

From: 5.1.2.e <5.1.2.e@gmail.com>
Date: Friday, November 21, 2025, 12:05 PM
To: postbus@eerstekamer.nl
Subject: Voorstel wijziging Zorgmachtiging

Attachments:

Theory of Change Template - SMA- 5.1.2.e

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1.2.e@gmail.com. [Ontdek waarom dit belangrijk is](#)

Beste Eerste kamerleden,

Bij weigering van medicatie of andere behandeling, kan een zorgmachtiging nodig zijn. Deze juridische procedure is vaak zeer onregelend voor patiënten omdat zij bij de aanvraag ingewikkelde juridische stukken thuisgestuurd krijgen waarin gesproken wordt over dwang. Bij mijn dochter leidde de zorgmachtiging tot een suïcidepoging. Vervolgens wordt een aangevraagde zorgmachtiging slechts in 37% van de gevallen uitgevoerd (Emke Plom, Researchgate). In 63% van de gevallen wordt de zorgmachtiging slechts ingezet als 'stok achter de deur'.

Nu ik niet meer voor mijn dochter kan strijden, zet ik me in voor haar lotgenoten en hun naasten met als doel bij te dragen aan het voorkomen van het lijden dat onze familie heeft getroffen. Daartoe heb ik geïnspireerd door het boek van Rutger Bregman, een Theory of Change geschreven (zie bijlage). 5.1.2.e 5.1.2.e
5.1.2.e van de NOS is serieus geïnteresseerd in deze Theory of Change.

Mijn voorstel is dat:

- Een zorgmachtiging face to face wordt gecommuniceerd met de patiënt om onregeling te voorkomen, liefst in bijzijn van een naaste/familielid
- De zorgmachtiging, of het eigen plan van aanpak, of de zorgkaart, of de zelfbindingsverklaring wordt uitgevoerd

met vriendelijke groet,

Psychologische Praktijk 5.1.2.e

5.1.2.e

Registerpsycholoog NIP/Arbeid & Gezondheid

Telefoon: 5.1.2.e

Mijn 'Theory of Change'

1. Mijn visie

De uitdagingen

In 2014 werd Els Borst vermoord door een verward persoon, een belangrijke aanbeveling van 5.1.2.e 5.1.2.e 5.1.2.e (2015) was dat er naar signalen van familie/naasten zou worden geluisterd. Dat is niet gebeurd, vele incidenten die levens kostten volgden, onder anderen: 5.1.2.e 5.1.2.e 5.1.2.e enin 2023 mijn lieve verwarde 23-jarige dochter 5.1.2.e

Gemene deler? Er werd en wordt niet naar signalen geluisterd en 'it takes a village to care for a psychiatric patient'. De Zorgstandaard Naasten is niet expliciet over de noodzaak dat hulpverleners naar signalen moeten luisteren van familie/naasten, deze serieus moeten nemen, onderzoeken en rapporteren. Ook als deze signalen buiten geplande contactmomenten komen, of als er nog niet is kennisgemaakt met deze naasten/familie. Dit zou een wettelijke verplichting moeten zijn. Volgens Ypsilon zijn er in Nederland ongeveer 1 miljoen naasten van patiënten met psychische klachten, dit zijn 2 miljoen ogen en oren!

Vroegsignalering kan plaatsvinden door bij iedereen die psychische hulp zoekt, ook al lijkt er sprake van lichte klachten, de PQ-16 (Prodromal Questionnaire) af te nemen, de reden is dat psychose vaak niet of heel laat wordt ontdekt, met alle nadelige gevolgen van dien. De vragenlijst valt te downloaden bij Ypsilon (zie bronnen). Dit idee is afkomstig van 5.1.2.e Het afnemen van de PQ-16 duurt 5 tot 10 minuten. De vragenlijst is geschikt voor mensen tussen de 15 en 35 jaar. Wie 6 of meer keer 'eens' scoort heeft een risico op psychose en verdient een meer uitgebreide diagnostisering. Dit goed doorvragen is vooral belangrijk voor de patiënten bij wie de psychose gemaskeerd is doordat zij intelligent en verbaal vaardig zijn. Dit was het geval bij mijn dochter, die zich goed wist te presenteren.

Daarnaast is er in de GGZ gedegen kennis aanwezig om psychoses en schizofrenie goed te behandelen - Zorgstandaard psychose- maar deze kennis wordt vrijblijvend toegepast, alsof het een menukaart is waar je alleen dat uitkiest waar je zin in hebt als hulpverlener, aldus psychiater 5.1.2.e Hij vindt het een onrecht dat 46% van de patiënten met psychoses/schizofrenie soms, zelden of nooit

therapeutische behandelingen krijgt aangeboden. Voor de inspectie en de tuchtcommissie is het niet nakomen van richtlijnen, zonder argumenten daarvoor, geen reden voor een maatregel, zo heb ik tot mijn verbijstering, die tot de dag van vandaag voortduurt, ervaren. Ik heb veel tuchtzaken gelezen en mij valt op dat vooral fraude en seksueel grensoverschrijdend gedrag op strengheid mag rekenen. Natuurlijk terecht, maar niet ernstiger dan verwaarlozing van psychiatrische patiënten door nalatigheid die tot ernstige schade leidt voor de patient zelf en/of derden.

In Nederland zijn ook wachttijden bij de FACT-teams. De afkorting betekent: Flexible, dus ook hulp buiten kantooruren en op de plaats waar de patiënt zich bevindt, Assertive, de hulp wordt outreachend aangeboden, Community, de naasten van de patiënt zijn onderdeel van de hulpverlening en Treatment; behandeling van de klachten. Naast een te hoge caseload zijn de teams vaak niet 24/7 bereikbaar. De F en de A zijn dus te weinig gewaarborgd, zo signaleert ook Delespaul.

Voor patiënten in crisis zijn er te weinig opnamemogelijkheden, dit zorgt ervoor dat families thuis met situaties te kampen krijgen, die ver boven hun macht liggen. Vergelijkbaar dat je in je huis een intensive care moet runnen voor een somatische patient. Dit is niet alleen gevaarlijk, maar deze vreemde rolverwisseling zorgt ook voor verstoringen in de relatie tussen patient en familieleden.

Wachttijsten zijn funest voor patiënten met psychoses/schizofrenie, deze ontstaan door het zogenaamde 'cherry picking'. De gangbare prioritering bij somatische klachten is dat de meest ernstige gevallen het eerste hulp krijgen, is in de GGZ omgedraaid. De patiënten met de lichtste psychologische klachten worden er eerst 'uitgepikt' omdat het perverse verdienmodel dit het meest gunstig maakt. Als er meerdere diagnoses zijn dan moet de meest ernstige diagnose die het meeste risico oplevert prioriteit krijgen, of een parallelle behandeling gestart worden. De huisarts van mijn dochter verwees haar vanwege psychoses, maar ze werd behandeld voor een lichte vorm van autisme. Dit is alsof een arts kanker opzij schuift, om een verkoudheid te behandelen.

Helaas is het gevaar op suïcide in Nederland een reden is om iemand niet in zorg te nemen (Balt, Vrinzen et al., 2025). Dit is een overtreding van artikel 255 van het wetboek van strafrecht: een hulpbehoevende in een hulpeloze toestand brengen wanneer er gevaar bestaat voor het leven of gezondheid van de hulpbehoevende, terwijl deze zichzelf niet kan redden. En een overtreding van de universele rechten van de mens, artikel 3: Je hebt recht op leven, vrijheid en veiligheid.

Nederland gaat op een afwijkende manier om met antipsychotica; er wordt vaak gestart, gewisseld en gestopt met als gevolg terugvallen die tot ernstige situaties kunnen leiden. Er heerst hier een anti antipsychotica stemming die ertoe leidt dat patiënten minder overtuigd zijn van het belang van deze medicatie.

Bij weigering van medicatie of andere behandeling, kan een zorgmachtiging nodig zijn. Deze juridische procedure is vaak zeer ontregelend voor patiënten omdat zij bij de aanvraag ingewikkelde juridische stukken thuis gestuurd krijgen waarin gesproken wordt over dwang. Bij mijn dochter leidde de zorgmachtiging tot een suïcide poging. Vervolgens wordt een aangevraagde zorgmachtiging slechts in 37% van de gevallen uitgevoerd (5.1.2.e Researchgate). In 63% van de gevallen wordt de zorgmachtiging ingezet als 'stok achter de deur'.

De oplossingen samengevat in 10 punten:

1. Patiënten die lijden aan psychoses/schizofrenie worden vroeg ontdekt door afname van de PQ-16 bij iedereen die hulp zoekt voor psychische klachten bij welk loket deze persoon zich ook aanmeldt, of na een signaal van familie/naasten, of bij een crisis.
2. Snelheid bij crisis, binnen 24 uur contact met de hulpverlening met behulp van FACT-teams.
3. Er vindt een triage plaats waarbij de meest ernstige gevallen het eerst worden geholpen (advies psychiater 5.1.2.e per e-mail en genoemd in de column in de Volkskrant van 5.1.2.e). Zijn er meerdere diagnoses dan wordt in elk geval de meest ernstige diagnose behandeld. Patiënten met suïcidale neigingen hebben altijd voorrang.
4. Vervolgens worden zij direct uitgebreider gediagnosticeerd en behandeld volgens de Zorgstandaard Psychose, waardoor de kans op herstel het grootste is en het risico op gevaar het kleinst.
5. In de Zorgstandaard Naasten wordt expliciet benoemd dat er naar signalen van familie/naasten altijd moet worden geluisterd, er onderzoek moet plaatsvinden en waar nodig moet worden gehandeld. Dit dient gerapporteerd te worden. Een wettelijke verplichting hiervan is noodzakelijk gezien alle keren dat gemiste signalen geleid hebben tot drama's.

Voorstel: elk signaal van naasten/familieleden wordt gerapporteerd en behandeld volgens de SOAP methode:

S = subjectief: elk signaal richting de GGZ over een persoon wordt letterlijk gerapporteerd

O= objectief: hoe de hulpverlener oordeelt over het signaal na onderzoek hiernaar

A = analyse: conclusie uit S en O; is het signaal serieus, of niet en in welke mate?

P = plan: wat de hulpverlener gaat doen met het signaal

6. De inspectie en tuchtcommissie controleren op de inhoud van de zorg: het naleven van de richtlijnen in de Zorgstandaard en geven passende consequenties als dit niet gebeurt zonder dat hiervoor een gegronde reden is.
7. Voor patiënten in crisis worden indien nodig vanwege ernstig nadeel (bijvoorbeeld gevaar voor zichzelf of anderen) opnameplekken gecreëerd in de Verpleeghuizen waar plaatsen vrij komen door ambulantisering.

8. Cherry picking wordt niet langer toegestaan, GZ-psychologen werken alleen met patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen). Andere psychologen (hbo, NIP) nemen de lichte klachten voor hun rekening, ondersteund door EHealth en waar mogelijk, groepstherapie zodat therapie minder arbeidsintensief is.
9. De anti antipsychotica tendens wordt tegengegaan, deze leidt tot terugvallen en zelfs tot sterfte. Antipsychotica volgens Wunderink (2024) wordt toegediend in de eerste fase van een psychose en indien mogelijk zeer voorzichtig afgebouwd met behulp van tapering in overleg met patiënten en hun naasten. De richtlijn van Wunderink wordt integraal overgenomen in de Zorgstandaard Psychose.
10. Een zorgmachtiging wordt face to face gecommuniceerd met de patient om ontregeling te voorkomen, liefst in bijzijn van een naaste/familielid. De zorgmachtiging, of het eigen plan van aanpak, of de zorgkaart, of de zelfbindingsverklaring wordt uitgevoerd.

De reden dat het voor mij een must is om me hiervoor in te zetten

Ik wil aan deze uitdaging werken omdat ik niet langer kan strijden voor mijn lieve dochter 5.1.2.e die op 30 maart 2023 is overleden nadat zorgverleners haar in een psychotische toestand met ontslag lieten gaan naar een kamer in een stad waar ze niemand kende. Ernstige waarschuwingen van mij over haar suïcidale uitingen vlak voor ontslag werden genegeerd. Zij kon niet alleen wonen, wist ik als mantelzorger. 5.1.2.e zou het niet redden, zij viel tussen wal en schip.

Nu wil ik mij inzetten voor de lotgenoten van 5.1.2.e en hun naasten zodat onze lijdensweg hen hopelijk bespaard blijft.

Naar welke toekomst wil je toewerken?

Zie samenvatting met 10 punten, plus nog de hiernavolgende extra positieve gevolgen:

- Patiënten werken beter mee aan hun behandeling.
- De politie kan zich bezighouden met haar core business.
- Huisartsen kunnen zich bezighouden met hun eigenlijke taken.
- De veiligheid van burgers neemt toe.
- Stigmatisering van psychiatrische patiënten neemt af, de compassie met hen neemt toe.
- Het aantal suïcides neemt af.
- Patiënten en hun naasten hebben vertrouwen in hulpverleners.
- Er wordt gebruik gemaakt van de kennis van naasten
- Relaties tussen patiënten, naasten en hulpverleners zijn hecht en gelijkwaardig.

2. Toelichting resultaten

A. Verandering in Nederland

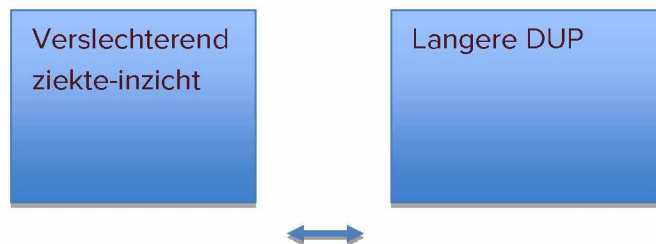
Zie samenvatting met 10 punten.

B. Ik wil de volgende belanghebbenden beïnvloeden:

1. Patiënten met psychoses/schizofrenie

- Worden direct geholpen. De wachtlijsten veroorzaakt door het zogenaamde 'cherry picking' verdwijnen. De OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) zegt in het rapport van 2023 over Nederland: 'waiting times were exacerbated by perverse financial incentives, as the established fixed payment scheme between mental healthcare providers and insurers incentivised the former to prioritise patients with less severe conditions.'
- Zij werken meer mee aan behandeling, omdat hun ziekte-inzicht door lagere DUP (Duration of Untreated Psychosis) beter intact blijft en omdat hulpverleners hen betrekken bij de behandeling. Patiënten voelen zich gezien, gehoord en begrepen. De gemiddelde DUP daalt door snelle interventie naar 3 weken (Melle et al., 2004).

Het verband tussen ziekte-inzicht en Dup is wederzijds.



De Dup vermindert met vroege diagnostiek. De vermindering van de Dup leidt tot een beter mentale gezondheid die na 3 maanden behouden blijft (Melle et al., 2004). Bij vrouwen wordt pas na gemiddeld 6,5 jaar, Sommer (2020, interview met 5.1.2.e) de diagnose gesteld, daarom is de prognose voor vrouwen slechter, er is bijvoorbeeld vaker sprake van suicide. Voor hen is vroege signalering extra belangrijk.

- Patiënten plegen minder vaak suicide doordat zij snel behandeld worden en minder problemen ervaren met de GGZ-zorg, niet goed lopende GGZ-zorg is een factor die kan leiden tot suicide (113.nl/actueel/suicide-onder-jongeren-complexe-oorzaken-complexe-oplossingen).

- Maatschappelijke teloorgang van patiënten neemt af; door hogere herstelpercentages blijven relaties, werk en studie beter in stand.

- Patiënten met psychoses/schizofrenie worden behandeld in de Specialistische GGZ. Van de 19.611 GGZ-psychologen die op 1 februari 2025 in het BIG-register staan is volgens het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) twee derde daadwerkelijk aan het werk in de geestelijke gezondheidszorg, dus 13.074 psychologen. Van hen wordt verwacht dat zij werken in de specialistische GGZ en niet in de Basis GGZ.

Werken in de Basis GGZ wordt ontmoedigd (zie verder punt 2).

- Patiënten met psychoses/schizofrenie krijgen tijdens de eerste fase van hun ziekte antipsychotica

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30927284/>, zodat zij open staan voor andere sociale en psychologische interventies. Indien mogelijk wordt dit dan later (deels) afgebouwd. In Nederland wordt antipsychotica gemiddeld laat toegediend, door een kritische houding ten opzichte van antipsychotica en omdat patiënten later in behandeling komen door wachtlijsten. De client krijgt dit vaak pas als hij zo ernstig ziek is dat hij vaak het nut ervan niet meer inziet, of achterdochtig is en het ziet als vergif en medicatie weigert. Daarnaast wordt er in Nederland vaker dan in de rest van de wereld meerdere keren (deels) gestart en gestopt met wisselende resultaten, zoals terugval. Wunderink (2024) pleit voor antipsychotica in de eerste fase van de psychose en een zeer langzame en gepersonaliseerde afbouwperiode in overleg met patiënt en naasten voor het beste behandelresultaat met zo min mogelijk bijwerkingen. In principe zou dan 1 stoppoging voldoende kunnen zijn, gezien de kleinere kans op een terugval.

Luyks & Vinkers (2021) benoemen in Medisch Contact dat antipsychotica ten onrechte in het verdomhoekje zitten. Antipsychotica werkt bij 70% van de patiënten en voor de overige 30% is nog Clozapine beschikbaar. De patiënt die op psychosenet.nl zoekt naar antipsychotica, krijgt echter direct de volgende tekst te lezen: 'Het is belangrijk te beseffen dat antipsychotica de achterliggende sociale en andere problemen niet oplossen. Soms kunnen ze iemand er door de bijwerkingen zelfs verder van oplossingen af brengen.' Voor achterdochtige/paranoïde

patiënten kan dit een reden zijn om antipsychotica te weigeren. Ook de suggestie dat psychoses vooral door achterliggende en sociale problemen veroorzaakt worden, klopt niet. 79% worden psychoses veroorzaakt door genetische factoren (bron: Hilker et al. (2018). Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish Twin Register). De omgevingsbijdrage is ongeveer 20%. Luyks & Vinkers merken op dat toen antipsychotica werd uitgevonden in de jaren '50 van de vorige eeuw patiënten sterk vooruitgingen. Een ander argument van hen is dat meer patiënten overleven met antipsychotica dan zonder. De politie kan ook meepraten over psychotische patiënten die niet geen antipsychotica gebruiken en in inhumane, verwarde toestand zich op straat of in bossen bevinden.

- Opnamemogelijkheden bij maatschappelijke teloorgang kan vergroot worden doordat de verpleeghuizen minder patiënten met dementie opnemen, zij kunnen deze lege bedden vullen met patiënten, allereerst degene die geen huis meer hebben (Geest, van der 2025).

2. Patiënten met lichte psychologische klachten

De gewenste verandering is dat door middel van positieve discriminatie in de Basis GGZ de voorkeur wordt gegeven bij sollicitaties aan masterpsychologen, hbo-psychologen en (Register)psychologen NIP. Hiermee wordt een extra reservoir aan hulpverleners aangeboord. Het exacte aantal van deze 'overige psychologen' is onbekend. Zij tellen letterlijk niet mee. Een deel van deze psychologen is ander werk gaan doen omdat hun status en baan zekerheid wankel is. Een cliënt van mij die hbo-psychologie studeerde, vertelde dat slechts een derde van zijn klas in de zorg ging werken. Wellicht zijn zij te verleiden terug te komen in de zorg door een verbetering van hun positie en inkomen.

-Zij krijgen ook hulp vergoed vanuit de zorgverzekeraar. Dit verbetert de privacy van patiënten omdat zij niet aan de werkgever hoeven te vragen om een psychologische behandeling. Ik heb meegemaakt dat een werkgever indringende vragen ging stellen aan mijn patiënt over de behandeling onder het mom van: 'ik betaal'. Het is voor patiënten lastig om die druk te weerstaan, ook al zeg ik hen dat de werkgever toch ook niet mag vragen hoe het salaris is uitgegeven.

- Wessels en Lomans (2021) beweren dat master psychologen altijd onder begeleiding werken van een GZ-psycholoog. In de praktijk is dit niet zo. Grote organisaties als PsyNed (300 psychologen) en Pulso Group (internationaal, 350 counselors) werken al decennialang met masterpsychologen en behalen goede resultaten, dankzij ruime scholing, het monitoren van transparante reviews over psychologen/counselors en regelmatige beoordelingsgesprekken. De aanpak is voortvarend waardoor de trajecten kortdurend zijn, rond de 10 gesprekken. Organisaties die gebruik maken van deze diensten zijn onder andere het UWV en het Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport.

-Er is geen sprake van ongelijkheid meer tussen deze patiënten die wel of juist niet een werkgever hebben die kosten voor psychologische zorg wil vergoeden

-EHealth en groepstherapie helpen om de therapie effectief en minder arbeidsintensief te maken

- Volgens McKenna & Davis (2009) geldt dat vier factoren doorslaggevend zijn voor de resultaten van therapie:

A Karakteristieken van de client en zijn omgeving 40%

B De therapeutische relatie 30%

C Verwachtingen, hoop en placebo-effecten 15%

D Theorie en technieken 15%

Ad A: Minder ernstige problemen, hoge motivatie, een goed probleemoplossend vermogen en een steunende omgeving hebben de grootste invloed op het resultaat van therapie. Dit pleit voor snel helpen en goede relaties opbouwen met de patiënt en zijn naasten. In Nederland leidt deze factor vooral tot 'cherry picking' het selecteren van de cliënten met de lichtste problematiek door de hoogst opgeleide hulpverleners.

Ad B: In een effectieve therapeutische relatie stimuleert de hulpverlener de cliënt om energie en tijd in de therapie te steken, weet hij/zij een hechte relatie te bewerkstelligen die tot stand komt door warmte, begrip, acceptatie en empathie uit te stralen, in de mate die past bij de persoonlijkheid van de patiënt.

Ad C: De verwachting om goed geholpen te worden, heeft een goed effect op de therapie. Op een wachtlijst staan, ondermijnt deze verwachtingen en leidt vaak tot hopeloosheid.

AD D: Het is belangrijk dat hulpverleners over werkbare therapeutische technieken beschikken en de juiste interventies doen, maar zoals eerder gezegd in de GGZ gaat men vrijblijvend om met de aanwezige kennis. En kennis die niet geïmplementeerd wordt, is zinloos. Juist bij de patiënten met EPA (ernstige psychische aandoening), waarbij factor A (door de ernst van de problematiek) en C (door de wachtlijsten) achterblijven, zijn factor B en D van het grootste belang.

3. Naasten

-Zij nemen vanzelfsprekend een rol op zich in de behandeling volgens het motto: hulpverleners komen en gaan, naasten zijn de continue factor.

- Naasten doen minder een beroep op de zorgsector en verzuimen minder op het werk, omdat zij zich ondersteund voelen en van betekenis kunnen zijn in de behandeling. Dit voorkomt overbelasting. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (2019) is 1 op de 8 mantelzorgers in de weer voor patiënten met psychische klachten. Het totale aantal mantelzorgers bedraagt volgens de Rijksoverheid in 2025 5 miljoen. In Nederland zijn er dus ongeveer 625.000 mantelzorgers voor patiënten met psychische klachten. Uit een blog van ^{5.1.2.e} (familieperspectief.nl blog 31 augustus 2023) blijkt dat ongeveer 10% van de mantelzorgers een hoge belasting ondervindt. Deze groep mensen ervaart gezondheidsproblemen. 18% van de mantelzorgers, 112.500 mensen, verzuimt op het werk gemiddeld ongeveer 17 dagen. Arbodienstverlener ArboNed gaat uit van een gemiddelde aan kosten van € 400,- per dag. Totaalbedrag per jaar ongeveer € 765.000.000.

- naasten hebben vertrouwen in hulpverleners. Zij voelen zich gezien, gehoord en begrepen door professionals. Uit de eerdergenoemde blog blijkt dat bijna de helft van de mantelzorgers niet de mogelijkheid krijgt van professionals om mee te beslissen over de zorg. Ruim de helft van de zorgprofessionals heeft niet het gevoel dat de hulpverleners aandacht voor hen hebben. Ik kan hierover meepraten toen ik eindelijk eens bij een gesprek aanwezig mocht zijn (mijn dochter was meerderjarig) werd ik na 10 minuten weggestuurd omdat de hulpverlener dacht (of invulde) dat mijn dochter zich ongemakkelijk voelde door mijn aanwezigheid. Systemisch zette de hulpverleenster mij onder in de hiërarchie door deze actie en gaf zij de boodschap aan mijn dochter om niet open te zijn tegen mij. Heel scherp weet ^{5.1.2.e} te verwoorden in een van haar blogs (<https://www.familieperspectief.nl/2020/05/27/betrek-familie-en-naasten-hoe-dan/>) hoe vreemd het is dat hulpverleners het hebben over de naasten erbij betrekken, terwijl het precies andersom is: naasten redden het niet meer en betrekken de hulpverleners erbij. In het kader van systeemtherapie is dat het juiste standpunt. Hulpverleners zouden hun positie moeten kennen: een ondersteuning zijn voor het bestaande systeem en niet het systeem ondermijnen door de naasten te negeren, of zelfs te devalueren.

4. Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

- In 2007 startte de opleiding toegepaste psychologie op hbo-niveau. Deze groep studenten wilden lid kunnen worden van het NIP. De Registerpsychologen NIP, waaronder ikzelf, waren voor. Wij vonden dat de gemiddelde hbo'er meer 'streetwise' is dan de theoretisch ingestelde, analytisch sterke, maar soms wat afstandelijke academici. De hands-on mentaliteit en informelere omgangsvormen van de hbo'ers vonden wij een welkome aanvulling. De GZ-psychologen waren echter tegen en in de meerderheid. Zo creëren GZ-psychologen schaarste aan hulpverleners en maken zij hun eigen positie ijzersterk door een gebrek aan concurrentie.

-Het NIP nodigt de hbo-psychologen ruimhartig uit om lid te worden van de vereniging.

5. De politie

Politiemensen zijn gemiddeld 20% van hun tijd kwijt aan verwarde personen die eigenlijk zorg behoeven. Bij een fulltime baan, dus een dag per week (5.1.2.e & 5.1.2.e 2014). Er zijn 149.853 meldingen in 2024 gedaan (zorgnveiligheidshuizen.nl) van E33- incidenten (incidenten met verwarde personen). Gemiddeld vergt een incident 2 uur. De totale kosten per jaar: 2 x €95,- per uurloon x 149.853,- is ongeveer €28,5 miljoen. Dit is een ondergrens, want vaak is er meer dan één politieagent betrokken bij een E33-incident. Preventieve zorg en sneller herstel is dus een lucratieve bezuinigingsmaatregel.

6. Huisartsen

5.1.2.e (Column Volkskrant 25 juni 2025) zegt dat de norm in de zorg is dat iedereen zorg krijgt en de meest ernstige patiënten het eerst aan de beurt zijn. 5.1.2.e wijken psychologen en psychiaters van deze norm af: 'Ze zijn vaak niet bereikbaar bij spoed, zeker niet buiten kantooruren. Er is wel een crisisdienst, maar de meeste behandelaars draaien daar niet in mee, betalen er niet aan mee, en geven ook zelden informatie over hun patiënten door. Als het acuut misgaat, zit de patiënt zonder vangnet – tenzij de huisarts het maar weer oplost.' Uit een onderzoek van Trimbos, Mind en Nivel uit 2025 blijkt dat 90% van de huisartsen die deelnamen een hoge werkdruk ervaren door de zorg voor psychiatrische patiënten die door lange wachtlijsten niet bij de GGZ terecht konden.

93% van de respondenten ervoer dat de psychiatrische patiënten de zorg voor de somatische patiënten verdringen (93%). Veel problemen die ontstaan rondom de zorg voor psychotische cliënten hebben te maken met een stoelendans waarbij professionals niet op de juiste stoel gaan zitten. Omdat GZ-psychologen zich ten onrechte vooral met de lichte klachten bezighouden, wordt de andere groep psychologen geweerd en verliezen hun stoel, terwijl huisartsen die vooral somatisch geschoold zijn op de stoel komen van de complexe psychiatrie en overvraagd worden. Deze huisartsen zouden een stap terug moeten kunnen doen om zich te concentreren op hun core business: de somatische patiënten.

7. Burgers

-Burgers voelen zich veiliger en hebben meer mededogen met psychotische patiënten in plaats van hen als mogelijke criminelen te beschouwen. Deze afname is ook voor de patiënten zelf van belang. Suïcidale mensen zoeken namelijk vanwege stigma niet altijd hulp, dit geldt vooral voor groepen die al om andere redenen gestigmatiseerd worden (Memon et al., 2016). Stigmatisering neemt toe als er meer

gewelddadige incidenten in de media komen die het gevolg zijn van onbehandelde psychoses/schizofrenie. Deze incidenten versterken het beeld dat mensen met een psychose/schizofrenie gewelddadig zijn. In werkelijkheid is het risico op geweld bij deze patiënten 3,5% (Kuipers & Smallenburg, 2025) en zijn zij zelf vaker slachtoffer van geweld dan de algemene bevolking.

-Het aantal geweldsincidenten dat gepaard gaat met onbehandelde psychotische patiënten neemt af. Ook al is het risico op geweld niet hoog met 3,5%, toch is dit hoger dan het percentage geweldsincidenten in de algemene bevolking dat 1,6% (Kuipers & Smallenburg, 2025). Dit is logisch omdat patiënten met psychoses/schizofrenie zich vaker bedreigd voelen door hun wanen en zich dan genoodzaakt kunnen voelen om de aanval te kiezen als de beste verdediging. Ook kunnen stemmen nare opdrachten geven aan patiënten met psychoses/schizofrenie.

Afname van psychose door behandeling heeft dus zin om geweld en maatschappelijke onrust te reduceren.

8. Werkgevers

-Werkgevers worden ontlast van het inschakelen en betalen van lichtere vormen van psychologische zorg.

9. Zorgverzekeraars

-Zorgverzekeraars passen hun vergoedingensysteem aan, de basis GGZ wordt ook vergoed voor hbo-psychologen, Masterpsychologen en psychologen NIP. Dit verlaagt de wachttijden (instroomtijd) verhoogt een gezonde concurrentie die kan leiden tot effectief en voortvarend werken waardoor de periode tussen intake en einde behandeling wordt verkort (uitstroomtijd).

- Zorgverzekeraars kunnen wellicht zaken doen met organisaties zoals Pulso en PsyNed om de overgang te vergemakkelijken.

C. 1. Veranderingen in denkwijze zorgverleners:

Niet: complexe patiënten kan ik beter vermijden. Maar: De meest dringende psychische problemen krijgen de eerste prioriteit.

Niet: ben ik ingedekt tegen klachten? Maar: ik steek mijn nek uit voor mijn patiënten.

Niet: ik ben de expert. Maar: ik waardeer de kennis van de patiënt en zijn naasten en zie hen als gelijkwaardige partners in de behandeling.

Niet: ik wil geen dwang wil uitoefenen. Maar: indien er gevaar is, geef ik vriendelijk-directief noodzakelijke zorg.

Niet: ik hoop dat het goed komt en wacht af. Maar: zoveel mogelijk preventief werken, betekent winst.

Niet: ik houd regelmatig een vinger aan de pols met een gesprekje. Maar: elke interventie beoogt een doel dat belangrijk is voor de patiënt.

Niet: ik kies mijn eigen behandeltechnieken. Maar: ik beoefen een professie en ben dus op de hoogte van de Zorgstandaard Psychose en breng deze in de praktijk.

C.2. Veranderingen in gedrag en organisatie van zorgverleners:

- Het gedrag van hulpverleners is proactief, resultaatgericht en empathisch naar patiënten en hun familie.

- Hulpverleners nemen verantwoordelijkheid en zijn daarop aan te spreken.

- Hulpverleners zijn betrokken, zij gaan met patiënten en naasten om op de wijze dat zij zouden willen dat zichzelf en hun geliefden behandeld zouden worden.

- zij praten niet langer over gedwongen zorg en dwang, maar over noodzakelijke hulp. Framing doet ertoe en de huidige terminologieën leidt

tot onnodig, maar begrijpelijk wantrouwen en verzet.

- Mocht de cliënt zich toch verzetten en in gevaar zijn, of anderen in gevaar brengen dan wordt er vriendelijk-directief de nodige zorg geboden zonder instemming op dat moment. Waarom lukte het een politieagent bij mij thuis om zonder dwang glucose te meten en lukte het de psychiaters maar niet om voldoende medewerking te krijgen voor antipsychotica? Het antwoord is een vriendelijk-directieve stijl.
- Diagnostiek en behandeling wordt direct bij signalering en melding van gevaar gestart. People first!
- De behandeling is snel en multidisciplinair, elk contact met de patiënt heeft een doel en is gericht op resultaat.
- Hulpverleners zijn op de hoogte van Zorgstandaarden en passen deze toe in de praktijk.
- Lichtere psychologische klachten (voorheen de eerste lijn) worden behandeld door hbo- psychologen, basispsychologen en psychologen NIP en worden vergoed door zorgverzekeraars. Deze psychologen hebben meer baanzekerheid en krijgen meer waardering.
- De ervaren kwaliteit van patiënten wordt transparant; de beoordelingen van zorgkaart Nederland staan op alle websites van (organisaties) van zorgverleners. Dit wordt verplicht.

C3. Veranderingen zorgverzekeraars in samenwerking met NZA (Nederlandse Zorg Autoriteit).

- Alle zorgverzekeraars streven naar inclusieve zorg. Instellingen mogen geen diagnoses uitsluiten, want dan krijgen ze geen contract aangeboden. Daarnaast stimuleert Menzis dat de GGZ de zwaardere problematiek te behandelen door dit hoger te belonen (initiatief Menzis).

C4. Veranderingen politiek

- Een vooruitstrevende burgemeester die een grote stad aanstuurt (waar de problemen het meest ernstig zijn) is een pilot voor deze veranderingen. Nog beter is het wanneer deze veranderingen meteen landelijk worden ingevoerd. Mocht er gekozen worden voor een pilot dan is er wellicht subsidie mogelijk in het kader van het Social Affairs Forum van het stedennetwerk Eurocities.
- Een verandering van de zorgmachtiging die nu ontregelend werkt en vaak niet wordt uitgevoerd. In ieder geval zou de patiënt geen complexe juridische stukken in zijn eentje moeten ontvangen, maar hier op zijn minst in een persoonlijk gesprek heldere uitleg bij moeten krijgen, samen met een familielid/naaste. Ook zou de zorgmachtiging pas moeten worden aangevraagd als er ook de bereidheid is om ook daadwerkelijk tot uitvoering over te gaan. Wij als familie hadden ons aan de aangevraagde zorgmachtiging vastgeklampt, dachten dat deze veiligheid zou creëren, terwijl deze naast de eerder genoemde suïcide poging ook zorgde voor verwijdering van mijn dochter, die ons het zeer kwalijk nam dat we vonden dat de zorgmachtiging nodig was. Vervolgens werd de zorgmachtiging niet uitgevoerd zonder overleg met ons. En ook dit vinden inspectie en tuchtcommissie dus kennelijk een normale gang van zaken.

C5 Technologische veranderingen

- Elke patiënt krijgt standaard EHealth aangeboden, plus de hulp om hier mee om te gaan, indien nodig.
- Onderzoeker 5.1.2.e 5.1.2.e 5.1.2.e is bezig met draagbare biosensoren die agressief gedrag kunnen detecteren aan de hand van fysiologische reacties. Dit kan van belang zijn bij het voorkomen van agressie in de publieke ruimte.
- Er is een interactieve app die dagelijks informatie geeft over de interventies van de behandeling en psycho-educatie en waarop de patiënt kan aangeven hoe het met hem/haar gaat, plus de hulp om hier mee om te gaan, indien nodig.

-Waar mogelijk wordt de patiënt thuis behandeld, indien nodig voor de veiligheid met tijdelijk een GPS tracer.

5.1.2.e

1. een cultuur/mentaliteitsverandering onder zorgverleners is niet gemakkelijk. Vooral de GZ-psychologen zullen meerdere nadelen ervaren:

- zij zullen meer gelijkwaardig moeten omgaan met patiënten en naasten. Dit vraagt van een deel van hen dat zij uit hun ivoren toren komen.
- De doorlooptijd van de werkzaamheden moet drastisch omhoog. Expectatief beleid, langdurig blijven steken bij diagnostiek zal met toenemende concurrentie van hbo-psychologen, Masterpsychologen en NIP-psychologen niet langer lonen.
- De status van het beroep wordt genormaliseerd; er is meer concurrentie bij de lichte problematiek en er worden reële verwachtingen gesteld. Niet méér GGZ is de oplossing, maar kwalitatief betere, menselijkere en efficiëntere GGZ.

2. De GGZ-zorg wordt inclusief; doen andere verzekeraars mee?

- Menzis kan niet alleen zorgdragen voor inclusieve zorg. Andere zorgverzekeraars kunnen dit idee opvolgen. Samenwerking tussen de zorgverzekeraars en hierin een uniform beleid zou tot meer druk leiden bij de instellingen/praktijken.

3. Wetswijzigingen vragen tijd en politieke wil: het veranderen van de Zorgmachtiging en een wettelijke plicht om signalen serieus te nemen, te onderzoeken en te rapporteren

3. De kosten gaan voor de baten uit: een tekort aan hulpverleners

Op korte termijn zijn er meer hulpverleners nodig per patiënt om de intensieve behandeling te kunnen waarborgen. Door de kortere doorlooptijd, verdient dit zich terug. Om aan de nodige hulpverleners te komen, kan het belangrijk zijn om te starten met een pilot. De benodigde hulpverleners voor deze pilot, komen deels vrij door de inzet van hbo-, Master- en NIP-Psychologen en kunnen deels geworven worden onder hulpverleners die met pensioen zijn gegaan en die verdeeld worden over de tot nu toe gebruikelijke zorg in een controlegroep en de pilot. De pilot mag immers niet leiden tot nog langere wachtlijsten. Ook kunnen lichtere klachten behandeld worden in groepstherapie.

4. Het is een barrière als er slechts gedeeltelijke aanpassingen worden gedaan, zoals ervaringsdeskundigen inzetten, gebiedsteams, FACT en IHT. Zo constateert Mark van der Gaag (2022) dat hulpverleners de Zorgstandaard behandelen als een keuzemenu waar je vrijblijvend uit kunt kiezen in plaats van als noodzakelijke hulp. Ook hierbij is er sprake van 'cherry picking', alleen de redelijk makkelijk in te voeren veranderingen worden geïmplementeerd. Door dit pleisters plakken, valt het eindresultaat tegen. Ook een te hoge caseload hanteren, belemmert dat er echt een doorbraak ontstaat.

Belangrijke mijlpalen

1. Wat zijn 2-4 doorbraken die moeten gebeuren om het einddoel te bereiken?

Noodzakelijke doorbraken

- De hele Zorgstandaard wordt uitgevoerd, tenzij er goede argumenten zijn die worden gerapporteerd dat bepaalde onderdelen niet toepasbaar zijn bij een bepaalde patient.
- Het nieuwe kabinet zet een wetswijziging in gang die de Zorgmachtiging en de plicht signalen serieus te nemen en te onderzoeken regelen, vanaf aantreding
- Verbreding van hulpverleners, zoals niet GZ-psychologen en de inzet van Verpleegkundige Specialisten naast psychiaters, kan soelaas bieden, evenals kortere doorlooptijden, de inzet van gepensioneerd hulpverleners en groepstherapie voor lichtere klachten.
- Naast bovenstaande is het ook belangrijk om de 'stoelendans' in de zorg een andere richting te geven. Niet langer gaan hoger opgeleide hulpverleners op de stoel van de lager opgeleide hulpverleners zitten, maar er wordt een stoel bijgeschoven voor de lagere opgeleide hulpverleners en de hoger opgeleide hulpverleners doen het werk waar zij voor zijn opgeleid.
- Uit een Nederlands onderzoek naar wat de dagelijkse praktijk is in FACT-teams (Westen et al. (2022)) bleek dat medewerkers 30% van hun werktijd direct contact met patiënten had, 30% besteedde aan overleg, 20% aan administratie en 20% aan reistijd en persoonlijke activiteiten. Een belangrijke pijler het contact met naasten, komt zelfs nauwelijks aan bod. En ook de intensiviteit van de behandeling kan met dergelijke cijfers alleen maar tegenvallen. De gebruikelijke productienormen zijn: 65-85 % direct contact en 15-35% ondersteunende taken. Om optimaal behandelingsucces te behalen, zullen deze percentages dienen te verschuiven naar direct patiëntencontact binnen de context van het netwerk.
- Alle zorgverzekeraars sluiten zich in het nieuwe verzekeringsjaar 2026 aan bij het inclusieve beleid van Menzis: behandelaars die complexe psychiatrische problemen weigeren, krijgen geen contract en het behandelen van zwaardere problematiek wordt hoger beloond.
- De werving voor de gepensioneerd hulpverleners start in maart 2026
- De zorgverzekeraars vergoeden de hbo-, Master en NIP-psychologen die werken binnen de pilot vanaf januari 2026.
- januari 2026 start de pilot in een van de grote steden
- alle gegevens zijn direct beschikbaar voor een onafhankelijke onderzoeksgroep, zodat parallel aan de pilot al onderzoek kan plaatsvinden.
- Indien de pilot is geslaagd passen zorgverzekeraars hun vergoedingensysteem aan op 1 september 2027. Hbo-, Master- en NIP-psychologen worden vergoed voor lichte psychologische klachten, de basis-GGZ.
- Indien de pilot is geslaagd, volgt een volgende ronde: een tweede grote stad in Nederland volgt.
- Binnen 2 tot 5 jaar is de 'nieuwe zorg' de standaard in heel Nederland.

2. De aanpak is een succes als punt 1 tot en met 10 (zie samenvatting oplossingen) is uitgevoerd.

4. Sleutelfiguren

Wie zijn de cruciale actoren die betrokken of beïnvloed moeten worden?

1. Wie hebben de macht om deze verandering te ondersteunen of te blokkeren?

A. groepen

Overheid en toezicht:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Politieke partijen
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Zorginstituut Nederland
- Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
- Tuchtcommissies
- Politie Nederland

Zorgsector:

- Zorgverzekeraars en
- Verenigingen van patiënten: onder andere Mind
- Verenigingen van naasten: Mind/Ypsilon
- Ervaringsdeskundigen
- 113
- Nederlandse GGZ
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP)
- Verenigingen huisartsen (LHV, NHG en Artsenfederatie KNMG)
- Verenigingen van psychologen: het Nederlands Instituut van Psychologen

5.1.2.e

- minister van VWS, toekomstige leden van het kabinet
- burgemeester, Femke Halsema
- leidinggevende van de politie, korpschef Janny Knol
- managers van de GGZ, 5.1.2.e coördinator veiligheid en kwaliteit van GGZ Nederland
- Inkopers GGZ, 5.1.2.e
- 5.1.2.e NOS, 5.1.2.e huisarts en columnist Volkskrant

- 5.1.2.e 5.1.2.e Mind/Ypsilon
5.1.2.e 5.1.2.e van the School for Moral Ambition
- Psychiater 5.1.2.e 5.1.2.e 5.1.2.e 5.1.2.e
- Psychiater 5.1.2.e

2. Wie zijn mijn potentiële bondgenoten, tegenstanders en kampioenen?

A. Tegenstanders

1. Politici die de zorg ondermijnen

Ik heb de indruk dat de 'gevestigde partijen' in politiek en zorg net als zorgverleners aan 'cherry picking' doen in het beleid. In plaats van de meeste aandacht te richten op de zorg voor patiënten met een EPA (ernstige psychiatrische aandoening), dus de mensen die bij de crisisdienst terecht komen, die op straat voor overlast zorgen en/ of in gevaar zijn, gaat het beleid vooral om het voorkomen dat mensen met lichte psychische klachten instromen in de GGZ. Uiteraard is dat indirect belangrijk om ruimte te scheppen voor de ernstige problematiek in de GGZ en heb ik hier ook aandacht aan besteed in mijn plan. Maar dit is niet voldoende en zal niet 'vanzelf' leiden tot goede zorg voor de patiënten met psychoses/schizofrenie. Movisie & Trimbos (2019) stellen dat voor patiënten met EPA specialistische GGZ nodig blijft, sociale hulp is daarop een goede aanvulling en een geïntegreerde aanpak is het meest effectief. Dit is vergelijkbaar met somatische klachten: mensen met een sociaaleconomische achterstand zijn vaker ziek. Natuurlijk is het belangrijk dat zij ondersteuning krijgen bij bijvoorbeeld schulden en leefstijlinterventies, maar dit wordt - uiteraard - niet gezien als een alternatief voor het aanbieden van medische zorg!

Tijdens een persconferentie in 2014 waarin een korting van 593 miljoen euro op psychiatrische zorg werd aangekondigd suggereerde minister Edith Schippers (VVD) dat zij psychiatrische diagnoses *geen echte ziekten vindt* en dat mensen minder vaak naar de psychiater moeten gaan en vaker in de eigen sociale kring oplossingen moeten zoeken. (<https://www.youtube.com/watch?v=iCh5jZEF1OA>). Zij oogstte verontwaardiging alom.

2. Hulpverleners die de ernst van psychoses/schizofrenie ontkennen

Psychiater 5.1.2.e (2016) die – in de lijn met Edith Schippers - zegt dat de ernstig psychiatrische ziekte schizofrenie niet bestaat wordt op het schild gehesen. 5.1.2.e (2020) is het in een interview met 5.1.2.e niet met van Os eens: 'Ik vond dat hij de ernstige groep patiënten tekortdeed door ze psychosegevoelig te noemen. Dat zijn de patiënten bij wie het vreselijk uit de klauwen loopt als ze geen medicatie nemen'. Sommer vindt psychosenet.nl te veel antimedicatie: 'Ik lees daar ook verhalen van de strekking: u kunt pas echt herstellen als u stopt met antipsychotica. Dat zegt een behandelaar van Altrecht. Mensen denken dat dat klopt en raken in verwarring.' 5.1.2.e vindt dat de naam 'schizofrenie' vervangen door 'psychosegevoeligheid' hetzelfde is als 'dementie' voortaan 'vergeetachtigheid' te noemen. De vlag dekt de ernst van de lading niet meer.

Het ontkennen en daarmee onzichtbaar maken van de (ernst van de) ziekte schizofrenie begon al in de periode van de antipsychiatrie (vanaf 1960). Daarna ontstond de herstelbeweging (vanaf 1980) waaronder het autonomiebevorderend beleid. Patiënten, hoe ziek ze ook zijn, moeten zelf aan hun herstel werken. Sinds januari 2024 is er een handreiking autonomie bevorderend beleid bij complexe chronische suïcidaliteit van GGZ Rivierduinen. Daarnaast is er een recent artikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie (2024) - deels van dezelfde auteurs - waarin het

autonomiebevorderend beleid beschreven staat en met één casus wordt toegelicht die, zo lijkt het bij lezing, min of meer toevallig (deze keer?) goed afliep. De oorzaken van de crisissen van deze groep ernstige patiënten wordt ook genoemd en ligt buiten de patiënten zelf, ik citeer: 'Het verkrijgen van een effectieve behandeling is een uitdaging door lange wachttijden en uitgebreide indicatieprocedures en door inclusiecriteria waar deze patiënten zelden aan voldoen'. Kennelijk moeten de patiënten die High Intensive Care nodig hebben autonoom worden, omdat de GGZ de wachtlijsten niet oplost, treuzelt met behandeldoelen opstellen en crisisgevoelige patiënten uitsluit! De werkbaarheid van dit beleid werd in de praktijk met trial and error uitgetoetst, want diverse patiënten hebben ernstige schade geleden ten gevolge van dit beleid, tot de dood aan toe (zie rapport Mind 2024 met link naar het Mindplatform). Voor de GGZ een reden om het autonomiebevorderende beleid bij te stellen. Wrang is het subkopje in het artikel in het Tijdschrift voor psychiatrie, Michiels et al. (2024): 'hoe zorgvuldig is zorgvuldig?'. Excuses heeft de sector niet gemaakt aan de slachtoffers met wie geëxperimenteerd is, onder wie mijn dochter ^{5.1.2.e} die in 2023 behandeld werd bij Rivierduinen conform dit beleid, terwijl eerder een tegengesteld beleid was afgesproken, namelijk een zorgmachtiging vanwege levensgevaar als gevolg van psychoses. Overlegd over deze grote behandelwijziging is er niet met ons als familie. Zie het rapport van Mind (2024) met meerdere ervaringen van patiënten en hun naasten. Het staat buiten kijf dat een snelle en intensieve behandeling wordt geboden de voorkeur heeft boven de ziekte uit de hand laten lopen en dan verwachten dat de patiënt hier zelf zo autonoom mogelijk van herstelt. Dat is alsof je een tumor laat groeien tot deze onbehandelbaar is en vervolgens conditietraining aanbiedt bij de fysiotherapeut.

In 2019 stelt de Onderzoeksraad voor veiligheid (in het rapport Zorg voor veiligheid - Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving) dat er te veel nadruk ligt op het belang van autonomie voor patiënten terwijl zij ook andere belangen hebben, zoals, uiteraard, veiligheid.

Zowel somatische patiënten als psychiatrische patiënten moeten in crisissituaties gebruik kunnen maken van (High) Intensive Care die dag en nacht beschikbaar is. In de praktijk is dit onvoldoende het geval waar het psychiatrische patiënten betreft, terwijl somatische patiënten desnoods zorg in het buitenland krijgen.

B. Bondgenoten en kampioenen

Mijn hoop is gevestigd op degene die last hebben van de huidige gang van zaken.

1. Patiënten met psychoses/schizofrenie en hun naasten

Zij worden onder andere vertegenwoordigd door ervaringsdeskundigen, Ypsilon en Mind.

2. Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn al begonnen zich te roeren: Menzis heeft de stap genomen dat ze geen contracten aanbieden aan zorgverleners die patiënten met de lastige, lees ernstige, diagnoses uitsluiten. Dit is een hele concrete, eenvoudige en praktische maatregel die ik toejuich! Hopelijk nemen andere verzekeraars dit over.

3. Politie

Incidenten met verwarde personen kost de politie veel tijd en geld. Voor de politie is het voorkomen van deze incidenten pure winst.

C. Welke Stakeholders kan ik het beste benaderen?

Alle bondgenoten zijn van groot belang. Patiënten en naasten belangrijk omdat het hun direct treft. Zorgverzekeraars en de politie omdat zij macht kunnen uitoefenen op de GGZ. Bijvoorbeeld zoals Menzis dat doet door geen contracten te verlenen bij cherry picking en de politie kan weigeren om het werk van de GGZ uit te voeren, of dit in elk geval beperken. Bijvoorbeeld wel een incident de-escaleren, maar de verwarde persoon niet langer in detentie zetten maar op de stoep van de instellingen, het liefst met een journalist erbij.

S 5. Mijn unieke invalshoek

Waar voldoen mijn sterke punten aan de on vervulde behoefte? Wat is mijn moeilijk te vervangen waarde?

1. Wat is mijn moeilijk te vervangen waarde? ('Value Over RePlacement (VORP))?

A. Relevante ervaringen

- van 1992 – 1998 werkzaam als educatief medewerker bij Endegeest geweest. Hier met de creatief therapeut een Educatief Spel ontwikkeld om psycho-educatie aan te bieden aan patiënten die leden aan schizofrenie (5.1.2.e (farmaceutische industrie), te Nieuwegein, 1994). Een van de aanbevelingen was: gebruik je antipsychotica trouw!
- Vanaf 2007 werkzaam als psycholoog NIP in eigen praktijk
- 2010 Deelname aan werkgroep onder leiding van Upstream Consulting om met een groepje NIP-psychologen een Werkveldprofiel te maken voor hbo-psychologen (uiteindelijk mochten de hbo'ers geen lid worden van het NIP, dit is geblokkeerd door de GZ-psychologen).
- 2013 - 2023 mantelzorger voor dochter 5.1.2.e met wisselende intensiteit
- 2016-2024 werkzaam in de Verpleeghuiszorg waar patiënten met dementie vaak ook psychotische verschijnselen hadden. Ook ervaring gehad met Parkinsondementie waarbij de werking van dopamine in de praktijk zichtbaar was; kregen patiënten te veel dopamine toegediend dan werden zij psychotisch. Medicatie om de dopamine te reguleren was heel nauwgezet qua dosering en timing. Mijn taak was adviezen geven over het omgaan met probleemgedrag, vaak betrok ik hierbij de naasten van de bewoner. Naasten hadden

vaak goede suggesties die ik zelf niet had kunnen bedenken. Bijvoorbeeld: een man vertoonde probleemgedrag als gevolg van verveling. Volgens de afdeling had hij geen hobby's. Zijn partner wist echter te vertellen dat hij graag met de kruimeldief in de weer was. Win-win: meneer had afleiding en de afdeling was nog nooit zo schoon geweest. Ik was verbaasd toen ik zelf naaste werd in de psychiatrie en niet belangrijk werd gevonden. Ik werd bijvoorbeeld niet betrokken bij het maken van een crisissignaleringsplan, maar werd wel geacht dit uit te voeren. Er stond bijvoorbeeld in dat ik terughoudend moest zijn met de crisisdienst bellen, maar natuurlijk belde ik de crisisdienst als mijn dochter in gevaar was!

Ook bij patiënten met dementie was er overigens vaak sprake van maskeren door intelligente mensen met verbale vaardigheden. Het duurde ook bij hen dan langer voor ze de juiste diagnose hadden.

--Cursus Cognitieve Gedragstherapie voor hbo'ers geschreven, opdrachtgever: 5.1.2.e 2022 hierin ook aandacht voor de geschiedenis van de psychiatrie.

- 30 maart 2023 overlijden dochter 5.1.2.e nadat zij 2 weken daarvoor in verwarde toestand was ontslagen uit de High Intensive Care van GGZ Rivierduinen. Bij obductie bleek zij tot de 15% van de mensen te behoren bij wie geen doodsoorzaak kon worden vastgesteld.

-2023 vrijwilliger bij de Vrienden van Ypsilon

-2023 melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de zorg aan mijn dochter; de inspectie liet mij zelf (nog diep in rouw!) de casus onderzoeken en vond het na mijn bevindingen niet nodig om zelf nader onderzoek te doen.

-2023- 2025 Tuchtzaak en hoger beroep vanwege de ontoereikende zorg aan mijn dochter. Uitspraken respectievelijk op 26-8-2024 en op 30-4-2025. Ondanks dat de psychiater zich niet aan de richtlijnen hield, heb ik de zaak verloren.

<https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat?text=A2023%2F6487>

2025 boek Morele ambitie gelezen en deelgenomen aan workshop van The School for Moral Ambition.

B. Vaardigheden

-Psychologische vaardigheden: Mijn cliënten bij PsyNed geven mij als psycholoog een waardering van 8.9. Regelmatig doe ik overbruggingszorg voor mensen die op een wachtlijst staan van de GGZ.

-Schrijfvaardigheden: Ik heb een boek en wat artikelen gepubliceerd, onder andere:

-Cursus Cognitieve Gedragstherapie voor H'ers, opdrachtgever: 5.1.2.e 2022

-Artikel: 'Congres Serious Gaming.' Website NIP, februari 2010.

-meegewerkt aan artikel: 'Traditioneel Assessment of liever digitaal?'. Tijdschrift: IntermediairPW Gids 2009 Werving en Selectie

-Artikel: 'Innoveren assessment'. Tijdschrift: De Psycholoog, juli/augustus 2008.

- Boek: Coachen met meerwaarde. Alphen aan den Rijn. Kluwer, ISBN: 90 13 00896 8 (2004).

5.1.2.e

Het was mijn missie om mijn dochter te helpen haar leven vorm te geven. Deze missie heb ik moeten opgeven en heb ik nu getransformeerd tot me inzetten voor haar lotgenoten. Ik ben volledig toegewijd aan dit doel.

2. Welke benaderingen zijn oververzadigd en welke lacunes bestaan er op dit gebied?

A. De herstelbenadering is sterk vertegenwoordigd in het debat, maar herstel alleen is niet voldoende en bovendien is er minder herstel nodig als de patiënt snel geholpen wordt en niet al zijn/haar maatschappelijke rollen al verloren heeft (de zogenaamde maatschappelijke teloorgang).

Ook is de kritiek op antipsychotica sterk aanwezig. Zeker, antipsychotica heeft bijwerkingen die onprettig kunnen zijn. Dit geldt, zoals bekend, ook voor de behandelingen tegen kanker, toch wil vrijwel iedereen die ondergaan om beter te worden. Antipsychotica redt levens. De negatieve teneur over antipsychotica veroorzaakt een vermindering van het placebo effect, een toename van het nocebo effect en een afname van medicatie trouw door patiënten met als gevolg terugvallen, of zelfs het weigeren van antipsychotica wat ernstige gevolgen kan hebben zoals; agressie naar zichzelf (in het ergste geval suïcide) of anderen (in het ergste geval dodelijk geweld).

De afkeer van de DSM-V komt ook regelmatig voor. Dit is de internationale taal van alle hulpverleners van huisarts tot psychiater. Prima als de criticasters met een goed alternatief dat wetenschappelijk is onderzocht komen. Dit is echter nog niet het geval. Er lijkt sprake van oude schoenen te willen wegdoen, voor er nieuwe zijn.

De diagnose schizofrenie, beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie vijf (DSM-V) ligt onder vuur.

Redenen zijn dat deze diagnose patiënten te weinig hoop zou bieden. Het is echter al lange tijd een goede gewoonte dat patiënten eerlijke informatie krijgen. Dat kan hen ook motiveren om extra in te zetten op medicatietrouw, therapie en leefstijlinterventies. In mijn jeugd sprak men niet graag het woord 'kanker' uit, dat werd vaak 'k' genoemd, het was een taboe. Nu kanker open wordt besproken zijn er vele nieuwe medische doorbraken geboekt, zetten mensen zich in om fondsen te werven en krijgen de patiënten meer steun. Deze ontwikkeling is ook gewenst voor patiënten met schizofrenie.

De diagnose psychose wordt ook regelmatig vervangen door de term 'randpsychose', dit is een onwetenschappelijke, onduidelijk gedefinieerde term die niet gebruikt wordt in de DSM-V. Mijn indruk, ook vanuit de door mij gevoerde tuchtzaak, is dat deze term wordt gebruikt om tekortschietende zorg te verbloemen, immers: 5.1.2.e (die nota bene op de High Intensive Care was opgenomen) was volgens de behandelaar niet echt psychotisch, maar randpsychotisch.

De teneur in het debat is ook dat er te veel een beroep wordt gedaan op psychologische en psychiatrische zorg. Het sociale domein wordt niet aanvullend ingezet op deze zorg maar als alternatief aangeboden. Toegang tot de High Intensive Care is beperkt en ben je eenmaal binnen dan is mijn ervaring dat er nauwelijks behandeling wordt geboden. Zelfs na een suïcidepoging werd er niet het verplichte gesprek volgens de richtlijn met mijn dochter gevoerd naar achterliggende redenen. Een gesprek dat 113 wel aanraadt en dat zelfs wordt verwacht van scholen, naasten en hulpverleners die lichtere zorg bieden.

Er is een stoelendans gaande. Psychiaters gaan op de stoel van de socioloog zitten en analyseren de maatschappij (De Wachter 2011). GZ-psychologen behandelen liever de lichtere gevallen en er zijn ontelbare adviezen en tips in magazines en websites voor de lichte psychische klachten. Er is een weinig onderbouwde stelling dat veel mensen naar de psycholoog gaan, terwijl dat niet nodig zou zijn. Dit kan ik niet beamen uit mijn eigen werkervaring. Vrijwel niemand komt voor zijn plezier naar een psycholoog. 5.1.2.e heeft na ruim 10 jaar de tijdsgeest mee.

Alleen als er een incident is in de media met een psychiatrisch patiënt worden zij zichtbaar in de rol van dader, wat leidt tot stigma. (2024) vermeldt dat het bij 84% van de mensen die door politiegeweld om het leven komen bij een aanhouding of achtervolging gaat om psychiatrische patiënten. Er ontstaat na zo'n incident een hoop ophef, maar die is van korte duur en de verwaarloosde patiënten zijn weer onzichtbaar. Voor hen geen hersenstichting met fancy televisieprogramma's of bergbeklimmingen per fiets om geld op te halen voor onderzoek.

Het is bekend dat meerdere psychologische interventies werkzaam kunnen zijn bij een stoornis. Een bekend voorbeeld is dat bij depressie cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie ongeveer even effectief zijn. Dit wordt het 'Dodo-bird vonnis' genoemd, naar de vogel in het boek 'Alice in Wonderland' die een wedstrijd organiseerde waarbij iedereen won. Dit is geïnterpreteerd als dat de specifieke techniek van de behandeling er niet toe doet, dus niet zoveel voorstelt. De laatste conclusie valt te betwijfelen: ook bij een ziekte als kanker zijn er meerdere interventies (chemotherapie, hormoontherapie, bestralingen) die effectief kunnen zijn. De ene methodiek werkt beter bij de ene patiënt dan bij de andere en ook is er vaak een combinatietherapie die het meest effectief is. De somatische wetenschap ziet dit niet als zwakte, maar juist als kracht. Echter, in de psychologie en psychiatrie is er een neiging om het eigen vak onderuit te halen, door de conclusie te trekken dat een therapie niet veel zal voorstellen, als er ook andere effectieve therapieën zijn. Als de behandelaren al niet geloven in hun eigen vakgebied, waarom zouden de patiënten dat dan doen?

Samenhangend met het vorige punt is een andere lacune dat de wil en ambitie lijkt te ontbreken om de zorg te verbeteren. Er wordt hooguit aangegeven wat men denkt wat er niet goed is. En ook die analyse is vaak kort door de bocht: te weinig GZ-psychologen, de naam van de ziekte moet anders, laten we de DSM-V weg doen, al die medicatie is maar versuffend en het is toch eigenlijk wel een erg complex probleem... Er is een soort collectieve aangeleerde hulpeloosheid rondom dit onderwerp is, waardoor er niet helder wordt nagedacht en gehandeld.

C. Waar ben ik potentieel onvervangbaar of in een unieke positie om bij te dragen?

Onvervangbaar ben ik zeker niet, maar ik bevind me in de unieke positie dat ik in de mentale gezondheidszorg werk, maar ook op de positie van naaste terecht kwam en van zeer dichtbij meemaakte wat een patiënt met psychoses beleeft en ervaart.

Door de hulpverleners werd ik niet gehoord toen ik waarschuwde (met alarmerende berichten die mijn dochter naar mij gestuurd had), waardoor mijn dochter in gevaar kwam en overleed. De inspectie en de tuchtcommissie namen mijn verhaal niet serieus genoeg zodat de verantwoordelijke psychiater op de oude voet door kan gaan en andere patiënten niet veilig zijn. Dit heeft mijn strijdlust aangewakkerd, ik kan en zal het hier niet bij laten zitten!

Op dit moment van mijn leven ben ik redelijk onafhankelijk. Men kan mij niet betichten van eigenbelang als ik kritiek heb op het NIP of vind dat psychologen als ik vergoed zou moeten worden door de zorgverzekeraars. Ik verdien namelijk genoeg; de werkgevers betalen waarschijnlijk beter dan de zorgverzekeraars. Over niet al te lange tijd ga ik met pensioen, dus ik kan zeggen wat ik wil.

Voortgang – Mijn volgende stappen

Welke specifieke activiteiten en experimenten ga ik ondernemen om mijn theorie te testen en te verbeteren?

1. Wat is mijn huidige theorie-testexperiment?

Vanaf minuut 49 gesproken op 1 oktober in het politiek Café te Amsterdam:

https://www.landelijkeclientenraad.nl/actueel/terugkijken-politiek-cafe-naar-betaalbare-zorg-voor-iedereen-1-oktober-2025?utm_medium=email&_hsenc=p2ANqtz-_XZaJdH5PAIxDt2iIII4lj8o-Kw_0Q6-mJnLHh0sFd8alvE3PxgngCFmG7OJLb0hFqxquxlaLLpLKDXzv3psnqxhjEcCNDMymb6dagtymtJ69NA0&_hsmi=118938265&utm_content=118938265&utm_source=hs_email

13 november heb ik een gesprek gehad met 5.1.2.e (Strategisch Adviseur Zorg) en 5.1.2.e (beleidsadviseur bij de afdeling Jeugd, Zorg en Diversiteit) van de gemeente Amsterdam over mijn Theory of Change. Zij waren zeer geïnteresseerd in mijn verhaal. 5.1.2.e is van plan om nog met collega's over mijn TOC te spreken.

28 november deelname programma Dagblad Trouw.

- Aan 5.1.2.e van de Volkskrant heb ik gevraagd om de financiële cijfers aan te vullen, waar mogelijk. 5.1.2.e heeft dit onderzocht, maar heeft geen aanvulling gegeven.

- 5.1.2.e psychiater, heeft nog niet gereageerd.
- Voorstel wetswijziging signalen gestuurd naar postbus@eerstekamer.nl

Ik laat mijn tekst lezen door de volgende mensen die al hebben toegezegd dit te willen doen:

- 5.1.2.e Strategy Manager bij Fastned en betrokken The School for Moral Ambition.
- 5.1.2.e psychiater, heeft toegezegd mijn tekst te lezen
- 5.1.2.e (Netwerkcoördinator Zorg en Veiligheid (voor mensen met onbegrepen en risicovol gedrag) bij de Nederlandse GGZ)
- 5.1.2.e (onderzoeksjournalist NOS)
- 5.1.2.e psychiater, heeft mijn tekst gelezen en feedback gegeven
- 5.1.2.e Familie-ervaringsdeskundig adviseur (F)GGZ, VZ en sociaal domein
- 5.1.2.e columniste Volkskrant, heeft inmiddels feedback gegeven
- 5.1.2.e POH-GGZ, heeft inmiddels feedback gegeven
- 5.1.2.e voormalig zorgmanager, heeft inmiddels feedback gegeven

- 5.1.2.e directeur Ypsilon, heeft inmiddels feedback gegeven

De volgende mensen ga ik nog vragen:

5.1.2.e 5.1.2.e inkoper GGZ bij Menzis

2. Welke contacten ga ik leggen, zodra mijn tekst is gelezen door bovenstaande personen?

- Marjolein Moorman, Tweede kamerlid. Gesproken en TOC toegestuurd
- Landelijke politici (nu nog niet bekend)

3. Welke kennis en vaardigheden dien ik te ontwikkelen?

- Er is veel berichtgeving over de GGZ, dus het is belangrijk om dit bij te houden, maar er ook niet in te verdwalen zodat deze tekst nooit af komt in een drang naar volledig zijn.
 - Als oudere jongere worstel ik weleens met mijn digitale vaardigheden. Bijvoorbeeld bij het benaderen van mensen op LinkedIn en bij het gebruik maken van ChatGPT. Ik probeer mezelf hierin bij te spijkeren en waar nodig om hulp te vragen.
 - Met een verhaal als dit naar buiten treden, voelt als 'uit de kast komen'. Ik moet hier een zekere schroom voor overwinnen. Net als andere ouders die een kind hebben verloren, is er sprake van schuldgevoelens. Dit heeft mijns inziens geen psychologische, maar een biologische oorsprong: als zoogdier is het je taak je jong in leven te houden. In het boek 'Tonio' staat dit mooi beschreven als de vader vindt dat hij de vrachtwagen die het dodelijke ongeluk veroorzaakte had moeten tegenhouden. Als zelfs een intelligent mens als A.F.Th. van der Heijden aan dit schuldgevoel ten prooi valt...
 - Ik heb geen groot netwerk of kruiwagens ter beschikking die mij kunnen helpen bij het verspreiden van dit verhaal. Toch is het me wel al gelukt om enige contacten te leggen die belangrijk kunnen zijn.
 - Mijn woede over wat er gebeurd is met mijn dochter is groot. Toen ik een zoomgesprek met 5.1.2.e werkzaam bij de GGZ zou krijgen, was ik bang dat ik boos zou worden. Op mijn bureau legde ik zichtbaar een briefje voor mezelf neer met de tekst: 'rustig blijven, Tineke!'. Het bleek een vooroordeel te zijn. 5.1.2.e was zeer belangstellend en empathisch, het gesprek met haar heeft mij goed gedaan.

4. Hoe zal ik mijn aannames valideren en van mijn experimenten leren?

- De mensen die ik laat meelesen, zullen mij zeker feedback geven.
- Als het tot implementatie komt, zullen de kinderziektes zeker blijken en leiden tot andere/betere oplossingen, waarbij het een valkuil kan zijn (die vermeden moet worden!) dat er opnieuw een flauw aftreksel tot stand komt.
- Ik ben mij ervan bewust dat wat ik heb meegemaakt mijn waarneming kan kleuren en sta ervoor open om mij hierin te laten corrigeren.

Bronnen:

Abraham, M., Nauta, O. (2014): 'Politie en verwarde personen'. WODC, afdeling Extern Wetenschappelijke Betrekkingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

American Psychiatric Association: *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V-TR)*. (2022). Boom: Amsterdam.

Balt, E., Vrinzen, S., Salmi, S., Eikelenboom, M., & Mérelle, S. (2025, March 24). Samen leren, minder suïcide: Rapportage psychosociale autopsie 2025. 113 Zelfmoordpreventie.

Geest, M. van der (2025). Wachtlijsten van verpleeghuizen dalen opeens snel: hoe komt dat?. *Volkskrant*, 11-9-2025, 13-15.

Haan, B. (2024). *Dodelijke zorg*. Amsterdam: Ambo/Anthos.

Kuipers, L. & Smalenburg, L.C.S. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2025).Nederlandstalige samenvatting van Whiting 2022 en Fazel et. al (2009).

Hilker et al. (2018). Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish Twin Register.

Hoekstra, R.J., van Hoorn, E., de Wit, L. (2015). *De zaak Bart van U*. Amsterdam: Balans.

Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2020. Trimbos Instituut.

McKenna, D.D.& Davis, S.L. (2009). Hidden in plain sight: The active ingredients of executive coaching. *Industrial and Organizational Psychology*, 2. 244-260.

Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B.R., Vaglum, P., & McGlashan, T. (2004). Het verkorten van de duur van onbehandelde eerste psychose: effecten op de klinische presentatie. *Archives of General Psychiatry*, 61 (2), 143–150. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.2.143>

Memon, A., Taylor, K., Mohebati, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T. & de Visser, R. (2016). Perceived barriers to accessing mental health services among Black and minority ethnic communities: A qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*, 6(11), e012337. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012337>

Michiels, M., Steentjes, D., Mook-Spermon, N., Lotgering, S.F., Dijk, D. van, Scholma, R., Kalma, L., Velzen, C.C. van, Winter, R.F.P. de. (2024). Autonomiebevorderend beleid bij complexe, chronische suicidaliteit. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 66(7):403-406.

Movisie & Trimbos (2019). Mens tussen de mensen. Maatschappelijk herstel in de wijk.

Os, J. van, (2016). 'Schizofrenie' bestaat niet. *TheBMJ* (<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.i375>)

Sociaal en Cultureel planbureau (2019). Mantelzorgers in het vizier.

Wessels, K., Lomans, R. (2021). *Zó werkt de geestelijke gezondheidszorg*. De Argumentenfabriek.
bib

Westen, K.H., Peeters, P., Landers, S., Kroon, H., Delespaul, P. De dagelijkse praktijk van een FACT-team: resultaten van een experience-samplingstudie. *Tijdschrift voor psychiatrie* (2022;64(6)).

Wachter, D., de (2012). *Borderline times*. Leuven: LannooCampus.

Wunderink, L. (2024). Veranderende perspectieven op psychose en de dosering van antipsychotica ten behoeve van gepersonaliseerd beheer van antipsychotica in de klinische praktijk. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 47 (4), 322–328. <https://doi.org/10.1037/prj0000614>

<https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers/registraties-per-provincie/gz-psycholoog>

<https://www.f-actnederland.nl/wp-content/uploads/2017/03/Naar-meer-dan-1000-FACTteams.pdf> geschreven door Philippe Delespaul

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30927284/>

<https://kenniscentrumphrenos.nl/thema/goede-zorg/feiten-en-cijfers>

<https://Familieperspectief.nl/2023/08/31/scp-onderzoek-bevestigt-noodzaak-emotionele-ondersteuning-mantelzorg/>

<https://www.familieperspectief.nl/2020/05/27/betrek-familie-en-naasten-hoe-dan/>

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/introductie>

<https://www.ggzstandaarden.nl/artikelen/178/visie-mark-van-der-gaag-op-uitkomsten-onderzoek-zorgstandaard-psychose>

<https://www.maurice-timmermans.nl/artikelen/ik-snap-geen-bal-van-schizofrenie/>
<https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/antipsychotica-ten-onrechte-in-het-verdomhoekje>
<https://www.medischcontact.nl/de-wetsherziening-Wvggz-laait-nog-op-zich-wachten-wat-kan-er-al-wel-23-mei-2024-Emke-Plomp>
<https://www.menzis.nl/over-menzis/web/publicaties/zorg-zorgverzekering/2025/11/18/menzis-meer-gecontracteerde-ggz-zorg-kwetsbare-patienten>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12079407>
https://www.oecd.org/en/publications/netherlands-country-health-profile-2023_3110840c-en.html
https://www.oecd.org/en/publications/sweden-country-health-profile-2023_ec938a6d-en.html
<https://www.om.nl/documenten/publicaties/strafzaken/bart-van-u/map/rapport-onderzoekscommissie-zaak-bart-van-u>
<https://onderzoeksraad.nl/onderzoek/zorg-voor-veiligheid-veiligheid-van-mensen-met-een-ernstige/>
<https://www.psychosenet.nl>
<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schizofrenie/schizofrenie - startpagina.html>
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/hulp-voor-toenemend-aantal-mantelzorgers>
[Researchgate.net/profile/Emke-Plomp/publication/381231748_De_wetsherziening_Wvggz_laait_nog_op_zich_wachten_-_wat_kan_er_al_wel/links/67cb6416cc055043ce6f388d/De-wetsherziening-Wvggz-laait-nog-op-zich-wachten-wat-kan-er-al-wel.pdf?](https://www.researchgate.net/profile/Emke-Plomp/publication/381231748_De_wetsherziening_Wvggz_laait_nog_op_zich_wachten_-_wat_kan_er_al_wel/links/67cb6416cc055043ce6f388d/De-wetsherziening-Wvggz-laait-nog-op-zich-wachten-wat-kan-er-al-wel.pdf?)
<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/04/1004721-eindrapport-Bruggen-slaan-en-navigeren-op-weg-naar-herstel.pdf>
<https://www.volkskrant.nl/columns-van-de-dag/de-geestelijke-gezondheidszorg-moet-haar-zorgplicht-serieus-nemen~b3aa4a6d/>
<https://wijzijnmind.nl/campagnes/stem-mentaal>
<https://mindplatform.nl/media/8171/download/MIND%20Rapport%20Meldpunt%20Autonomiebevorderend%20beleid.pdf?v=1>
<https://www.youtube.com/watch?v=iCh5jZEF1OA>
<https://Zorgenveiligheidshuizen.nl>
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/info/hulpmiddelen>
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/introductie>
[https://www.ypsilon.org/zorg-voor-de-ander/vroeg-bij-ingrijpen/#:~:text=De%20Ervaringenlijst%20\(PQ%2D16%2C,of%20niet%20hulp%20te%20zoeken](https://www.ypsilon.org/zorg-voor-de-ander/vroeg-bij-ingrijpen/#:~:text=De%20Ervaringenlijst%20(PQ%2D16%2C,of%20niet%20hulp%20te%20zoeken) PQ-16
<https://www.ypsilon.org/actueel-ypsilon/eindelijk-een-veilige-ontmoetingsplek-voor-naasten-in-de-ggz/113.nl/actueel/suicide-onder-jongeren-complexe-oorzaken-complexe-oplossingen>