

De toekomst van de Belgische psychiatrische patiënt volgens de WPA-Lancet-commissie

K.R. Goethals, G. Dom

- Achtergrond** In 2017 stelde de World Psychiatric Association-Lancet Psychiatry Commission on the future of psychiatry verschillende prioritaire domeinen vast voor de volgende tien jaar. Zes grote domeinen werden onderscheiden, namelijk de patiënt en zijn behandeling, de psychiatrie en de gezondheidszorgsystemen, de psychiatrie en de maatschappij, de toekomst van de ggz-wetgeving, digitale psychiatrie en het opleiden van de psychiater van de toekomst.
- Doel** Nagaan wat de stand van zaken is in België zeven jaar na de publicatie van het WPA-Lancet-document.
- Methode** Het toetsen van de situatie in België op basis van wetenschappelijke literatuur en beleidsdocumenten, alsook op grond van eigen opinie en ervaring van de auteurs.
- Resultaten** De psychiatrieopleiding en het -onderzoek volgen de demografische veranderingen zoals vergrijzing en culturele diversiteit maar langzaam. Ook in de klinische praktijk is er een schrijnend gebrek aan capaciteit en competenties. Weliswaar krijgen de hervormingen binnen de Belgische ggz de laatste jaren internationale waardering, maar de getrapte zorg komt nog steeds niet van de grond. Ook is er onvoldoende capaciteit voor ambulante zorg bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Naast de wet op de gedwongen opname werd de wet op de patiëntenrechten vernieuwd. De digitale psychiatrische zorg is nauwelijks uitgerold. Ten slotte blijven de opleiding en het onderwijs voor de toekomstige psychiater nog teveel gebaseerd op kennisoverdracht en te weinig op het verwerven van vaardigheden.
- Conclusie** Vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie en Europa worden de Belgische hervormingen inzake de vermaatschappelijking van de zorg geroemd. Echter afgetoetst aan toekomstige verwachtingen voor ons vakgebied dient er nog veel te gebeuren.

In 2017 stelde de World Psychiatric Association (WPA)-Lancet Psychiatry Commission on the future of psychiatry verschillende prioritaire domeinen vast voor de volgende tien jaar.¹ Deze vertegenwoordigen, op wereldniveau, uitdagingen en kansen voor onze professie om onszelf te behouden en te ontwikkelen met het oog op betere zorg voor patiënten met een psychiatrische stoornis. Zes grote domeinen werden onderscheiden, namelijk de patiënt en zijn behandeling, de psychiatrie en de gezondheidszorgsystemen, de psychiatrie en de maatschappij, de toekomst van de ggz-wetgeving, digitale psychiatrie en het opleiden van de psychiater van de toekomst.

In deze bijdrage willen we nagaan wat de stand van zaken is in België zeven jaar na de publicatie van het genoemde document. We toetsen de ontwikkelingen op de zes domeinen, waarbij we ons baseren op enerzijds beleidsdocumenten en wetenschappelijke artikelen; anderzijds weerspiegelt de tekst ook onze eigen ervaring én opinie.

De stand van zaken in België begin 2025

De patiënt en zijn behandeling

De WPA-Lancet-commissie uit 2017 haalde de volgende veranderingen in de demografie als impactvol naar voren: vergrijzing van de bevolking, toegenomen culturele diversiteit en toenemende urbanisatiegraad. Zoals in de meeste landen in Europa doen deze tendensen zich daadwerkelijk ook in België voor. Aanpassingen aan deze nieuwe demografische realiteit doen zich binnen de geestelijke gezondheidszorg slechts stapsgewijs voor.

Vergrijzing. Ook in België is er sprake van een vergrijzende bevolking die meer psychiatrische en somatische zorgbehoeften zal hebben. Dit vertaalt zich in een toename van leeftijdsgebonden ziektes zoals dementie en depressie op latere leeftijd. Aanpassing van het zorgaanbod gebeurt evenwel maar mondjesmaat. Zo werd de capaciteit van de mobiele teams (crisisinterventie en behandeling) recent uitgebreid zodat deze ook de oudere doelgroep kon includeren. Ongetwijfeld een gunstige evolutie, maar ver-

moedelijk onvoldoende om de onvervulde zorgbehoeften (*unmet needs*) in deze doelgroep te ondervangen. In een recent bevolkingsonderzoek dat we deden in de provincie Antwerpen vonden we dat, hoewel psychische klachten bij de ouderen lager scoorden dan bij jongeren, slechts een zeer laag percentage van deze ouderen contact had met ggz-behandelaars.²

Behalve de vervulling van de urgente klinische zorgbehoefte lijken ook de psychiatrieopleiding én het academisch onderzoek maar langzaam deze nieuwe demografische ontwikkeling te volgen. Voorlopig bestaat er in België nog geen erkenning van het subdomein 'ouderenpsychiatrie' (met daarbij behorend opleidingscurriculum) binnen de specialisatie tot psychiater. Op zich stemt dit overeen met de Europese situatie, waarbij de meeste landen geen aparte subspecialisatie hebben erkend en ook de European Union of Medical Specialists (UEMS) geen specifieke trainingsvoorwaarden in die richting heeft opgenomen.³ Tot slot is het aantal academische leerstoelen gericht op ouderenpsychiatrie nog erg beperkt in België.

Culturele diversiteit. Binnen de opleiding tot psychiater wordt de transculturele psychiatrie nog steeds stiefmoederlijk behandeld. Zo wordt in de interuniversitaire opleiding van artsen in opleiding tot psychiater slechts 2,5 uur besteed aan transculturele psychiatrie. Dit staat in schril contrast met het toenemend aantal asielzoekers met psychiatrische klachten, patiënten met een niet-westerse religie en het hoge aantal immigranten in de forensische psychiatrie met uitgesproken psychiatrische zorgbehoeften. Een interessant essay in dit tijdschrift over de invloed van de islam op de beleving van psychiatrische problemen is een illustratie van de noodzaak van aandacht hiervoor.⁴ Een standaardwerk zoals *Practical cultural psychiatry* zou alomtegenwoordig moeten zijn in de bibliotheek van elke (toekomstige) psychiater.⁵ Naast academische én opleidingsaspecten is er ook op het dagelijks werkterrein nog een schrijnend gebrek aan capaciteit én competenties. Dit betreft zowel het beperkte aanbod van specifieke transculturele diensten binnen de ggz als het lage aantal ggz-professionals met een andere culturele achtergrond werkzaam binnen de reguliere ggz.

Er zijn belangrijke, beginnende, positieve tendensen. Zo ontwikkelen sommige psychiatrische ziekenhuizen, zoals dat in Grimbergen (bij Brussel), specifieke projecten voor vluchtelingen met ggz-problemen en zoeken asielcentra zoals Fedasil (Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers) meer contact met ggz-hulpverlening. Opvallend wat dit laatste betreft, zijn toch de moeilijkheden die men ervaart om een beroep te kunnen doen op psychiaters. Tot slot is er beginnend onderzoek in dit domein.^{6,7} Op zich gunstige initiatieven, maar qua omvang erg beperkt vergeleken met de demografische evoluties.

Toenemende urbanisatie. Sinds 2000 woont meer dan 50% van de wereldbevolking in een stedelijke omgeving en verwacht wordt dat tegen 2050 circa 70% in steden zal wonen. In Vlaanderen leeft 70% van de bevolking al

in een stedelijk gebied.⁸ Leven in een grootstedelijke omgeving is gekoppeld aan een negatieve impact op de mentale gezondheid.⁹

De psychiatrie en de gezondheidszorgsystemen

De hervormingen binnen de Belgische ggz krijgen de laatste jaren internationaal waardering toegekend. Zo ziet de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de Belgische hervormingen als een 'Good Practice' en werd dit model ook recent binnen het kader van een groot Europees onderzoeks- en samenwerkingsproject (Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health; JA Imple MENTAL) als *best practice* geïdentificeerd.^{10,11} Vooral de afbouw van psychiatrische bedden én het hergebruik van de vrijgekomen middelen voor het uitrollen van psychiatrische *community outreach teams* staat hierbij model. Naast het implementeren van mobiele teams werd ook geïnvesteerd (opnieuw via afbouw van bedden en herinvestering van vrijgekomen middelen) in intensivering van de bestaande residentiële zorg én de oprichting van high- en intensivere afdelingen.¹² Ondanks de internationale lofbetuiging moeten we toch kritisch blijven. Hoe verhouden deze ontwikkelingen zich tot de doelen betreffende gezondheidszorgsystemen zoals omschreven door de WPA-Lancet-commissie, die stelt dat ggz-voorzieningen van de toekomst de volgende eigenschappen moeten hebben: getrapte zorg, meer multidisciplinair teamwork, een gezondheidszorgbenadering en de integratie van psychiatrische en fysieke gezondheidszorg?

Wat betreft getrapte zorg blijft België een freewheelend land. Gezien de vrijheid van keuze van hulpverlener blijft het oriënteren van patiëntenstromen volgens een *stepped-care* model moeilijk, dit mede doordat er een groot tekort is aan huisartsen. Wat betreft de ggz investeerde de overheid recent aanzienlijk in de implementatie van een netwerk van eerstelijnspsychologen. Het betreft hier een structureel nieuwe investering van ongeveer 122 miljoen euro per jaar. Hier kunnen mensen zeer laagdrempelig (zowel met als zonder verwijzing én tegen een financieel zeer gunstig tarief) terecht voor advies, een eerste korte behandeling en gerichte doorverwijzing als nodig. Dit is een belangrijke ontwikkeling en het ministerie van Volksgezondheid meldt dat sinds de start ervan in 2021 tot op heden reeds 410.022 mensen van deze dienst gebruikmaakten. Daarnaast wordt via het ontwikkelen van regionale netwerken ingezet op de coördinatie tussen de verschillende zorgactoren. De integratie van psychiatrische en fysieke gezondheidszorg blijft een knelpunt.¹³ Een recent KCE-advies reikte hier (vergaande) suggesties voor aan.¹⁴ Voldoende budget om deze waardevolle suggesties in de praktijk te vertalen blijft momenteel echter nog achterwege.

De psychiatrie en de maatschappij

Zoals we reeds aangaven, zien we in België de laatste 15 jaar een belangrijke transitie naar een vermaatschappelijking van de ggz. Dit werd gerealiseerd in drie golven.

In België was er een lange traditie van residentiële psychiatrische zorg, meestal in handen van katholieke kloosterordes. Hierbij kunnen we opmerken dat er in België in 2018 per 100.000 inwoners 135 psychiatrische bedden waren (Europees gemiddelde: 73). In Nederland is dit bijvoorbeeld slechts iets meer dan 80 bedden.

De eerste grote golf in 1990 verminderde het aantal psychiatrische bedden om te zorgen voor gepaste opvang buiten de psychiatrische ziekenhuizen voor gestabiliseerde, chronische patiënten.¹⁵

Negen jaar later was er de tweede golf om de ondersteuning te verbeteren van patiënten van ziekenhuizen naar voorzieningen in de samenleving. Concreet kwamen er meer bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen en meer plaatsen voor beschut wonen. Ook werd de samenwerking versterkt tussen residentiële en ambulante zorgvoorzieningen.

De derde golf startte in 2010 met de hervorming van het artikel 107, waarbij de financiering van de residentiële zorg zich verplaatste naar alternatieve vormen van zorg. Hierbij werden vijf functies beschreven met de klemtoon op preventie, vroege detectie en interventie, behandeling in de thuisomgeving (mobiele crisis- en behandelteams), psychosociale rehabilitatie, het versterken van (semi)residentiële zorg en de ontwikkeling van specifieke huisvestingsvoorzieningen.

Een belangrijk punt van kritiek bij de hervorming van artikel 107 is dat er onvoldoende capaciteit is voor gepaste en intensieve, outreachende ambulante zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.¹⁶ Velen komen hierdoor op lange wachtlijsten terecht. Hierdoor worden opnames soms langer aangehouden dan strikt noodzakelijk én, erger, worden patiënten na een opname onvoldoende ondersteund in hun verdere herstelproces.

Op het gebied van de rechten van psychiatrische patiënten en het werken met families zijn er de afgelopen jaren zinvolle initiatieven ontplooid. Ook de patiënten zelf als *'service users'* krijgen een duidelijke stem. De vzw Psyche (vereniging zonder winstoogmerk, in Nederland: stichting) speelt in Vlaanderen een belangrijke rol wat betreft initiatieven rondom ervaringsdeskundigheid en herstelgericht werken. In dit kader ondersteunt de overheid ook de uitbouw van herstelacademies.

De toekomst van de wetgeving inzake de ggz

Verschillende aspecten van de wetgeving en dan vooral die gedwongen opname en behandeling regelen, werden heel recent geüpdatet.¹⁷ In dit kader is het belangrijk te vermelden dat er in België, net als in een aantal andere landen, een belangrijke stijging is. Zo meldt Zorgnet-Icuro (de koepelvereniging van Vlaamse algemene ziekenhuizen, initiatieven uit de ggz en de woonzorg) dat het aantal gedwongen opnames (GO) met 64% steeg over de periode 2010-2021 (<https://www.zorgneticuro.be/nieuws/gedwongen-opnames-bij-kinderen-jongeren-stijgende-lijn>). De nieuwe wet inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoe-

ning (16-5-2024), biedt, in theorie, de mogelijkheid tot een grondigere klinische (somatische en psychiatrische) evaluatie en indicatiestelling tot gedwongen maatregel, iets meer flexibiliteit in aanpassing naar de individuele situatie én laat toe het netwerk meer te betrekken bij de zorg van de patiënt. Voorlopig in theorie althans, want op het moment van schrijven dienen de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten én de bijbehorende financiële en organisatorische ondersteuning nog verder geconcretiseerd te worden.

Ongetwijfeld is dit een gunstige ontwikkeling, maar daarnaast wijzen Vandenbergh e.a. op enkele belangrijke inhoudelijke tekortkomingen van de nieuwe wet.¹⁷ Deze wet biedt geen oplossing voor de behoefte aan een wettelijk kader voor verplichte behandeling. In België bestaat er wel dwangopname, maar geen dwangbehandeling. Enkel bij een noodtoestand kan men tegen de wil van de patiënt een behandeling opleggen. Het aanstellen van een vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt is geregeld. Maar het is niet duidelijk wat de juridische mogelijkheden zijn als de wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen de behandeling of interventies waarmee de vertegenwoordiger of belangenbehartiger akkoord gaat.

Naast de wet op de gedwongen opname werd in 2023 ook de wet op de patiëntenrechten (na 20 jaar) vernieuwd, waarin onder meer aandacht voor de rechten van de familie en/of mantelzorgers werd geïncorporeerd. Hoewel deze wet de gehele gezondheidszorg betreft, heeft dit een belangrijke impact op de dagelijkse praktijk in de ggz. De ggz-wetgeving en omkaderende wetgeving en richtlijnen komen echter nog onvoldoende aan bod in het ggz-onderwijs en de opleiding van psychiaters in België. In de, op zich al erg beperkte onderwijsmodules over deze thema's, ligt de klemtoon ook vrijwel exclusief op de wetgeving over de gedwongen opname, maar onderwijs over andere juridische maatregelen (rechtsgronden voor vrijheidsbeneming) ontbreekt, in het bijzonder over strafrechtelijke maatregelen zoals internering (beveiligingsmaatregel van onbepaalde duur bij dader met psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking) en probatie (proeftijd). De realiteit is wel dat ook patiënten met een strafrechtelijke maatregel in de reguliere psychiatrie behandeld worden.

Digitale psychiatrie

Daar waar voor de COVID 19-pandemie digitale gezondheidszorg niet bestond in België, heeft dit, zoals in vele landen, tijdens de pandemie een belangrijke boost gekregen. Mogelijkheden tot onlineconsultaties konden gefinancierd worden.

Echter, we staan nog erg ver van het door de WPA-Lancet-commissie voorgestelde doel dat de digitale technologie zou kunnen zorgen voor een radicale verandering van het zorgaanbod en van de ontwikkeling van nieuwe behandelingen. Vanuit de European Psychiatric Association bood men recent een overzicht van én aanbevelingen betreffende de vele mogelijkheden van

digitale ggz.¹⁸ Voor België is het echter zo dat, op dit moment, enkel de traditionele vormen van behandeling (één-op-éénconsultatie of -advies) een 'digitale' vertaling hebben gekregen. Verschillende zorginstellingen bouwen stapsgewijs een uitgebreider en moderner digitaal aanbod uit, maar dit is vaak projectgewijs en zonder structurele financiering. Kort samenvattend kunnen we stellen dat, met abstractie van deze interessante initiatieven, digitale hulpverlening in zijn volle mogelijkheden, nauwelijks is geïmplementeerd in de Belgische ggz.

Het opleiden van de psychiater van de toekomst

In het kader van het competentiegericht opleiden van psychiaters, net als bij andere specialismen, zijn de volgende vier competenties cruciaal: medisch expert, manager, communicator en wetenschapper. Toch blijven het onderwijs en de opleiding nog teveel gebaseerd op kennisoverdracht en te weinig op het verwerven van vaardigheden. Een zinvolle methode is het rollenspel, hoewel dit vaak angst oproept voor de deelnemers. Ook het inzetten van technologie kan de betrokkenheid vergroten en de leerervaring verbeteren, zoals podcasts, het gebruik van video's en van *e-learning*modules (Goethals & Schiltz 2023, niet gepubliceerd). Podcasts zijn erg bruikbaar om specialistische kennis over te brengen en toegankelijk op een geschikt tijdstip tijdens het opleidingsmoment. Deze podcasts kunnen audio- of videobestanden zijn en maken een snelle verspreiding mogelijk van recente ontwikkelingen naar de klinische praktijk en het onderzoek.

Videocamera's bieden een goedkope en onmiddellijk beschikbare mogelijkheid om gesprekken op te nemen met instemmende patiënten. Indien ze gebruikt worden bij een casuspresentatie geven ze de mogelijkheid om de mentale status van de patiënt te evalueren en aldus de betrokkenheid van de deelnemers te vergroten. Ze bieden de mogelijkheid om van elkaar te leren over onderwerpen die naar voren komen bij een bepaalde casus en om ideeën te genereren over diagnose, zorg en behandeling. Een andere mogelijkheid is het livestreamen van gesprekken.

*E-learning*modules zijn een kosteneffectieve manier om al dan niet toe te voegen aan de meer klassieke methoden van leren. Uitgenodigde experts hoeven dan niet de bijeenkomsten bij te wonen. Dergelijke modules passen het best voor theoretische onderwerpen, maar kunnen ook nuttig zijn bij ethische en juridische onderwerpen (bijvoorbeeld de ggz-wetgeving).¹⁹

In België is er voor psychiaters nog steeds geen reële verplichting tot levenslang leren en tot het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Elders in dit themanummer benoemen wij dit probleem als onderwerp waarbij we kunnen leren van de Nederlandse psychiatrie (p. 134). De accreditatie is niet verplicht en is enkel gebaseerd op een (zeer bescheiden) financiële prikkel in plaats van een inherente en verplichte noodzaak van bij- en nascholing. Per prestatie kunnen geaccrediteerde psychiaters een iets hoger bedrag declareren (slechts

8,70 euro hoger). Ook dient er geen portfolio te worden bijgehouden. In 2022 pleitte de Hoge Raad van artsenspecialisten en van huisartsen al voor het verplicht bijhouden van een portfolio voor artsen.

Discussie

Het is belangrijk om stil te staan bij de ontwikkelingen en de toekomst van ons vakgebied. Deze oefening is, getuige het initiatief van de WPA-Lancet-commissie, op vele plekken wereldwijd aan de gang. Ook vanuit de European Psychiatric Association deden recent een groep experts een vergelijkbare denkoefening.²⁰ Ze benadrukten de noodzaak van: 1. meer bewustwording van psychische aandoeningen in de eerstelijnszorg, 2. de ontwikkeling van nieuwe (biologische) markers, 3. de snelle implementatie van machinelearning (ter ondersteuning van diagnostiek, prognostiek en behandelingen), 4. het algemeen gebruik van elektronische apparaten en apps in de dagelijkse behandeling, 5. de ontwikkeling van een nieuwe generatie behandelingsopties, zoals middelen die neuroplasticiteit bevorderen, en 6. het belang van een allesomvattende benadering van herstel.

Op politiek niveau stelde de groep ook vier prioriteiten voor: de noodzaak om 1. het gebruik van open wetenschap te vergroten, 2. redelijke wetgeving op het gebied van gegevensbescherming te implementeren, 3. ethische elektronische gezondheidsdossiers op te stellen, en 4. beter onderzoek naar gezondheidszorg mogelijk te maken en middelen efficiënter in te zetten. Vele van deze punten sluiten aan bij de aanbevelingen van de WPA-Lancet-commissie.

Leggen we de Belgische situatie én ontwikkelingen hiernaast zijn er sterke en zwakke punten. Het lijkt dat wat betreft de voortschrijdende vermaatschappelijking we een gunstige evolutie doormaken. Er zijn evenwel nog heel wat verbeterpunten. Om er maar enkele te noemen: De integratie en financiering van ervaringswerkers is nog ruim onvoldoende. Op zorgorganisatorisch vlak is de crisis- en urgentiepsychiatrie aan verdere herstructurering en verbetering toe. De trein van digitale mogelijkheden en ontwikkelingen lijkt voorlopig Vlaanderen nog niet bereikt te hebben. In het verlengde hiervan blijft de fragmentatie van medisch-elektronische gezondheidsdossiers een pijnpunt met het oog op een betere verzameling van gezondheidsdata en aansturing van beleid én meer geïndividualiseerde behandeling. Recent werden enkele pilotprojecten hierover gefinancierd, maar (nog) niet structureel ingebed.

Tot slot blijft de opleiding tot psychiater, hoewel gedege- én sterk gedragen door een brede praktijkervaring, op een erg klassieke leest geschoold.

Conclusie

Vanuit de WHO en Europa worden, terecht, de Belgische hervormingen richting vermaatschappelijking van de zorg én afbouw van psychiatrische bedden geroemd. Echter, afgetoetst aan toekomstige verwachtingen voor

ons vakgebied blijven nog heel wat vakjes aan te vinken. Tot slot, hoewel deze analyse geen deel uitmaakt van de doelstelling van dit artikel, blijft het belangrijk om het bredere financiële kader te vermelden waarbinnen de (geestelijke) gezondheidszorg dient te opereren. Met ongeveer 6% van het totale gezondheidsbudget dat geïnvesteerd wordt in de ggz blijft België een (Europese) middenmoter. Vanuit de verschillende actoren dringen we al jaren bij de overheid aan om dit uit te breiden richting de door de WHO geadviseerde 10%.

LITERATUUR

- 1 Bhugra D, Tasman A, Pathare S, e.a. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 775-818.
- 2 Rens E, Michiels J, Dom G, e.a. Clinically assessed and perceived unmet mental health needs, health care use and barriers to care for mental health problems in a Belgian general population sample. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 455.
- 3 Charter on training of medical specialists in the EU: requirements for the speciality psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247 (Suppl 1): S457.
- 4 van de Beek MH, Acherrat-Stitou Z, van der Krieken JAJ, e.a. Invloed van de islam op de beleving van psychiatrische problemen: ervaringen en implicaties. *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 320-3.
- 5 Bhugra, D, Ventriglio A, Bhui KS. *Practical cultural psychiatry*. Oxford: Oxford Academic; 2018.
- 6 Brand AM, Groen SPN, Destoop N, e.a. The effect of the cultural formulation interview on therapeutic working alliance: a study protocol. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1322356.
- 7 Claus L, Schouler-Ocak M, Braakman MH, e.a. Unlocking asylum seekers' voices: protocol of a mixed-method clinical study on the use of the cultural formulation interview with asylum seekers in Belgium. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1156803.
- 8 Destoop M. Urban mental health. *Tijdschr Psychiatr* 2023; 65: 399-400.
- 9 van der Wal JM, van Borkulo CD, Deserno MK, e.a. Advancing urban mental health research: from complexity science to actionable targets for intervention. *Lancet Psychiatry* 2021; 8: 991-1000.
- 10 Borgermans L, Jacob B, Coture M, e.a. Multisectoral mental health networks in Belgium: an example of successful mental health reform through service delivery redesign. *Good Practice Brief* september 2018. WHO Regional Office for Europa. <https://iris.who.int/handle/10665/345626>
- 11 Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health. 2024. <https://ja-implementation.eu/>
- 12 Willems R, Catthoor K, Cools O, e.a. Mental health services in Belgium. *Int Rev Psychiatry* 2024; 1-13.
- 13 Martens N, De Haeck E, Van De Vondel E, e.a. Physical healthcare for people with a severe mental illness in Belgium by long-term community mental health outreach teams: a qualitative descriptive study on physicians', community mental health workers' and patients' perspectives. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 811.
- 14 Jespers V, Christiaens W, Kohn L, e.a. Somatische zorg in een psychiatrische setting. *Health Services Research (HSR). KCE Rapport 338A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2021.
- 15 Hermans M, De Witte N, Dom G. The state of psychiatry in Belgium. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 286-94.
- 16 Catthoor K. De inclusie van EPA-patiënten in mobiele teams, in het kader van Artikel 107-hervorming: de visie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. *Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie*; 2019.
- 17 Vandenberghe J, Tielens S, De Rycke R, e.a. Hervorming van de wet op gedwongen opname in België: meer zorg op maat? *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 489-94.
- 18 Kalman JL, Burkhardt G, Samochowiec J, e.a. Digitalising mental health care: Practical recommendations from the European Psychiatric Association. *Eur Psychiatry* 2023; 67: e4.
- 19 Eder J, Dom G, Gorwood P, e.a. Improving mental health care in depression: A call for action. *Eur Psychiatry* 2023; 66: e65.
- 20 Brown T, Eagles J, red. *Teaching psychiatry to undergraduates*. Londen: RCPsych Publications; 2011.

AUTEURS

Kris Goethals, forensisch psychiater en psychotherapeut, directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; hoogleraar Forensische psychiatrie, CAPRI, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

Geert Dom, emeritus hoogleraar met opdracht, CAPRI, Universiteit Antwerpen en Zorggroep Multiversum, Boechout.

Correspondentie

Kris Goethals (kris.goethals@uantwerpen.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-1-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):139-143