv. Verloning en arbeidsvoorwaarden

In vergelijking met de andere medische specialismen is de psychiatrische zorg en dan vooral de ambulante zorg ondergefinancierd. Het bruto uurloon in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ) is amper 38 euro voor 38 uren per week. Er zijn duidelijke aanwijzingen in de wetenschappelijke literatuur dat het streven naar status en financiële verloning een rol spelen bij het maken van een carrièrekeuze (Abramowitz & Bentov-Gofrit, 2005). Disciplines die als meest prestigieus aangezien worden zijn chirurgie, inwendige geneeskunde, anesthesie en urgentiegeneskunde. Ook worden disciplines met meer technische prestaties vaak als meer statusvol aanzien omwille van het gebruik van meer gesofisticeerde technieken (Abramowitz & Bentov-Gofrit, 2005; Creed et al., 2010). Psychiatrie wordt aangezien als een discipline met een beperkte financiële compensatie, waarin chronische patiënten worden behandeld die niet noodzakelijk beter worden en als een discipline die slechts een beperkte status in de maatschappij en ten opzichte van vrienden en familie oplevert. Studenten zijn bezorgd dat hun familie psychiatrie ziet als een verspilling van hun medisch diploma (Cutler et al., 2006).

2. Knelpunten

2.a. Onderwijs: graduaatopleiding tot arts

2.a.i. Instroom

Het toegangsexamen geneeskunde aan de Vlaamse universiteiten heeft zijn doelstellingen niet gemist. Maar mogelijk heeft het een negatieve invloed op het aantal artsen in opleiding die voor psychiatrie kiezen. We vermoeden dat de nadruk op positieve wetenschappen meebrengt dat potentiële studenten met 'psy' interesses sneller kiezen voor een opleiding aan de faculteiten psychologie en orthopedagogische wetenschappen. Deze faculteiten kennen een enorm succes. Dit bewijst dat studenten geïnteresseerd blijven in 'psy' studies. In sommige buurlanden, bijvoorbeeld het UK, worden daarom reeds in de humaniora informatie- of wervingscampagnes voor de job als psychiater door de overheid georganiseerd. Verder is het ook mogelijk dat door het toegangsexamen vooral 'positief wetenschappelijke' ingestelde studenten worden geselecteerd die minder interesse hebben voor meer psychologische of psychiatrische vakgebieden.

2.a.ii. Onderwijs in de psy-vakken

Binnen de bachelor-masteropleiding is er te weinig aandacht voor de vorming in de (medische) psychologie, gedragsneurowetenschappen en psychiatrie. Ook een basale kennismaking met psychotherapie zou naar ons oordeel tot de vorming van de basisarts moeten behoren. In tabel 2. ziet u het aantal studiepunten voor deze verschillende vakken per universiteit. Hieruit blijkt dat deze verhoudingsgewijs laag liggen in vergelijking met de bulk aan somatische informatie. Er wordt ook te weinig geïnvesteerd in de link tussen neurowetenschappen en psychopathologie.

	KUL	UA	UG	VUB
Algemene psychologie	3	3	2	4
Medische psychologie en gezondheidspsychologie	4	2	1	
Neurowetenschappen (cognitieve en affectieve)	0	3	0	0
Psychiatrie	4	5	3	3
Psychotherapie	0	0	0	0
Stage	2	2	3	2?

Bovenstaande tabel betreft de eerste 6 jaar van de opleiding geneeskunde die in totaal 360 studiepunten bedraagt: de psy-lijn krijgt dus 3,61 % toebedeeld, wat gezien het belang van het vakgebied voor elke basisarts onaanvaardbaar laag en o.i. moeilijk te verantwoorden is.

Met de herschikking van 7 jaar naar 6 jaar opleiding wordt bovendien aan de KUL algemene psychologie en medische psychologie geïntegreerd tot één vak met een reductie van 25%, en aan de studiepunten psychiatrie wordt niets gewijzigd. Wellicht zullen analoge reducties ook aan de andere universiteiten plaatsvinden.

2.a.iii. Klinische stages in de psychiatrie

De klinische stages in de psychiatrie zijn in vergelijking met de stages in de somatische geneeskunde en bijvoorbeeld met Nederland te kort: KUL en UG: 3 weken, UA en VUB 2 weken. Gezien de beperkte grootte van de universitaire diensten psychiatrie in de universitaire ziekenhuizen (UZ Gasthuisberg, UZ Gent, UZA en UZ Brussel) moeten deze stages (grotendeels) georganiseerd worden in psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-en. Het zou verder wenselijk zijn om in analogie met de huisartsgeneeskunde ook stages in de ambulante psychiatrische praktijk te voorzien. De actuele toestand is echter zo dat de nodige omkadering voor deze stages in de drie genoemde soorten van voorzieningen ontbreekt. Dit hangt ook weer samen met het feit dat in tegenstelling tot de andere medische disciplines er in de ligdagprijzen geen extra financiering voor universitaire psychiatrische bedden bestaat. Ook dit kan zonder meer een onaanvaardbare discriminatie genoemd worden.

2.a.iv. Co-assistentenschap in de psychiatrie

In de afgelopen jaren veranderden verschillende co-assistenten psychiatrie van richting na het co-assistentenschap. Het is daarom noodzakelijk dat er meer aandacht besteed wordt aan de begeleiding van co-assistenten en dat ze de specificiteit van het beroep in verschillende aspecten leren kennen via kennismaking met verschillende diensten en klinische benaderingen in plaats van alleen op één dienst te worden ingeschakeld.

2.b. Opleiding: specialisatie tot psychiater en ManaMa volwassenenpsychiatrie

De bovengenoemde randvoorwaarden voor de klinische stages in het graduaatonderwijs blijken evenmin vervuld voor de ManaMa volwassenenpsychiatrie. Met het oog op de herziening van de erkenningscriteria voor de opleiding tot psychiater is momenteel een tekst in voorbereiding die samen met de kinder- en jeugdpsychiaters ter goedkeuring zal worden voorgelegd aan de Hoge Raad. Hierin wordt gepleit voor een meer gestructureerde en eenvormige opleiding waarbij de ASO psychiatrie kennis maakt met de belangrijke psychiatrische ziektebeelden en behandelinterventies in diverse settings. Om dit te kunnen realiseren is er nood aan voldoende universitaire en perifere stageplaatsen en voldoende omkadering van deze stageplaatsen. Het aantal universitaire plaatsen in vergelijking met andere medische specialismen is echter beperkt door de relatief beperkte omvang van de universitaire intramurosdiensdiensten. Er dient dus beroep gedaan te worden op stageplaatsen in psychiatrische ziekenhuizen (bijvoorbeeld UPC Sint-Jozef, Kortenberg en universitaire dienst psychiatrie PZ Sint-Norbertus Duffel). Op deze plaatsen moet de onderwijs- en opleidingsinfrastructuur verder uitgebouwd worden. Hierbij geldt de reeds eerder genoemde ongelijkheid in ligdagprijzen waardoor momenteel geen extra financiering beschikbaar is.

2.c. Wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie en de GGZ

Voor een beschrijving van de stand van zaken inzake het wetenschappelijk onderzoek in de Vlaamse psychiatrie, willen wij verwijzen naar bijgevoegde ontwerp tekst van het artikel “Meer wetenschap in de Vlaamse psychiatrie” van prof. dr. B. Sabbe. Hierin wordt gepleit voor een broodnodige inhaalslag van de research in de psychiatrische op de somatische gezondheidszorg, naar analogie met het Nederlandse onderzoeksprogramma “Geestkracht”.

Belangrijke krijtlijnen zijn:

- (1) De uitbouw van een stevige onderzoeksinfrastructuur met participatie van universiteiten, kenniscentra en zorginstellingen.
- (2) De realisatie van bottom-up praktijkprojecten: onderzoek *vanuit en voor* de praktijk.
- (3) De vorming van klinici-onderzoekers die als *bruggenbouwers* fungeren tussen de research en de praktijk.

Een forse onderzoeksinspanning door de Vlaamse overheid, de universiteiten, de kenniscentra en de praktijk- en zorginstellingen (psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-en de centra voor geestelijke gezondheidszorg) zou een cultuuromslag kunnen realiseren die de medische identiteit van de psychiatrie versterkt, bijdraagt tot destigmatisering, de ggz-beroepen meer aantrekkelijk maakt voor jongeren en de vermaatschappelijking van de zorg ondersteunt.

3. Voorstel tot maatregelen

3.a. Onderwijs binnen de faculteiten geneeskunde

- (1) Ontwikkeling van een psy-lijn. In de basisopleiding tot arts moet een duidelijk herkenbare psy-lijn worden uitgebouwd, waarbij jaarlijks een vak wordt aangeboden met toenemende klinische relevantie. Hiervoor moeten

de nodige studiepunten worden voorzien. Dit moet gaan van algemene psychologie, medische en gezondheidspsychologie tot een inleiding in de cognitieve en affectieve neurowetenschappen en psychiatrie met bijzondere aandacht voor psychiatrische behandelinterventies door de basisarts; tevens is een basisvak “inleiding in de psychotherapeutische methoden” noodzakelijk. Deze psy-lijn telt dus 5 basisvakken. Het is van cruciaal belang dat deze 5 vakken gecoördineerd worden door een psychiater en dat de respectievelijke docenten allemaal ook klinische praktijk voeren. Verder pleiten we voor een uitbreiding van de verplichte klinische stages psychiatrie tot 6 weken, met een afsluitend klinisch examen psychiatrie.

(2) Kwaliteitsbevordering van de stages psychiatrie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de stages een belangrijke determinant is voor de keuze van de vervolgopleiding. Juist omdat psychiatrie een klinisch, veel meer dan een technisch specialisme is, zou moeten worden geïnvesteerd in middelen en personen om deze stages zo inhoudelijk rijk en attractief mogelijk te maken. Het verdient aanbeveling om deze stages in de toekomst ook uit te breiden naar centra voor geestelijke gezondheidszorg en naar ambulante psychiatrische praktijken met 1 op 1 begeleiding (in analogie met de huisarts-stage). Ook hier zou een financiële tegemoetkoming moeten voorzien worden.

Meer dan in andere medische disciplines zijn wij door de beperkte uitbouw van de academische psychiatrie voor de inrichting van stages afhankelijk van stagemeesters en stafleden van perifere diensten. Betere betrokkenheid van stagemeesters bij de stagebegeleiding kan in de hand gewerkt worden door vrijstelling van andere taken en een vergoeding hiervoor.

(3) Uitbreiding van het vakgroepspersoneel: Voor bovengenoemde punten dient een aanzienlijk betere omkadering zowel in de ZAP-, BAP, AAP en ATP-kader uitgebouwd te worden.

3.b. Acties om de instroom te vergroten

(1) Sensibiliseringscampagne in het middelbaar onderwijs: Zoals eerder aangegeven is sensibilisering voor geestelijke gezondheidszorgberoepen en specifiek voor psychiatrie in het middelbaar onderwijs aangewezen.

(2) Schakelprogramma vanuit psychologie naar geneeskunde: Onder schakelprogramma begrijpen we het geheel van strategieën die een toeleiding vanuit de opleiding psychologie en pedagogie naar geneeskunde en later psychiatrie kunnen faciliteren.

(3) Optimalisatie van de invulling van het aantal opleidingsplaatsen psychiatrie door een coördinatie en samenwerking tussen de 4 Vlaamse universiteiten: Het tekort aan de ene universiteit kan dan opgevangen worden door het groter aanbod aan de andere universiteit.

(4) Een vlottere toegankelijkheid tot de specialisatie door wegname van alle restricties als gevolg van de contingentering.

3.c. Specialisatie tot psychiater en ManaMa psychiatrie

Op interuniversitair niveau wordt momenteel gewerkt aan een betere opbouw en invulling van de opleiding tot psychiater. De opleiding start met een algemene basisopleiding van drie jaren met stages (van bijvoorbeeld zes maanden) in specifieke deelgebieden zoals de spoedeisende en crisispsychiatrie, de psychosezorg, de emotionele stoornissen (angst en depressie), de verslaving, de psychotherapie, de ambulante ggz en de liaison- en consultatiepsychiatrie. Deze algemene basisopleiding wordt gevolgd door een meer gespecialiseerde vorming in één van de genoemde deelgebieden dan wel in nog andere domeinen zoals de forensische psychiatrie, de ouderenpsychiatrie, de chronische psychiatrie, de transculturele psychiatrie, de PAAZ-psychiatrie of het wetenschappelijk onderzoek.

De invulling van de ManaMa volwassenenpsychiatrie dient hierop aan te sluiten en een verbetering van de ManaMa moet kunnen bijdragen tot het verhogen van de aantrekkelijkheid van de specialisatie in de psychiatrie. Hierbij kunnen we ons aligneren met de Europese ontwikkelingen en de nieuwe structuur van de opleiding in bijvoorbeeld Nederland en het U.K. Aandachtspunten bij een kwalitatief hoogstaande invulling van de ManaMa zijn ondermeer:

- (1) De introductie van het Europese examen op het einde van de specialisatie-opleiding naar analogie met vele andere ManaMa's (zie CESMA: N=30);
- (2) De ontwikkeling van een interuniversitaire opleiding in de klinische neurowetenschappen met inbegrip van de psychofarmacologie;
- (3) De integratie van de psychotherapeutische opleiding in de ManaMa: het feit dat ASO's voor alle psychotherapeutische opleidingen moeten betalen belemmert een verplichte opname van een dergelijke opleiding in de ManaMa opleiding. De ontwikkeling van een klinisch-psychotherapeutische opleiding voor psychiaters, waarin de erkende psychotherapeutische opleidingen hun plaats hebben, binnen de context van de ManaMa of het integreren van de bestaande psychotherapeutische opleidingen zijn een mogelijkheid om dit te remediëren, maar de middelen en mensen ontbreken om dit te realiseren;
- (4). Het bevorderen van werkpleklers: Ook in de ManaMa met zijn competentiegericht curriculum blijven de stages de basis van de opleiding vormen door het bevorderen van het werkpleklers. Zoals al aangegeven onder 3.a.2. vereist een nadrukkelijk didactische betekenis van de stages een intensieve begeleiding op de werkplek, waarvoor klinici vrijgesteld dienen te worden.

3.d. Verwetenschappelijking van de psychiatrie

Een meer wetenschappelijk imago van de psychiatrie moet kunnen bijdragen tot de aantrekkelijkheid van het vakgebied. Momenteel is er sterke onderfinanciering van het wetenschappelijk onderzoek in de Vlaamse psychiatrie: er is een absolute nood aan een forse inhaalbeweging ten aanzien van de andere medische disciplines. Hiervoor is het noodzakelijk dat er binnen FWO en IWT aparte commissies komen voor psychiatrie. Momenteel zetelt er zelfs geen enkel Vlaams psychiater in de FWO commissies – tijdens de laatste sollicitatieronde hiervoor werden de drie kandidaturen van Vlaamse (gewoon) hoogleraren afgewezen. Ook op facultair en universitair niveau dient de financiering van psychiatrische research een hogere prioriteit te krijgen.

3.e. Versterking van de identiteit

Zoals eerder betoogd treft stigma ook de medische wereld. Er moet nagedacht worden over acties binnen de universitaire ziekenhuizen en faculteiten om dit imago bij te stellen. Antistigmatiserende campagnes binnen universitaire ziekenhuizen en faculteiten geneeskunde zouden een de-stigmatiserend effect kunnen hebben. Hierbij moet psychiatrie gepromoot worden als een volwaardig medisch specialisme dat - om stoornissen van het menselijk gedrag te begrijpen en te behandelen - beroep doet op kennis uit velerlei biologische, psychologische en sociale basisdisciplines en gebruik maakt van de recente ontwikkelingen in de neurowetenschappen en de daarbij behorende methodes zoals beeldvormende technieken, elektrofysiologie, neurochemie en genetica. Psychiatrische diagnoses hebben –in tegenstelling tot wat algemeen, ook nog in de medische wereld wordt beweerd of gedacht- een hoge mate van betrouwbaarheid en therapeutische interventies in de psychiatrie zijn, lege artis toegepast, in hoge mate effectief. Een verbetering van kennis, attitudes en vaardigheden van elke arts om psychiatrische stoornissen te kunnen herkennen, diagnosticeren en behandelen, zou veel onnodig psychisch lijden van patiënten en hun families in de gezondheidszorg van morgen kunnen voorkomen en lenigen.

3.f. Beroepsuitoefening

- (1) De herdefiniëring van de taakinvulling van de psychiater in de veranderende GGZ-organisatie: de psychiater heeft de competenties om te fungeren als de regisseur (en niet alleen als *playing captain*) van een (regionaal georganiseerd) GGZ-plan door bijvoorbeeld het voorzien van psychiatrische functie in CGGZ die huisartsen en eerstelijnspsychologen ondersteunt bij diagnostiek en management van ernstige psychiatrische problematiek en bij (suïcidale) crisissituaties.
- (2) De organisatie van anti-stigma campagnes: Er is nood aan informatieverstrekking aan de algemene bevolking en een bijzondere inspanning om stigma in de medische sector fundamenteel om te buigen.
- (3) De aanpak van de onderbetaling van de psychiatrische functie.
- (4) De uitwerking van een reglementering inzake psychotherapie met nadruk op kwaliteitslabel en-bewaking.

Literatuur

- Abramowitz M, Bentov-Gofrit D. (2005). The Attitudes of Israeli Medical Students Toward Residency in Psychiatry. *Academic Psychiatry*, 2005; 29: 92-95.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42:937-944
- Compton, W.M., Conway, K.P., Stinson, F.S., Grant, B.F. (2006). Changes in the prevalence of major depressive and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2141-2147

- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., Rüsh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63: 963-973
- Creed, P., Searle, J., Rogers, M. (2010). Medical speciality prestige and lifestyle preferences for medical students. *Soc Sci Med*, 71:1084-1088.
- Cutler, J., Alspector, S., Harding, K., Wright, L., Graham, M. (2006) Medical Students' Perceptions of Psychiatry as a Career Choice. *Academic Psychiatry*, 30: 144-149.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M. & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58: 213-220
- Maidment R, Livingston G, Katona C, McParland M, Noble L. (2004). Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. *Medical Teacher*, 26: 565-569.
- Milders, C.F.A. (2009) Psychiatrische stoornis en stigma. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51:3-4
- Sabbe, B. (2012). Meer wetenschap in de Vlaamse psychiatrie. *Ter publicatie voorgelegd*.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination. *British Journal of Psychiatry*, 190:192-193.

Bijlage 2:

Meer wetenschap in de Vlaamse psychiatrie

Sabbe Bernard

Bernard Sabbe is diensthoofd psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen. Hij is gewoon hoogleraar medische psychologie en psychiatrie aan de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, coördinator van het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), en psychiater-psychotherapeut in het Psychiatrisch Ziekenhuis St-Norbertus te Duffel.

In een oogopslag

Van het groot longitudinaal (2001-2011; data-acquisitie loopt verder tot 2013) Nederlands psychiatrisch researchprogramma GeestKracht kan geleerd worden voor de versnelde verwetenschappelijking van de Vlaamse psychiatrie: de noodzaak van een onderzoeksinfrastructuur met participatie van universiteiten, kenniscentra en zorgvoorzieningen; van praktijkgerichtheid en opleiding van klinici-onderzoekers.

Samenvatting

Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wijdde zijn aprilnummer 2010 aan de verwetenschappelijking van de psychiatrie in Nederland onder de titel: “Van Sigmund tot bewijs”. Dit themanummer beschrijft de verwetenschappelijking van de psychiatrische diagnostiek en behandeling die plaatsvond middels een groot door de Nederlandse overheid geïnitieerd longitudinaal (2003-2013) onderzoeksprogramma onder de naam “GeestKracht” (GK). Door dit programma (1) werd een stevige onderzoeksinfrastructuur uitgebouwd met participatie van universiteiten, kenniscentra, cliëntenorganisaties en zorginstellingen, en (2) werden bottom-up praktijkprojecten gerealiseerd: onderzoek *vanuit en voor* de praktijk; (3) verder werden klinici-onderzoekers gevormd die als *bruggenbouwers* moeten blijven fungeren tussen de research en de praktijk. GK heeft inzake wetenschappelijk onderzoek een inhaalslag bewerkstelligd van de psychiatrische op de somatische gezondheidszorg.

In dit artikel wordt betoogd dat ook in Vlaanderen het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie een dergelijke inhaalslag behoeft. Een analoge onderzoeksinspanning door de Vlaamse overheid, de universiteiten, de kenniscentra en de praktijk- en zorginstellingen (psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-en en centra voor geestelijke gezondheidszorg) zou een cultuuromslag kunnen realiseren die de medische identiteit van de psychiatrie versterkt, bijdraagt aan destigmatisering, de ggz-beroepen verhoogd aantrekkelijk maakt voor jongeren en de vermaatschappelijking van de zorg ondersteunt.

Abstract

The Dutch Journal of Medicine (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde) devoted its April 2010 edition to the scientification of psychiatry in the Netherlands, entitled: “From Sigmund to evidence”. This thematic edition describes the scientification of the psychiatric diagnostics and treatment that took place by means of a large longitudinal (2003-2013) research program initiated by the Dutch government, named “GeestKracht” (GK). By this program (1) a strong research infrastructure was built with the participation of universities, centers of knowledge and mental health institutions, and (2) bottom-up practice projects were realized: research *from within and for* clinical practice; (3) finally clinicians-researchers were trained which have to continue as *bridge builders* between research and practice. By GK psychiatric research caught up with the somatic research.

In this paper it is argued that also in Flanders scientific research in psychiatry is in need of a similar catch up. An analogous research effort by the Flemish authorities, the universities, the centers of knowledge and the mental health facilities (psychiatric hospitals, psychiatric wards in general hospitals, and community mental health facilities) could help to realize a change of attitude enforcing the medical identity of psychiatry, contributing to destigmatization, enhancing the attractiveness of mental health professions for young professionals and supporting the shift from intramural care to extramural care within the community.

Inleiding

Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wijdde zijn aprilnummer 2010 (1) aan de verwetenschappelijking van de psychiatrie in Nederland onder de titel: “Van Sigmund tot bewijs”. Het redactioneel draagt als kopje: “Meer wetenschap in de psychiatrie” (2).

Dit themanummer beschrijft grotendeels de realisaties binnen het groot(s) opgezet wetenschappelijk onderzoeksprogramma “GeestKracht” (GK) met een looptijd van 10 jaar (2003-2013)(www.zonmw.nl/nl/programma-opslag/ggz-programma-geestkracht). Dit programma werd door de Nederlandse overheid geïnitieerd; het heeft een aanzienlijke versnelling en toename van een veel meer op wetenschappelijke gronden gestoelde psychiatrische diagnostiek en behandeling bewerkstelligd. De auteur van onderhavige tekst was in 2010-2011 lid van de externe evaluatiecommissie van GK en coördineert sinds 2002 het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), het psychiatrisch onderzoekscentrum van de Universiteit Antwerpen (<http://www.UAntwerpen.be/CAPRI>). In dit artikel wordt de noodzaak voorgestaan van een versnelde verwetenschappelijking ook binnen de Vlaamse psychiatrie met versterking van haar medische identiteit. Deze verwetenschappelijking moet hand in hand gaan met de actuele vermaatschappelijking als gevolg van artikel 107 (<http://www.psy107.be>). Hiertoe kan lering worden getrokken uit de opzet en structuur van GK en uit de impact en gevolgen op de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Achtergrond (3)

De geboorte van de psychiatrie als medisch specialisme wordt gesitueerd in de late 18e en het begin van de 19e eeuw onder de vorm van een brede verandering van visie die de krankzinnige als patiënt gaat zien en de omvorming van de dolhuizen tot therapeutische gestichten. Reeds daarvoor en tot op vandaag was Vlaanderen over de hele psychiatrische wereld bekend geraakt door de in de 15de eeuw opgezette gezinsverpleging vanuit het gasthuis Sint-Dimphna te Geel, de “Barmhartige Stede”. In 1857 werd door dr. Joseph Guislain het eerste groot psychiatrisch gesticht in Gent ingericht met het oog op behandeling van zieken middels een “traitement moral”, dit is de psychische functiestoornissen zoveel als mogelijk herstellen “door middel van de gedachte of overreding”; daarbij stonden orde, regelmaat en structuur op de voorgrond om een zo normaal als mogelijk functioneren trachten te bereiken. De institutionele of gestichtspychiatrie domineerde de psychiatrische zorg in de 19e en 20ste eeuw tot aan wereldoorlog II en lag aan de basis van wat door sommigen ook nog tot op vandaag het hospitalocentrisme wordt genoemd. In deze periode was de psychiatrie wetenschappelijk vooral georiënteerd op het hersenonderzoek, en met name de neuropathologie. Vanaf de late 19e eeuw werd het psychiatrisch nosologisch onderzoek versneld met als grondlegger Emil Kraepelin, waarvan de categorisering terug te vinden is in de hedendaagse classificatiesystemen, i.c. de DSM-IV en de ICD-10. Daarnaast zagen belangwekkende psychologische en sociale theorieën en modellen het licht: de psychoanalyse waarvan de invloed tot diep in de 20ste eeuw groot zal blijken en de sociale psychiatrie gericht op de resocialisatie, de terugkeer van de patiënt naar de maatschappij. In Vlaanderen is de uitbouw van de ambulante psychiatrie, met onder meer de inrichting van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, slechts zeer laat, in 1975 tot stand gekomen.

De ontdekking van de moderne psychofarmaca in de vijftiger en zestiger jaren van vorige eeuw onder meer dankzij het pionierswerk van dr. Paul Janssen, en de ontwikkeling van betrouwbare internationale classificatiesystemen, met name de DSM, en vooral de derde editie in 1980 (4) favoriseerden een wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie. In de tachtiger en negentiger (“*The decade of the brain*”) jaren werd in Nederland en met name in de psychiatrische universiteitsklinieken wetenschappelijk onderzoek naar de grote psychiatrische ziektebeelden volop in gang gezet. Ook aan onze universiteiten werden onderzoeksprojecten opgezet, met name in de psychofarmacologie en naar de kliniek en etiopathogenese van ziektebeelden zoals eet-, stemmings- en psychotische stoornissen. De mogelijkheden voor research naar de determinanten van de grote psychiatrische ziektebeelden zijn in de laatste decennia aanzienlijk uitgebreid dankzij de belangrijke evoluties in de basiswetenschappen zoals de genetica, de cognitieve en affectieve neurowetenschappen, de beeldvorming van het brein, de neurochemie en –fysiologie, en de epidemiologie. Deze mogelijkheden zijn ook in Vlaanderen ruim aanwezig.

Het programma GeestKracht: motieven en besluit van de Nederlandse overheid

In 1999 wordt door de Nederlandse Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een rapport (5) gepubliceerd waarin wordt vastgesteld dat:

- de problematiek op het gebied van de ggz ernstig en omvangrijk is.
- binnen het geheel van het gezondheidszorgonderzoek het gebied van de ggz vergeleken met bijvoorbeeld de somatische gezondheidszorg echter aanmerkelijk achterblijft.

- afgezet tegen de forse omvang van de psychiatrische problematiek en de ernstige gevolgen daarvan voor individu en samenleving er sprake is van een scheve verhouding in onderzoeksinspanningen. Nog geen 5% van de academische onderzoekers houdt zich met ggz-onderzoek bezig. Daarnaast is het lopende onderzoek relatief kleinschalig, versnipperd en vertoont het te weinig samenhang met de andere onderdelen van de gezondheidszorg.
- de relatie tussen onderzoek en praktijk nog onvoldoende ontwikkeld is (weinig impact van het wetenschappelijk onderzoek op de praktijk van de ggz). Ook kennisoverdracht en implementatie van verworven kennis zijn sterk voor verbetering vatbaar.
- de samenhang tussen de verschillende disciplines (psychiatrie, psychologie, huisartsgeneeskunde, farmacie e.d.) nog maar schoorvoetend van de grond komt.

Op dit RGO advies wordt door de dr. E. Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport namens de Nederlandse regering in een brief dd. 15/06/2000 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal als volgt gereageerd: "In mijn beleidsvisie Geestelijke gezondheidszorg 1999 gaf ik al aan dat een inhaalslag op ggz-onderzoekgebied noodzakelijk is; dit advies onderstreept die noodzaak nog eens. De omvang van de problematiek, de stijging van de zorgvraag, de ernstige gevolgen van deze ziekten voor individu en samenleving, de daarmee gepaard gaande kosten, alsmede de relatieve achterstand van de huidige onderzoeksinspanningen op ggz-gebied en de onvolkomen onderzoeks- en kennisinfrastructuur onderbouwen deze noodzaak ten volle.

Via een inhaalslag wil ik komen tot een verbetering van doelmatigheid, (kosten)effectiviteit en kwaliteit van preventie en hulpverlening bij psychiatrische problematiek alsmede tot een verdere versterking van het "evidence based" karakter van deze zorg en preventie. Voor gedeelte zullen deze effecten pas op de middellange en de lange termijn zichtbaar worden. Ik ben van mijn kant bereid substantieel te investeren in de realisatie van een kwalitatieve en kwantitatieve inhaalslag op het gebied van onderzoek... Voor de realisatie van de aanbevelingen is het echter een absolute voorwaarde dat ook de andere betrokken partijen, universiteiten, NWO en zorginstellingen, hun verantwoordelijkheid nemen. Dat betekent tevens dat op grond van die verantwoordelijkheid zichtbaar wordt gemaakt dat ook deze partijen bereid zijn in verbeteringstrajecten te investeren. Hetzij door betere afspraken onderling, hetzij door organisatorische aanpassingen, verbetering op het punt van de infrastructuur of het ter beschikbaar stellen van middelen of mensenkracht." Dit besluit van de minister resulteert in de opzet en uitvoering van het onderzoeksprogramma GeestKracht.

GeestKracht: doelstellingen, opzet en inhoud

Het GeestKrachtprogramma stelt zich conform de overheidsopdracht tot doel:

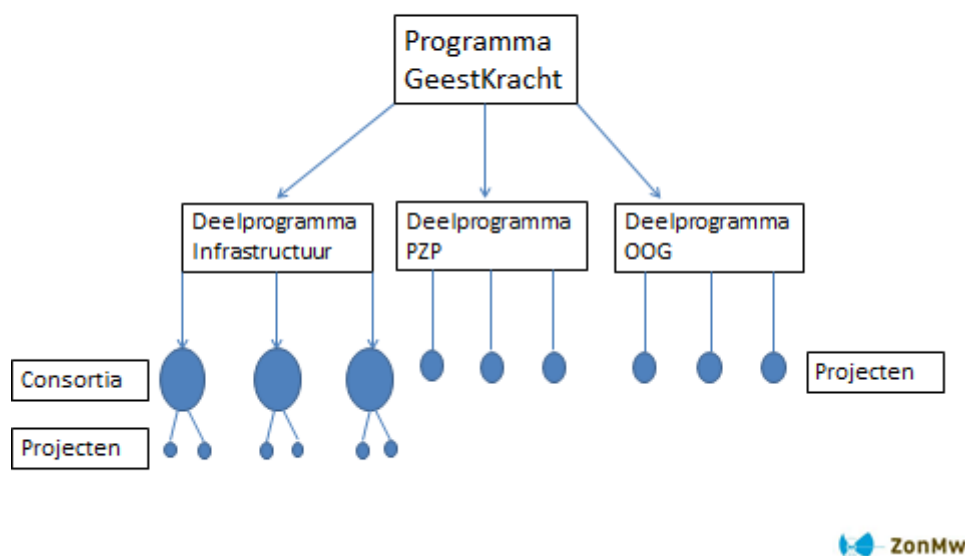
- 1) Het vergroten van de kennis over (a) angst- en stemmingsstoornissen, (b) psychose, in het bijzonder schizofrenie en (c) gedragsstoornissen leidend tot agressief gedrag (inclusief ADHD); en hiermee samenhangend het stimuleren van de kennisoverdracht inzake deze ziektebeelden en de implementatie ervan in de praktijk.
- 2) Een onderzoeks- en kennisinfrastructuur uit te bouwen met een evenwichtige inbreng en samenhang tussen universitaire en praktijkinstellingen, dus vermindering van de kloof tussen onderzoek en praktijk en
- 3) Het opleiden van onderzoekers resulterend in een vergroting van het onderzoekspotentieel en van het aantal (academisch gevormde) onderzoekers op het terrein van de ggz.

Daarnaast werden 3 andere uitgangspunten gedefinieerd:

- Belangrijke doelgroepen zijn kinderen en jeugdigen, allochtonen en mensen bij wie de psychiatrische aandoening chronisch verloopt;
- Multidisciplinaire aanpak met verschillende typen van onderzoek: longitudinaal onderzoek, praktijk- en zorggericht onderzoek, doelmatigheids- en effectiviteitsonderzoek en
- Inbreng vanuit het cliëntenperspectief en valideren van praktijkkennis.

Voor deze doelstellingen werden 3 deelprogramma's opgezet die hierna kort zullen worden besproken: (a) Infrastructuur (INFRA), (b) Praktijkzorgprojecten (PZP) en (c) Opleiding tot Onderzoekers in de GGZ (OOG)(zie Figuur 1).

Organisatie GeestKracht



Figuur 1.

(a) Infrastructuur (INFRA)

Het deelprogramma INFRA is het grootste deelprogramma met een aanvangsbudget van € 12,8 miljoen. Overeenkomstig de bedoelde ziektebeelden werden 3 consortia opgericht getrokken door de medische faculteiten van de Nederlandse universiteiten.

1. GROUP (Genetic Risk Outcome Psychosis)(www.group-project.nl) betreft een longitudinale (8 jaar) cohortstudie met 1060 patiënten met een (eerste) psychose, hun broers en zussen, ouders en gezonde controles (totale N=3686). Hoofddoel is nagaan hoe genetische en omgevingsfactoren de kwetsbaarheid en de weerbaarheid voor het ontwikkelen van psychotische stoornissen beïnvloeden en het verloop bepalen.
2. NESDA (Netherlands Study of Depression and Anxiety)(www.nesda.nl) volgt een cohort van 2981 volwassenen gedurende ook 8 jaar, om het beloop van depressies en angststoornissen en de economische en sociale gevolgen daarvan te onderzoeken. De studie spoort biologische, genetische, psychosociale en epidemiologische determinanten van deze stoornissen op.
3. Consortium Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP): twee prospectieve cohortstudies Generation R (www.generationr.nl) en TRAILS (www.trails.nl) richten zich op risicofactoren en hun effecten op ontwikkeling en verloop van geïnternaliseerde en geëxternaliseerde psychopathologie bij kinderen en adolescenten. Generation R is een multi-etnisch populatieonderzoek naar groei, ontwikkeling en gezondheid van 10000 Rotterdamse kinderen die van voor de geboorte tot in de volwassenheid worden gevolgd. Trails volgt een algemeen cohort van 2130 kinderen en een klinisch cohort van 543 kinderen die verwezen werden voor psychiatrische hulp.

(b) Praktijkzorgprojecten (PZP)

Binnen dit deelprogramma diende de onderzoeksvraag uit de praktijk afkomstig te zijn en te worden gedragen door het praktijkveld. Het betreft onderzoeks-, ontwikkelings- en implementatieprojecten die bijdragen aan een betere wetenschappelijke onderbouwing van de ggz-praktijk en of van een betere afstemming van de hulpverlening op het cliëntenperspectief met het accent op de langdurige zorg in de ggz. Het gaat dus over toetsen van interventies voor de praktijk met als *deliverables*: interventies, richtlijnen, checklists, handboeken, trainingsprogramma's en systemen die ondersteunen bij het kiezen van een behandeling. Bij de meeste van de 36 projecten was de hoofdaanvrager werkzaam in de praktijk- of zorginstelling (en dus niet aan een universiteit), maar was er wel samenwerking met een universiteit.

(c) Opleiding tot Klinisch Onderzoeker in de ggz (OOG)

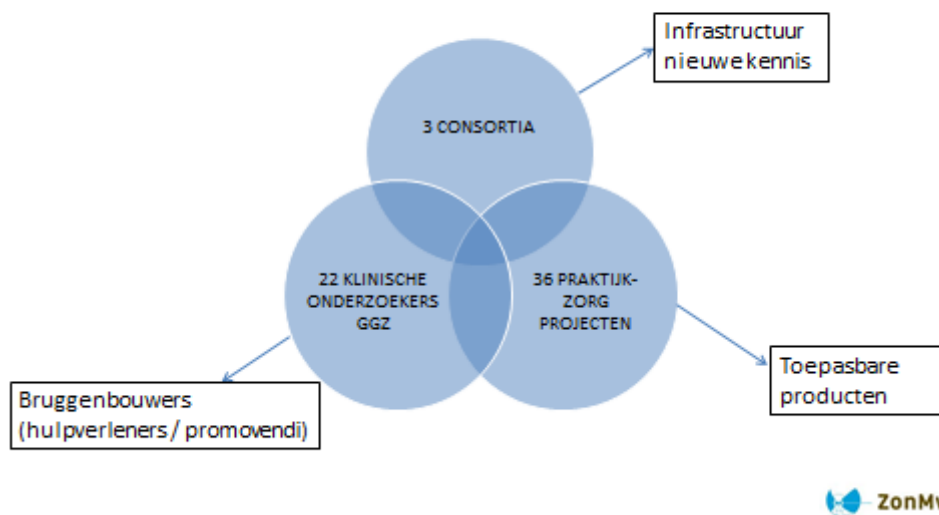
Dit deelprogramma beoogt het potentieel aan wetenschappelijk geschoolde en in de praktijk werkzame klinici te vergroten. Deze professionals moeten *bruggenbouwers* worden die de kloof tussen onderzoek en praktijk op een natuurlijke wijze dichtten. Het betreft: artsen, (kinder)psychiaters, psychotherapeuten, klinisch en ggz-psychologen

en verpleegkundig specialisten of personen hiervoor in opleiding. De projecten zijn persoonsgebonden en kunnen resulteren in een doctoraal proefschrift. Van het budget van € 4.1 miljoen werden 35 projecten gehonoreerd, waarbij ook de praktijkinstellingen mede financieel investeerden.

Het idee van de gepromoveerde klinische onderzoeker is dat deze ook na zijn promotie als bruggenbouwer actief blijft en wetenschap en praktijk met elkaar blijft verbinden binnen zijn voorziening. Deze klinici-onderzoekers zijn daarmee ook een belangrijk rolmodel voor andere jonge professionals.

GeestKracht: resultaten

Resultaten GeestKracht



Figuur 2.

Het programma GeestKracht is globaal zeer succesvol gebleken mede door zijn lange termijnkarakter en de grootte van de geïnvesteerde menskracht en middelen. Kennis werd vooral opgebouwd door de 3 consortia in het deelprogramma Infrastructuur op de gebieden psychose, angst en depressie en gedragsstoornissen bij kinderen en jeugd. Maar ook de deelprogramma's PZP en OOG hebben een aanzienlijke massa van praktijkkennis gegenereerd. Dit alles heeft geresulteerd in een zeer groot aantal (inter)nationale publicaties en doctoraten (in 2010: 26 promovendi bij GROEP, 57 bij NESDA en 48 bij KJP; tevens 22 OOG-onderzoekers behaalden het doctoraat).

Het aanzienlijke aanvangsbudget van 23,8 miljoen € (Infra 12.8 miljoen €, PZP en OOG elk 4.1 miljoen €) is aangevuld geworden met extra subsidies van de Nederlandse overheid, het Amerikaanse National Institute of Mental Health (NIMH) en van de Europese Unie. De consortia hebben extra financiën weten te werven van fondsen zoals NWO, ZonMw, de Hartstichting, het Astma Fonds, de farmaceutische industrie en particuliere fondsen zodat het oorspronkelijke Infra-budget van 12.8 miljoen € verdrievoudigd werd tot ruim 45 miljoen €. De onderzoeks- en kennisinfrastructuur is inmiddels structureel verstevigd en verankerd in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden tussen universiteiten onderling, met niet-universitaire onderzoeksinstituten, de praktijk- en zorgorganisaties, cliëntenorganisaties en kenniscentra. De aangelegde longitudinale databestanden in de 3 genoemde klassen van psychopathologie zullen ook in de toekomst nog verder ontwikkeld en ontgonnen kunnen worden. Er is een aanzienlijke cultuurverandering binnen de ggz-instellingen opgetreden waarbij de wisselwerking tussen onderzoek en praktijk een steviger vorm heeft verkregen. Wetenschappelijk onderzoek bevordert de kwaliteit van zorg (meer evidence-based werken, het opstellen van en behandelen volgens richtlijnen), de motivatie van personeel en het positief imago van de ggz. Ook de PZP en OOG-onderzoekers hebben hier een substantiële bijdrage aangeleverd.

Het programma GeestKracht heeft ook zijn beperkingen. Deze zijn terug te vinden in de 'Externe evaluatie van het programma GeestKracht' (http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Externe_evaluatie_programma_GeestKracht_feb_2011.pdf). Het

betreft ondermeer: het ontbreken van experimentele studies; de geringe aandacht voor de vertaalslag van de wetenschappelijke bevindingen naar de praktijk, waaronder de implementatie van de resultaten; de ondervertegenwoordiging van disciplines zoals huisartsen, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen; en de te lage betrokkenheid van patiëntenorganisaties.

De actuele Vlaamse situatie

Ik meen dat men de huidige Vlaamse situatie kan vergelijken met de toestand in Nederland op het einde van de negentiger jaren: te weinig wetenschappelijke in- en output (het is niet bekend welke het exacte percentage academische onderzoekers is in de Vlaamse GGZ anno 2012, maar het bedraagt wellicht ook minder dan 5%); versnippering van de onderzoeksinspanningen; te weinig implementatie van de bestaande kennis in de praktijk, en te weinig sturing van het wetenschappelijk onderzoek door de praktijk. Het Nederlandse RGO-advies van 1999 zou thans zonder veel wijziging op onze huidige Vlaamse situatie kunnen worden toegepast: er is inzake wetenschappelijk onderzoek een grote inhaalslag nodig van de psychiatrische op de somatische hulpverlening.

Met de vermaatschappelijking, c.q. de ambulantisering van de zorg onder meer via artikel 107 lijkt een belangrijke stap voorwaarts te worden gezet in de ontvoogding van de psychiatrie en de ggz. Daarbij staan belangrijke doelstellingen voorop zoals een grotere bespreekbaarheid van psychische klachten en problemen, en een “zorg op maat” zoveel als mogelijk in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt (tussen zijn of haar “maten”: (6) en (7)), één en ander moet leiden tot een betere toegankelijkheid en lagere drempels voor psychiatrische hulpverlening en vermindering van het stigma dat nog steeds over de hele sector ligt.

Het besef echter dat een verwetenschappelijking van de psychiatrie leidend tot een groter inzicht in de diagnostiek en behandeling van de grote psychiatrische ziektebeelden zoals angst en depressie, psychose, verslaving en ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornissen, met een versterking van de medische identiteit van dit vakgebied ook de motor kan zijn van bovengenoemde ontwikkelingen is in onze Vlaamse gezondheidszorg veel minder aanwezig. De uitbouw van een wetenschappelijke infrastructuur gebaseerd op een samenwerking tussen universiteiten, kenniscentra en praktijk- en zorginstellingen, kan een stevig cement vormen voor de kwaliteitsverbetering en vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg. Deze les kan GeestKracht ons leren.

De huidige Vlaamse situatie kan in de volgende 4 punten worden samengevat:

1. Tegen de achtergrond van het klinisch en maatschappelijk belang van het geheel van psychiatrische aandoeningen, hun morbiditeit en mortaliteit, hun massale impact niet alleen op het (professioneel) functioneren, maar vooral op de kwaliteit van leven van de patiënten en hun naasten, is de hoeveelheid klinisch en basaal psychiatrisch onderzoek zeer ontoereikend. De gegenereerde kennis heeft onvoldoende kritische massa en is te versnipperd waardoor geen databestanden tot stand komen die voldoende longitudinale draagkracht hebben om de zorg substantieel te ondersteunen en te verbeteren. Het aantal afgelegde doctoraten loopt sterk achter ten aanzien van andere medische disciplines en is een fractie van de promoties in de Nederlandse psychiatrie (ter vergelijking bijvoorbeeld over 2003-2013: Capri: 14; faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen UA:248, UA:1305).
2. De gecreëerde kennis is te weinig praktijkgericht. Er is grote nood aan *onderzoek voor de praktijk*; bijvoorbeeld onderzoek dat de kwaliteit van multidisciplinaire psychiatrische diagnostiek verbetert, en onderzoek naar effectiviteit van interventies in verschillende behandelsettings (ambulant, dagklinisch, klinisch). Dergelijk onderzoek moet aansluiten bij de huidige wetenschappelijke stand van zaken en deze vertalen en implementeren in de ggz, bijvoorbeeld middels richtlijnen, standaarden en protocollen. Dit type van onderzoek vergt een bottom-up dynamiek die vragen en noden vanuit de praktijk helpt omzetten in onderzoeksprojecten (zie bijvoorbeeld de praktijkzorgprojecten) en onderzoekers die voldoende met beide voeten in de praktijk staan om deze vertaalslag te realiseren (zie OOG-onderzoekers).
3. (1) en (2) vinden gedeeltelijk hun oorsprong in een onvoldoende uitgebouwde onderzoeksinfrastructuur met een evenwichtige participatie van universitaire onderzoeksinstellingen, kenniscentra en ggz-instellingen.
4. Het ontbreken van een goed functionerende onderzoeksinfrastructuur en van een geïntegreerde visie op het psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek is er mede debet aan dat in belang toenemende deelgebieden en foci buiten schot blijven zoals de verslavings-, forensische – en transculturele psychiatrie; evenals genderverschillen in diagnostiek en therapie. Zoals in Nederland wordt de integratie van het cliënten- en familieperspectief ondergewaardeerd.

De Vlaamse situatie: onderzoeksfinanciering over de laatste 15 jaar

In de afgelopen 15 jaren werden op het gebied van de psychiatrie maar een zeer beperkt aantal onderzoeksprojecten en –mandaten door het FWO-Vlaanderen gesubsidieerd; in de betrokken FWO-commissie(s) zijn geen psychiaters

als experts aanwezig. De laatste jaren is er wel meer belangstelling en steun van het IWT voor psychiatrische research. Een overzicht van de door beide organisaties toegekende onderzoeksfinanciering kan binnen het bestek van dit artikel niet worden gegeven, bij gebrek aan gegevens. Voor het CAPRI, het psychiatrisch onderzoeksinstituut van de UA, betreft het in de laatste vijf jaren één FWO-project met verlenging, één IWT-TBM waarvan de helft van het begrote bedrag toegekend werd en vijf IWT-SB-beurzen. Deze gegevens bevestigen de onder (1) beschreven stelling.

Voor zover bekend is de financiering van psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek binnen de praktijkinstellingen – de psychiatrische ziekenhuizen, de paaz-en en de cggz – ook zeer beperkt. Ook hierover ontbreken de benodigde gegevens. De research binnen deze organisaties berust veelal op goodwill, er is immers geen enkele structurele R&D-financiering binnen deze sector, zelfs niet voor de universitaire diensten. Het is een merkwaardig anachronisme en getuigt van de nog steeds aanwezige stigmatisering en discriminatie dat er geen verschil in ligdagprijzen is tussen universitaire en niet-universitaire bedden in de psychiatrie.

Een stap vooruit in de ontwikkelingen van de psychiatrische sector in het afgelopen decennium is ongetwijfeld de oprichting en de uitbouw van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP: www.vvp-online.be). Dat een degelijk georganiseerde beroepsorganisatie met slagkracht een belangrijke bijdrage kan leveren aan de verwetenschappelijking van het vak bewijst ook de geschiedenis van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De VVP beschikt echter evenmin over de nodige budgetten om zelf bijvoorbeeld de vorming van richtlijnen – in analogie met de NVvP – te verwezenlijken. Er dient tenslotte nog opgemerkt te worden dat het Belgian College for Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry (BCNBP) (www.bcnbp.org) wel jaarlijks in samenwerking met de farmaceutische industrie een onderzoeksprijs voor een jonge onderzoeker van +/- 30.000 € uitreikt.

Deze globale onderfinanciering van het wetenschappelijk onderzoek in het domein van de psychiatrie laat de academische onderzoeksinstituten voor de realisatie van een minimum hoeveelheid aan projecten, doctoraten en publicaties weinig andere opties dan een beroep te doen op de farmaceutische industrie. Uiteraard liggen hier zeer interessante mogelijkheden tot samenwerking in de biologische psychiatrie en de psychofarmacologie inzake etiopathogenetische mechanismen en therapeutische innovaties. Risico hierbij is wel een te nauwe scope van dit onderzoek waarvan de agenda teveel door de industriële partner(s) wordt bepaald en er desgevallend een onevenwicht ontstaat tussen de biologische, psychologische en sociale determinanten -en hun samenhang- van de grote psychiatrische ziektebeelden.

Tenslotte is er ook een groot tekort aan mogelijkheden tot multidisciplinair onderzoek, vooral in de samenwerking met huisartsen, waar 30% van de consulten psychische klachten betreft, en de klinisch psychologen, de maatschappelijk werkenden (domein van de arbeidsrehabilitatie) en vaktherapeuten zoals psychomotorische, creatieve en ergotherapeuten. Het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrische verpleegkunde is in Vlaanderen nagenoeg onbestaande.

Lessen uit GeestKracht: aanbevelingen voor Vlaanderen

Het Nederlandse GeestKracht toont aan dat het middels een longitudinaal onderzoeksprogramma, door de overheid geïnitieerd, in samenwerking met de voor het wetenschappelijk onderzoek verantwoordelijke financierende overheidsinstanties (ZonMw in Nederland, FWO en IWT in Vlaanderen) mogelijk is om een stabiele onderzoeks- en kennisinfrastructuur voor de psychiatrie en de ggz uit te bouwen die als platform kan dienen voor een cultuuromslag naar een meer wetenschappelijk gefundeerde zorginnovatie.

De beoogde cultuuromslag zou ook in Vlaanderen een aanzienlijke bijdrage kunnen leveren aan de destigmatisering van de psychiatrie en de ggz.

De genoemde infrastructuur en de erdoor verworven kennis heeft in Nederland voor een inhaalslag gezorgd waarbij de achterstand ten aanzien van de somatische zorg alleszins in de GK onderzochte psychiatrische ziektebeelden (psychose, depressie en angst, kinderpsychiatrische stoornissen) grotendeels is weggewerkt.

Een dergelijk onderzoeksprogramma – zo heeft GK geleerd – moet een evenwichtige inbreng en samenhang tussen universitaire en praktijkinstellingen vertonen, voldoende klemtoon leggen op multidisciplinair onderzoek voor de praktijk en voldoende inbreng krijgen van de cliënten en hun families. In de onderscheiden disciplines dient het een nieuwe generatie te vormen van “bruggenbouwers” tussen praktijk en wetenschap. Dit moet ertoe leiden dat de praktijkinstellingen eigen expertise uitbouwen op het gebied van onderzoek en behandeling, en de kracht van eigen praktijkonderzoek meer valideren en investeren. Aan de universiteiten moet dit ertoe leiden dat het

psychiatrisch onderzoek een volwassen status verkrijgt en op hetzelfde niveau gewaardeerd wordt als onderzoek in andere medische disciplines. Dit toegepaste en praktijkgerichte onderzoek vraagt een verdere ontwikkeling van een hiervoor adequate onderzoeksmethodologie.

Een belangrijk oogmerk moet de toepassing zijn van de reeds beschikbare kennis in de psychiatrische praktijk. Te veel kennis blijft heden ten dage onbenut. Er is dringend nood aan Vlaamse richtlijnen, standaarden en protocollen en verder aan projecten in de ggz “voorbij de multidisciplinaire richtlijn”, dit is gericht op nieuwe zorg- en ondersteuningsvormen voor patiënten met chronische en complexe psychiatrische problematiek.

Samenwerking met de huisartsgeneeskunde, andere ggz-disciplines, c.q. de psychiatrische verpleegkunde naast inbreng van patiënten en families dient prioritair te zijn. Voldoende klemtoon moet liggen op traditioneel in Vlaanderen stiefmoederlijk behandelde deelgebieden zoals de verslavings-, forensische en sociale psychiatrie.

Literatuurlijst

- (1) Van Sigmund tot bewijs. Psychiatrie en wetenschap. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2010; *154*: 669-736.
- (2) Rooijmans HG, Van Hemert AM. Meer wetenschap in de psychiatrie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2010; *154*: 676-677.
- (3) Van Tilburg W, Godderis J. Geschiedenis van de psychiatrie. In: Hengeveld MW, Van Balkom AJ, Van Heeringen C, Sabbe BG. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom, 2009: 653-672.
- (4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III. American Psychiatric Press, 1980.
- (5) Rapport Onderzoek Geestelijke Gezondheidszorg. RGO-Advies onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid (1999).
- (6) Hodiamont P, Sabbe B. Vermaatschappelijking op maat: een sociohistorische analyse met een klinische conclusie: deel 1. Psyche: tijdschrift van de VVGG / Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2005: 4-7.
- (7) Hodiamont P, Sabbe B. Vermaatschappelijking op maat: een sociohistorische analyse met een klinische conclusie: deel 2. Psyche: tijdschrift van de VVGG / Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg 2005: 14-16.
- (8) Sabbe Bernard, Dom Geert, De Bruijn Ellen, Goethals Kris, Morrens Manuel, Schrijvers Didier, Van Den Eede Filip, Van West Dirk, Hulstijn Wouter.- Ongoing research projects in the Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) Acta psychiatrica Belgica - ISSN 0300-8967 - 112:4(2012), p. 7-17.