

De organisatie van de psychiatrie in België en Nederland: wie is een voorbeeld voor wie?

K.R. Goethals, T. Birkenhäger

- Achtergrond** Het artsenberoep zoals dat van psychiater is een professie met drie essentiële kenmerken: specialistische zorg, autonomie en formele erkenning, en beroepsethiek. De 21ste eeuw wordt gekenmerkt door bureaucratisering en vermarkting van de zorg. Medisch socioloog Friedson beschreef drie vormen van logica: de logica van de professional, de logica van de bureaucratie en de logica van de markt.
- Doel** De positie, de autonomie en de slagkracht van de psychiater toetsen vanuit een historisch perspectief. Ontwikkelingen in de Nederlandse en Belgische psychiatrie met elkaar vergelijken.
- Methode** Twee psychiaters uit België en Nederland benoemen relevante ontwikkelingen en gaan hierbij na welke vorm van logica gevolgd wordt bij deze ontwikkelingen.
- Resultaten** De logica van de professional is van toepassing bij de kwaliteit en nascholing, maar wordt bedreigd door sommige raden van bestuur en de positie van de Nederlandse psychiater. De logica van de bureaucratie domineert bij de nieuwe wetgeving over de verplichte zorg in Nederland. Ten slotte zijn de machtige zorgverzekeraars een illustratie van de logica van de markt.
- Conclusie** De logica's van de bureaucratie en van de markt nemen de overhand in Nederland, ten nadele van de logica van de professional. Verregaande bureaucratisering en de macht van de zorgverzekeraars zijn geen wenselijke ontwikkelingen voor België. Over de mogelijkheden tot dwangbehandeling en de verplichte kwaliteit en nascholing dienen de Belgen zich dringend te beraden.

Het artsenberoep – dus ook dat van psychiater – wordt een professie genoemd. Volgens de Amerikaanse medisch socioloog Friedson heeft een professie drie essentiële kenmerken.¹ Ten eerste is er sprake van exclusieve specialistische kennis, enkel toebehorend aan de professionele groep en niet toegankelijk voor leken. Daarnaast is er formele erkenning en bescherming door de staat, met ook autonomie en een zekere onafhankelijkheid van de staat. Ten slotte is er een hoge graad van beroepsethiek die leidt tot zelfregulering van de professie.

Volgens Huisman was er tussen 1865 en 1993 sprake van de 'klassieke' medische professie.² In 1865 legde de Nederlandse premier Thorbecke plichten en taken op aan de medische professie, zoals de wet op de besmettelijke ziekten en de meldingsplicht voor artsen. In ruil voor deze verplichtingen kregen de artsen het medisch behandelmonopolie in de genees-, heel- en verloskunde. Ruim een eeuw later, in 1993, werd de wet BIG van kracht, de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, die een eind maakte aan het behandelmonopolie. Tevens werd de keuzevrijheid van de patiënt vergroot.

Nu wordt de 21ste eeuw gekenmerkt door bureaucratisering en 'vermarkting' van de zorg. Het medisch specialisme had zich gevestigd, maar het preventieve aspect werd naar de achtergrond verdrongen en de klemtoon kwam op het curatieve imperatief te liggen. Bijgevolg was er een kostenexplosie door curatieve specialistische ingrepen.² Het kabinet-Lubbers stelde twee commissies in, de commissie-Dunning en de commissie-Borst.^{3,4} De eerste commissie vond het noodzakelijk dat er keuzes worden gemaakt in de geneeskunde om de kosten te drukken. Terwijl de commissie-Dunning een top-downbeleid aanging, had de commissie-Borst een meer pragmatische aanpak door het veld erbij te betrekken. De overtuiging was ook dat er *medische hindernis* bestaat, namelijk 'wat de arts niet wil, gaat hij of zij ook niet doen'. Er werd een pleidooi gehouden voor *evidence-based medicine* door middel van richtlijnen en protocollen. De artsen moesten hun professioneel handelen reorganiseren, samenwerken met collega's, protocollen ontwikkelen en werden verantwoordelijk plichtig aan de politiek, verzekeraars, patiënten, etc. 'Of we stellen nu zelf orde op zaken, of we dulden dat overheid,

verzekeraars en ziekenhuismanagement het initiatief overnemen.' En zo geschiedde.

In 2006 werd de gereguleerde marktwerking geïntroduceerd door de nieuwe Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Er ontstond concurrentie tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. De overheid stelde zich op als markttoezichthouder en de patiënt (lees: cliënt) werd herijkt als een consument die winkelt op de gezondheidsmarkt.²

In zijn latere werk spreekt Friedson van drie vormen van logica.⁵

In de eerder genoemde periode van 1865 tot 1993 is er de *logica van de professional*. De kenmerken van deze logica waren de seculiere roeping, het behandelmandaat en de vrijheid om maatwerk te verrichten. Paternalisme en eigengereidheid van de professional en de verhoging van de kosten (door bijvoorbeeld tot het uiterste te willen blijven helpen) waren echter de nadelen. Om deze nadelen te ondervangen, ontstonden de protocollen en richtlijnen vanaf de jaren 90.

Deze *logica van de bureaucratie* had als voordelen het voorkomen van ongelijkheid en zorgvuldigheid en voorspelbaarheid. Bekende nadelen zijn de traagheid (door alles te moeten registreren en controleren) en het feit dat maatwerk nog wel mogelijk is, maar eigengereidheid veel minder.

Ten slotte is er de *logica van de markt* ontstaan om de oplopende zorgkosten te reguleren door de gereguleerde marktwerking (WMG). Voordelen van deze logica zijn: de democratisering van verhoudingen door vraag en aanbod (markt is neutraal), de beslissing ligt bij de mondige, geïnformeerde burger en de koopkrachtige vraag structureert het zorgdomein. Nadelen zijn dan het feit dat de zorg niet alleen vraaggestuurd is, maar ook aanbodgestuurd en dat de meest koopkrachtige spelers de markt beheersen.

Samenvattend kunnen we zeggen dat producenten geleid worden door de consument door de logica van de markt. Werknemers worden geleid door een manager volgens de logica van de bureaucratie, maar professionals leiden zichzelf met hun eigen logica.

In dit essay willen we nagaan welke vormen van logica er gevolgd worden bij de recente ontwikkelingen in de Nederlandse en Belgische psychiatrie. En of er een bepaalde vorm van logica overheerst. In het kader van dit themanummer rijst dan de vraag: Van welke ontwikkelingen in de Nederlandse en Belgische psychiatrie kan de psychiater leren voor de toekomst? En wie is een voorbeeld voor wie?

De eerste auteur werkte van 2000 tot 2015 in Nederland, eerst in een tbs-kliniek als psychiater-behandelcoördinator en manager patiëntenzorg. Daarna was hij psychiater in een forensisch-psychiatrische polikliniek in een ggz-instelling en A-opleider psychiatrie. De tweede auteur werkt als psychiater in het Erasmus MC te Rotterdam en is sinds 2014 als gasthoogleraar verbonden aan het Universitair psychiatrisch centrum te Duffel in België.

De logica van de professional

Kwaliteit en nascholing

Het waarborgen van kwaliteit en het verzorgen van een opleidingsklimaat is een grote sterkte in Nederland. BIG-geregistreerde zorgverleners, onder wie psychiaters, moeten elke 5 jaar herregistreren bij het BIG-register, waarbij strenge vereisten zijn, onder meer op gebied van gevolgde nascholing, maar ook bijvoorbeeld via een peer-reviewed kwaliteitsvisitatie van de werkplek. In België bestaat dit principe van herregistratie niet, hoewel het wel wettelijk vereist is om actief te blijven als arts om het beroep te mogen uitoefenen. Wel bestaat er een accrediteringssysteem, waarvoor ook vormvereisten bestaan, maar het niet volgen van deze voorwaarden staat beroepsoefening niet in de weg. Dat maakt dat de drive tot het bewaken van de eigen kwaliteit in Nederland veel beter gewaarborgd is. Psychiaters in loondienst hebben bovendien ook een belangrijk opleidingsbudget zoals beschreven in de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS), wat het naar cursussen, bij- en nascholing, symposia en congressen gaan stimuleert, hetgeen dan ook veelvuldig gedaan wordt door psychiaters. Er is een opleidingscultuur in Nederland waardoor psychiaters veel scholing volgen. Dit kan bijdragen tot een hoge en gewaarborgde kwaliteit van de zorg. De situatie in België lijkt eigenlijk nogal op de situatie in Nederland ongeveer twintig jaar geleden, toen er al wel nascholing bestond, maar het al of niet volgen daarvan geen consequenties had. Men kreeg toen wel een certificaat, maar dat hoefde niet te worden ingestuurd bij herregistratie. Kortom, op dit punt is Nederland een stuk verder dan België.

De raad van bestuur en de positie van de psychiater

De raad van bestuur (RvB) beslist over wat er in het ziekenhuis gebeurt, welke hervormingen zullen plaatsvinden en hoe de budgetten verdeeld worden. Maar het meest opmerkelijke aan deze raden is dat er in sommige ziekenhuizen geen enkele arts in zetelt. Geen van de psychiaters die werkzaam zijn in het ziekenhuis worden dan mee betrokken in belangrijke beleidsbeslissingen die een rechtstreekse impact hebben op hun werk. De Medische Raad in België heeft in ieder geval wel een beleidsfunctie. En er wordt van elke psychiater die in een ziekenhuis werkt toch wel op zekere hoogte een beleidsrol verwacht, in tegenstelling tot de psychiaters in Nederland. Aan de ene kant is het fijn om te kunnen kiezen welke rollen je wel en niet opneemt in je werk; aan de andere kant zou het ontbreken van een beleidsfunctie tot een zekere apathie onder de zorgverleners kunnen leiden, omdat ze toch niet veel te beslissen hebben over het beleid. In België is voor psychiaters het zelfstandige statuut nog steeds de norm. Daarbij hebben deze contracten een sui generis-statuuut met een duidelijke bepaling dat er geen hiërarchische relatie bestaat ten opzichte van deze psychiaters vanuit de RvB of directie. Elke instelling in België heeft ook een Medische Raad, die

onafhankelijk functioneert ten opzichte van de RvB en directie. Dat geeft psychiaters veel onafhankelijkheid en betrokkenheid in het aansturen en de besluitvorming. Het waarborgt autonomie. In Nederland is dienstverband de norm en is deze hiërarchische relatie binnen dienstverband wel degelijk van toepassing op psychiaters (en andere BIG-geregistreerde hulpverleners zoals psychologen of verpleegkundigen), meer bepaald vanuit het management, waar al dan niet een BIG-geregistreerd lid in zit. Dat laatste is geen vereiste en is zelden het geval. Nota bene is er ook een evolutie gaande in België, bijvoorbeeld voor de huisartspraktijken. In een opiniestuk van een krant waarschuwde Verrijken nog: *‘uiteraard is het allerminst wenselijk dat de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen evolueert naar een verdienmodel waarin managers zonder medische verantwoordelijkheid de plak zwaaien.’* Hij hield daarbij een pleidooi voor het behouden van huisartsen aan het roer van hun praktijk, en niet managers of aandeelhouders.⁶

In Nederland is de niet-hiërarchische positie ook wel voorzien, maar enkel voor de geneesheer-directeur. Dat is een psychiater die naast de RvB functioneert, maar de functie beperkt zich tot toezicht op kwaliteit van toepassing betreffende de Wet verplichte ggz (Wvvggz; betreft dwangzorg). Sinds enkele jaren is de oprichting van een medische staf eveneens een verplichting geworden in Nederland, maar het invoeren hiervan botst soms op weerstand van RvB en de bedrijfsvoering in instellingen.⁷ Het gevolg hiervan is dat de psychiater in België veel sterker staat in de organisatiestructuur van instellingen en veel zelfstandiger werkt.

Hoewel dit uiteraard kwaliteitsbevorderend is, kan een nadeel uiteraard wel zijn dat psychiaters de betrokkenheid op de instelling als bedrijf goed moeten bewaken en dat dit niet altijd het geval is. De psychiater in Nederland valt meestal onder gezag van bedrijfsvoerders en loopt hierbinnen soms tegen de eigen aansprakelijkheid aan. De druk vanuit de bedrijfsvoering kan groot zijn, onder meer op het punt van schaalvergroting, met mogelijke risico's wat betreft kwaliteit en werkplezier. Het is de vraag hoe groot het verschil is tussen een RvB met en een zonder psychiater. Een psychiater die al lang als bestuurder werkt, denkt en oordeelt wellicht steeds meer als bestuurder en minder als psychiater. Deze overweging pleit dus voor het instellen van een medische staf (of medische raad in België), zodat de psychiaters allicht enige invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de instelling waar zij werken.

De logica van de bureaucratie

De wetgeving over de verplichte zorg

In België is de wetgeving voor gedwongen zorgverlening niet gecompliceerd. Er wordt veel aan de discretie van de artsen gelaten wat betreft de behandeling. Het gedwongen toedienen van medicatie is iets wat in een grijs legaal gebied valt, omdat de dwangopname geen dwangbehandeling impliceert. Ook bij de Nederlandse wet bijzondere

opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), die tot 2020 gold betreffende gedwongen opnames, stond de verplichte opname los van de behandeling.

In Nederland houdt men niet zo van de grijstinten. En met de hervorming van de Wvvggz – met als doel het terugdringen van dwang en drang in de psychiatrie – heeft men zo veel mogelijk regels willen inbouwen. Dit maakt natuurlijk dat elke handeling zijn eigen soort administratie oplevert en dat er een speciaal bureau is in het ziekenhuis om al die administratie en bijzonderheden te verwerken. Enerzijds leidt dit tot onwenselijke situaties in de rechtstreekse zorgcontacten met de patiënt. Probeer maar eens een document af te geven aan een man met een manische psychose die agressief is, waarop te lezen staat dat hij dwangmedicatie moet krijgen. Anderzijds zorgt het er wel voor dat de rechtspositie van de patiënt beter beschermd wordt, behandeling centraal staat en er transparantie is. Tot vijf jaar geleden was er niet zo veel verschil tussen Nederland en België wat betreft de wetgeving voor gedwongen zorgverlening. De administratie rondom de Bopz-maatregelen was in Nederland al wel uitgebreider dan in België. Het grootste nadeel van de oude situatie in Nederland en de huidige situatie in België is dat dwangopname niet automatisch betekent dat de patiënt ook gedwongen mag worden behandeld. *‘The right to rot’*, oneerbiedig gezegd. Enerzijds is het invoeren van de Wvvggz een positieve ontwikkeling (gedwongen behandelen wordt makkelijker, ook in de ambulante psychiatrie), maar anderzijds is dit ook een zeer negatieve ontwikkeling, omdat de administratieve lasten van de Wvvggz bijzonder groot zijn.

De psychiater als secretaris

Inschattingen voor de noodzaak van dwangzorg en de inzet ervan zijn in Nederland volledig het domein van de psychiater. In de herziene wet van 2019 werd de toepassing van dwang in de ggz uitgewerkt in een extreem uitgebreid en tijdsintensief systeem met heel veel inhoudelijke en vormelijke vereisten. Op zich biedt deze wet veel rechtszekerheid, wat uiteraard goed is, met veel tegenspraak, maar de slinger is wel erg doorgeslagen. Bovendien valt de administratie volledig op BIG-geregistreerde collega's, aangezien de zorgverzekeraar enkel aan hen een vergoeding uitkeert. In de praktijk komt veel van deze administratie bij de psychiater terecht, en wordt de afstand tot de patiënt steeds groter. Deze trend wordt bekrachtigd door de Federatie Medisch Specialisten die voor de toekomst de medische specialist omschrijft als een netwerkgeneeskundige, met toenemende afstand tot de patiënt. Voor de psychiatrische patiënt is dit uiteraard heel ongunstig.

De wet op de dwangzorg in België is veel eenvoudiger. Ook de procedure om een patiënt gedwongen te laten opnemen is minder gecompliceerd. De laatste jaren is er meer gewerkt aan de kwalitatieve eisen van deze procedures (bijvoorbeeld een klinische observatieperiode van 48 uur en het expliciet betrekken van het netwerk van de patiënt), waardoor ook de rechtspositie van de patiënt

verbeterd is. In het themanummer over psychiatrie en recht gingen Vandenbergh e.a. hier al uitvoerig op in.⁸

De logica van de markt

Machtige zorgverzekeraars: over tijdsregistratie, gezag over vergoede diagnoses en productie draaien

Mutualiteiten – de instanties die de verplichte verzekering tegen ziektekosten regelen voor iedereen die werkt of een uitkering ontvangt – zijn in België voornamelijk administratieve organisaties die zorgen voor een goede afwikkeling van gemaakte zorgkosten voor patiënten. In Nederland staat de zorgverzekeraar sinds 2006 naast de zorgaanbieder, beiden onder toezicht van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa). De zorgverzekeraar koopt zorg in bij zorgaanbieders en ze spreken hier samen een vergoeding voor af. Beiden hebben een wettelijke zorgplicht. Gedurende de laatste jaren zijn zorgverzekeraars veel sterker en meer sturend geworden, waarbij de beslissingsmacht bij hen ligt en onderhandelingen vaak gereduceerd worden tot eenzijdige besluiten. De jaarlijkse onderhandelingen duren ook steeds langer, en er ontstaan ook toenemend procedures om hierin te beslechten omdat zorgaanbieders er niet uit komen met de voorgestelde financiering. Ook buiten de ggz lopen klinieken vaker tegen inkoopplafonds aan en kunnen ze halverwege het jaar bijvoorbeeld geen nieuwe patiënten meer opnemen, omdat het inkoopbedrag van de zorgverzekeraar bereikt is. Patiënten moeten hierdoor dan vaak lange afstanden afleggen op zoek naar een alternatief. In de ggz heeft dit bijgedragen tot extreme wachtlijsten. Hoewel ook zorgverzekeraars een zorgplicht hebben, handhaaft de NZa hier zo goed als niet op. Zorgverzekeraars leggen hoge administratieve eisen op voor zorgaanbieders en -verleners, zoals de minutieuze tijdsregistratie. Zo gebeurt de financiering op basis van een klassiek billingsysteem, met allerlei regels over hoeveel er betaald wordt voor welke actie, wat allemaal in maandelijkse lijsten moet worden bijgehouden. Ze eisen ook grote hoeveelheden gevoelige data op, voornamelijk met het doel voor de zorgverlener om zich te verantwoorden.^{9,10} Zorgverleners worden afgerekend op hun productiecijfers.

De Koning e.a. brachten in dit tijdschrift de percepties van ggz-bestuurders en zorgverzekeraars gerelateerd aan het proces van contractering en het verloop daarvan in de tijd systematisch in beeld.¹¹ Met de gedragen inhoud van het visiedocument van de Zorgverzekeraars Nederland (ZN) 'De GGZ in 2025. Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg' vonden De Koning e.a. dat er in zekere mate sprake is van 'shared governance'.¹² De veranderingsstappen ('shared innovations') die wenselijk geacht worden, zullen bevorderd worden door de beoogde voordelen deels aan elkaar te gunnen ('shared savings'). Dit artikel werd geschreven door een bedrijfskundige en twee economen. Het is opmerkelijk dat managementtermen ook infiltreren in een wetenschappelijk tijdschrift

voor psychiatrie. We vragen ons af of dit een wenselijke evolutie is. In een ingezonden brief op dit artikel merkte Broekman op dat een ggz-bestuurder minder *salience* – in hoeverre een zorgbestuurder prioriteit geeft aan de belanghebbende zorgverzekeraar – zal waarderen, terwijl een zorgverzekeraar juist meer macht, legitimiteit en urgentie zou wensen.¹³

Samen met de bedrijfsvoerende lijn van de zorgaanbieders, gesteund door het kabinet, is de BIG-geregistreerde zorgverlener, onder wie ook de psychiater, toenemend in een uitvoerende rol terechtgekomen, waarbij hij/zij vaak tegen de grenzen van de persoonlijke aansprakelijkheid aanloopt. Dit leidt dan ook tot uitstroom naar vrijgevestigde, eigen, praktijken.¹⁴ Echter, we zien nu ook toenemend beleid vanuit de zorgverzekeraars om geen nieuwe contracten met deze vrijgevestigde psychiaters af te sluiten. Hierdoor nemen de wachtlijsten alleen maar verder toe. Maar het kernprobleem is misschien nog wel dat de Zorgverzekeringswet geschreven is op voorspelbare en stuurbare, kortdurende, zorgtrajecten. Zorgverzekeraars mijden mensen die langdurige en/of ingewikkelde zorg nodig hebben. Vooral de ggz-patiënt is dan ook geen graag geziene gast voor hen. Er is wel een Wet langdurige zorg (Wlz), maar die is zo mogelijk administratief nog meer belastend en de wachtlijsten aldaar lopen makkelijk in jaren op. Het Belgische verzekeringssysteem levert beduidend minder problemen op voor patiënten, die langdurige of ingewikkelde zorg nodig hebben. Het Belgische systeem geeft ook meer vrijheid aan zowel klinisch als ambulant werkende psychiaters. *Last but not least* zijn in België wachtlijsten ook een minder groot probleem dan in Nederland. De sterke macht van de zorgverzekeraars lijkt dus vooral veel nadelen te hebben. We vatten de verschillen tussen België en Nederland beknopt samen in **tabel 1**.

Beschouwing

Slechts één psychiater uit Nederland en één uit België hebben deze ontwikkelingen geschetst. Hierdoor is de inhoud van dit essay geen vertegenwoordiging van de hele beroepsgroep in beide landen. Daarnaast is het altijd moeilijk om dergelijke complexe gezondheidszorgsystemen tussen twee landen te vergelijken. Bovendien zijn deze systemen onderhevig aan een complexe context. Op basis van de besproken voorbeelden kunnen we stellen dat de logica van de professional wordt geconfronteerd met de logica van de marktwerking, het managerialisme en de bureaucratie. Deze laatste zorgen ervoor dat de winsten geoptimaliseerd kunnen worden in de economie. Het argument is dat de logica van de marktwerking en het management versus de logica van de professional in theorie niet gecombineerd kunnen worden, maar in de praktijk komen beide samen voor. Daarom moeten we kunnen omgaan met de beleidsparadox van deze contrasterende principes. Voor professionals blijft de eigen logica met zijn ethiek beslissend.

Conclusie: wie is een voorbeeld voor wie?

De logica's van de bureaucratie en van de markt nemen de overhand in Nederland, ten nadele van de logica van de professional. België kan de tijdrovende bureaucratie en het managerialisme maar beter niet overnemen van Nederland. Ook de weg van de dominante zorgverzekeraars moeten we zeker niet omarmen in België. Over de mogelijkheden tot dwangbehandeling en de verplichte kwaliteit en nascholing dienen de Belgen zich dringend te beraden. Hierbij kan Nederland een goed voorbeeld zijn voor België. Voor deze grote verschillen in de ontwikkelingen bij twee zo vergelijkbare en dicht bij elkaar liggende landen zou uitgebreider onderzoek nuttig zijn. Hierbij zou men relevante zaken zoals de effectiviteit van zorg, de tevredenheid van de psychiaters en van de patiënten, en de kosten kunnen onderzoeken, alsmede culturele verschillen die tot deze organisatie van de psychiatrie hebben geleid.

Tabel 1. Verschillen in de organisatie van de psychiatrie tussen Nederland en België

Nederland	België
Verplichte bij- en nascholing	Vrijblijvende bij- en nascholing
Psychiater vaak onder het gezag van bedrijfsvoerders	Geen hiërarchische relatie tussen psychiater en Raad van Bestuur
Wetgeving verplichte ggz met optimale rechtspositie voor de patiënt, maar met grote administratieve last	Minder administratieve last bij beschermende observatiemaatregel (dwangzorg)
Controlerende en wantrouwende zorgverzekeraars t.o.v. psychiaters	Meer autonomie voor psychiaters t.o.v. mutualiteiten

LITERATUUR

1 Friedson E. Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago; University of Chicago press: 1986.

2 Roscam Abbing HDC. Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning). Ned Tijdschr Geneesk 1191; 135: 2239-41.

3 van der Grinten T, Kasdorp J. 25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap. Een uitgave ter gelegenheid van 25 jaar Sociaal en Cultureel Planbureau 1999; Den Haag: SCP; 1999.

4 Huisman FG, De medische professie. In: Hillen HFP, Houwaart ES, Huisman FG, red. Medische geschiedenis. Ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij. Houten: Bohn Stafleu van Loghum: 2018. p. 209-24.

5 Friedson E. Professionalism: The third logic. Chicago; University of Chicago press: 2001.

6 Verrijken G. Hou huisartsen aan het roer van hun praktijk, en niet managers of aandeelhouders. De Morgen 2024. www.demorgen.be/meningen/hou-huisartsen-aan-het-roer-van-hun-praktijk-en-niet-managers-of-aandeelhouders~ba5c8116/

7 CAO GGZ 2021-2024, bijlage XIV 'Regeling inspraak Medisch Specialisten' 2022; Amersfoort.

8 Vandenbergh S, 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.

9 den Blijker J. Toezichthouder verzamelt ongevraagd info over 800.000 ggz-patiënten. Trouw 2022. www.trouw.nl/binnenland/toezichthouder-verzamelt-ongevraagd-info-over-800-000-ggz-patiënten~b68a0bef/?referrer=https://www.google.com/

10 Slingerland SR, Wierda E, van Veghel D. Mag je patiëntgegevens delen met kwaliteitsregistraties? Ned Tijdschr Geneesk 2024; 168: D8151.

11 De Koning C, van Dijk TS, Janssen R. De ggz in relatie tot zorgverzekeraars: een verkenning. Tijdschr Psychiatr 2024; 66: 24-9.

12 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord. 'Samen werken aan gezonde zorg'. Ministerie van VWS; 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

13 Broekman T. Ingezonden brief. Reactie op 'De ggz in relatie tot zorgverzekeraars: een verkenning'. Tijdschr Psychiatr 2024. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13330_Reactie-op-De-ggz-in-relatie-tot-zorgverzekeraars-een-verkenning

14 Joldersma C. Psychiaters in ggz-instellingen: Arbeidsmarktonderzoek NVvP-LAD; 2019.

AUTEURS

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

Tom Birkenhäger, psychiater, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

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

Geen strijdige belangen gemeld

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-12-2024.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):134-138