

Mijn idee voor Nederland. Amsterdam, De Balie, 18 dec 2013.

Nieuwe verantwoordelijkheid voor de gemeenschap – Paul Verhaeghe

In deze tijden van 'meten is weten' steek ik van wal met wat cijfers. Binnen de EU kunnen we een ranglijstje opstellen van de ziektes met de grootste impact op levensduur en kwaliteit. Op nummer een staan de cardiovasculaire aandoeningen, met 22,9 procent, op nummer twee de neuropsychiatrische aandoeningen met 19,5 procent, en pas op nummer drie de kankers, met 11,4 procent (Bertollini, 2012, p.41). In het EU-rapport wordt gewezen op de verbijsterende toename van depressie en ruimer, van mentale stoornissen.

Dit is, op zijn zachtst uitgedrukt, vreemd. Onze levensduur en levenskwaliteit zijn nog nooit zo hoog geweest als vandaag. Bovendien leven wij zonder twijfel in een van de veiligste regio's ter wereld, hebben we nog nooit in onze geschiedenis zoveel kwaliteitsvol onderwijs en gezondheidszorg gehad voor ongeveer iedereen, en nog nooit waren de openbare voorzieningen zo goed.

Die vaststellingen zijn voor heel wat mensen een reden om een veroordeling uit te spreken over de groep die uit de boot valt. Al die depressieve softies, dat zijn toch zeurderige types die hun verantwoordelijkheid niet kunnen of willen dragen. Daarbij volgt de vaststelling dat onze gezondheidszorg stilletjes aan onbetaalbaar wordt, dat een drastische besparing meer dan noodzakelijk is, en dat we die het best kunnen realiseren door alle profiteurs uit het systeem te gooien.

Deze redenering spoort met een hedendaagse overtuiging. Gezond zijn of ziek zijn is een zaak van het individu. Het is zijn of haar verantwoordelijkheid. De organisatie van onze gezondheidszorg sluit daar grotendeels bij aan, in die zin dat het accent op de individuele patiënt ligt.

Dit is een politieke overtuiging, die ondertussen verregaande implicaties heeft voor het denken over en het organiseren van de zorg. Als ziekte een zaak van het individu is, dan gaat alle aandacht noodzakelijkerwijs naar de behandeling van het individu en naar diens eigen aandeel in de eigen ziekte. Verzorgt hij zijn lichaam, eet en drinkt hij gezond, slaapt hij voldoende, enzovoort. Kortom: neemt hij zijn verantwoordelijkheid wel?

De volgende stap is een beschuldiging: als iemand ziek wordt, dan heeft dat te maken met een verkeerde levensstijl, in combinatie met te weinig inzet en karakter. Meer nog: als er teveel dergelijke patiënten komen, dan vormen zij een bedreiging voor onze maatschappij. Begrijp: voor 'onze' economie. Het is een teken aan de wand dat in het hedendaags politiek taalgebruik maatschappij en economie zo ongeveer synoniem geworden zijn. Waarbij 'economie' staat voor een neoliberale aanpak, met alle accent op 'groei' en 'zuurstof voor de bedrijven'.

Ter illustratie van deze beschuldiging citeer ik een uitspraak van eurommissaris voor Gezondheid en Consumentenzaken Tonio Borg: "Roken vermindert de productiviteit, het schaadt de economie. Ik ga binnenkort naar Griekenland, waar 40% van de mensen roken. Dat is een kostenfactor waarover gepraat moet worden."<sup>i</sup> Een paar maand voordien konden wij in Vlaanderen in De Standaard het volgende lezen: "Zelfdoding kost Vlaanderen 600 miljoen euro per jaar, wat een ernstige bedreiging vormt voor onze economie". En een jaar eerder werd in de UK door de *London School of Economics* een pleidooi gehouden voor psychotherapie, niet uit

bezorgdheid voor de patiënten, wel omdat het toegenomen aantal depressies een bedreiging voor de Britse economie vormt.<sup>ii</sup>

De boodschap is duidelijk; ziekte en gezondheid zijn een individuele verantwoordelijkheid, waarbij ‘de maatschappij’ – begrijp, opnieuw, de economie, opnieuw, in een neoliberale versie – het slachtoffer dreigt te worden.

Mijn stelling staat daar lijnrecht tegenover. Gezondheid reduceren tot een zaak van het individu, is fundamenteel fout en getuigt van een verregaande blindheid omdat we voor de hand liggende verbanden weigeren te zien.

Dit is helaas ook ten eerste het geval in mijn vakgebied, de psychiatrie en de klinische psychologie. De bevestiging gebeurt op een subtiele manier, met name door systematisch dingen weg te laten, waardoor de indruk ontstaat dat de huidige theorie en praktijk een correcte, wetenschappelijk onderbouwde weergave van de werkelijkheid bieden.

Wat er weggelaten wordt, is de impact van de sociaal-economische omgeving, zowel in de beschrijving, als in de behandeling als bij het onderzoek (M.Boyle, 2011). Dit is zo belangrijk dat ik niet anders kan dan er even op in te gaan.

Voor alle duidelijkheid: er is meer dan voldoende bewijs dat de omgeving een doorslaggevende rol speelt bij het ontstaan van psychologische en psychiatrische moeilijkheden. Veel meer dan voor genetische of biologische oorzaken. Het tragische is dat de main stream opvatting die redenering omkeert, getuige een citaat komende uit een nog ouder rapport van de *London School of Economics*: “Crippling depression and chronic anxiety are the biggest causes of misery in Britain today” (LSE, 2006: 1). Merk op: *causes* – ze worden niet als gevolgen beschouwd. Nog een stap verder en de slechte sociale omstandigheden waarin die mensen zich bevinden, worden begrepen als een gevolg van hun mentale stoornis, terwijl er veel meer bewijs is voor de omgekeerde redenering. Met name dat die mentale moeilijkheden een gevolg zijn van abominabele sociaal-economische omstandigheden.

De manier waarop psychiatrie en psychologie de impact van de sociale omgeving weglaten, heeft alles te maken met een bepaald taalgebruik in combinatie met een bepaalde focus, die in hun combinatie ook het onderzoek aan de universiteiten bepalen. Het taalgebruik in de psychologie gaat op een systematische manier moeilijkheden en problemen herdefiniëren als *symptomen in* het individu; begrijp: als intrapsychische “states” of “traits” die abnormale proporties hebben aangenomen. De impact van eventuele omgevingsfactoren krijgt slechts aandacht via neutraal klinkende termen zoals “life events” en “social support”.

Bovendien wordt die impact geneutraliseerd door de verondersteld echte oorzaak andermaal op het conto van het individu te schrijven, met termen zoals *resilience* en *kwetsbaarheid*. Dit is het zogenaamde diathese-stress model: ja, de omgeving speelt een rol, maar individuen worden ziek omdat ze te zwak zijn, te kwetsbaar, omdat ze die omgeving niet aan kunnen. Begrijp: flinke mensen kunnen dat wel.

Binnen de hedendaagse psychiatrie is de focus op het individu nog een stuk verder doorgeschooten. Naast een gelijkaardig verhullend taalgebruik, vinden we daar een nog meer inperkende blik: niet meer het individu, maar wel het brein.

Ter illustratie, de meest toonaangevende wetenschappelijke instelling, met name het Amerikaanse *National Institute for Mental Health*, stelde bij monde van

haar directeur in april van dit jaar letterlijk dat het verkeerd is om “mental illness” te beschouwen als “a mental or behavioral disorder”. Integendeel: “We need to think of these as brain disorders”.<sup>iii</sup> Zijn betoog is retorisch zeer overtuigend, zowel voor vakgenoten als voor leken, andermaal op grond van het taalgebruik en bij gratie van een exclusieve accentlegging, *met weglating van alle gegevens die daar niet in passen*.

Daartegenover staat een vaststelling als een huis, gemaakt door de wereldgezondheidsorganisatie in 2009: “Mental health is produced socially: the presence or absence of mental health is above all a social indicator and therefore requires social, as well as individual solutions (...).” (WHO, 2009, p. V).

Ter verontschuldiging van mijn vakgebied wil ik er wel aan toevoegen dat de focus op het individu geen uitvinding is van de psychologie of de psychiatrie. Wij leven al ruim een kwart eeuw in een maatschappij waarin individualisering centraal staat, en dit op grond van de neoliberale Angelsaksische dominantie van het “survival of the strongest” model (en niet “fittest”, in hun foute lezing van Darwin). Het mooie idee van de maakbare mens wordt daarin geïnterpreteerd als: elk individu kan en moet het maken, en wie mislukt, die heeft zich niet voldoende ingezet, die heeft te weinig spankracht of is te zwak (Verhaeghe, 2012).

Dit zijn nauwelijks verholen beschuldigingen, waardoor we al snel aan *patient blaming* gaan doen, of aan een *blaming* van de onmiddellijke omgeving – meestal de moeders. Dat is vandaag een vaak gehoorde zure oprisping: het moet wel verkeerd lopen met de jeugd, kijk eens naar hun ouders, al die *teenage mums* in de UK, al dat schorem aan de onderkant die dan nog zeven kinderen produceren en er geen zorg voor dragen – zouden we hen niet beter verplicht steriliseren?

Even ter vergelijking. Begin vorige eeuw vindt het eerste grootschalig onderzoek naar de oorzaken van de hoge kindersterfte in België plaats. Michel Vandenbroeck (2010; 2003) heeft het rapport daarvan zorgvuldig bestudeerd, zorgvuldig in die zin dat hij vooral nagekeken heeft wat er niet in staat. Concreet: zo ongeveer alle sociale factoren worden weggefilterd via de in het onderzoek toegepaste statistische methodes, met als gevolg dat de oorzaak voor die kindersterfte exclusief bij de moeders komt te liggen. En dat de voornaamste aanbeveling het aanpakken van die moeders is – dat heet vandaag responsabilisering.

Wat er weggelaten werd, is niet zo moeilijk om raden: de toenmalige armoede en de leefomstandigheden, waarbij kroostrijke gezinnen moesten samenhokken in kleine, onhygiënische woningen en mensen zeven dagen op zeven moesten werken (in België tot 1905) voor een hongerloon, enzovoort. Niks mee te maken, het besluit luidt dat kindersterfte de schuld is van domme of gedegenereerde moeders, die door de overheid dringend aangepakt moeten worden, punt uit.

Gelukkig dacht niet iedereen er zo over. In mijn inleiding vermeldde ik reeds dat onze levensverwachting en levenskwaliteit nog nooit zo hoog geweest zijn. Zoals bekend is dat pas de laatste halve eeuw het geval, en de verklaring voor die stijging hoeven we niet te zoeken in een curatieve geneeskunde met een exclusieve focus op het individu. Integendeel, die stijging heeft alles te maken met een ruime, sociaal-medische en preventieve aanpak die ook grotendeels de vorige eeuw doorgevoerd werd.

Kort samengevat: onze hoge levensverwachting en levenskwaliteit zijn gebaseerd op de uitbouw van rioleringsystemen, het voorhanden zijn van zuiver

drinkwater, een betere huisvesting en voeding (met bijvoorbeeld melk op school), inenting, betere lichaamshygiëne en betere arbeidsomstandigheden. Al die factoren hebben een overduidelijke impact gehad op ons huidig gezond en wel zijn. En ongeveer al die factoren gaan terug op politieke beslissingen die het leven van individuen ingrijpend verbeterd hebben.

Ter overweging: had het afgehangen van de toenmalige *captains of industry*, dan hadden we nu nog een zevendaagse werkweek en kinderarbeid, want volgens de bedrijfsleiders anno 1900 was kinderarbeid strikt noodzakelijk om hun concurrerende positie te kunnen behouden.

Vandaag plukken wij de vruchten van die preventieve gezondheidszorg, en we mogen onze voorouders daar dankbaar voor zijn. Op grond van hun collectieve inzet voor het algemeen belang zijn er een aantal verschuivingen ontstaan. Een eerste is een accentverlegging van preventieve, sociale geneeskunde naar curatieve, individuele zorg. Een tweede is een verschuiving van onverdacht organische ziektes naar immer verdachte psychologische moeilijkheden. Beide verschuivingen vragen wat toelichting.

Dat geneeskunde en zorg vandaag hoofdzakelijk curatief en individueel gericht zijn, is inderdaad het mooie resultaat van een geslaagde preventieve geneeskunde uit het verleden. We mogen dit niet vergeten, en we moeten beseffen dat het één niet zonder het ander kan. Een exclusief accent op een individuele en curatieve geneeskunde zonder die voorafgaande, preventieve sociale geneeskunde zou veel minder fraaie resultaten opleveren.

De tweede verschuiving betreft deze van lichamelijke ziektes naar psychologische en psychiatrische problemen. Ik gaf in mijn inleiding de cijfers van de Europese gemeenschap, waarbij cardiovasculaire aandoeningen op de voet gevolgd worden door de neuropsychiatrie. Ik gaf ook reeds aan dat psychiatrische problemen nog altijd verdacht overkomen. Ofwel ben je écht ziek (liefst met duidelijke koorts), ofwel ben je niet flink genoeg.

Die overtuiging zit diep in ons, zelfs bij de patiënten die er daarom nog een bijkomend schuldgevoel aan over houden. Al snel duikt dan een typische vergelijking op: kijk eens naar vroeger, toen mensen loodzwaar werk moesten doen en er nauwelijks gezondheidszorg was, toen waren er pas échte problemen; kijk naar de minder ontwikkelde landen, daar hebben ze échte ziektes. Begrijp: depressie en aanverwanten zijn luxe problemen, typisch voor doetjes.

Dit is een opvatting waar we ons zo snel mogelijk moeten van bevrijden. Elke maatschappij, zonder uitzondering, heeft haar eigen ziektes, die veel zeggen over die maatschappij. De negentiende-eeuwse rachitis ten gevolge van kinderarbeid, gebrek aan zonlicht en slechte voeding is zo typerend voor de toenmalige Britse maatschappij dat we nog steeds spreken over de 'Engelse ziekte'.

De huidige stortvloed aan mentale stoornissen typeert dan weer onze maatschappij, en we moeten dit durven onder ogen zien. Bovendien zijn zowel rachitis als depressie even 'echt'.

Vooraleer ik doorga op de typisch hedendaagse aandoeningen, moet ik wel ingaan op dat laatste, op het al dan niet 'echt' zijn. Waarom gaan wij ervan uit dat een aandoening met duidelijk afgelijnde lichamelijke symptomen zoals koorts en ontstekingen, 'echter' is dan moeilijkheden waarbij dat niet het geval is?

De uitleg daarvoor is relatief eenvoudig maar helaas nagenoeg onoplosbaar. Kort samengevat: wij denken al meer dan tweeduizend jaar in termen van een opsplitsing tussen lichaam en geest. Dit gaat van start bij de klassiek Griekse filosofie en werd hernomen door de christelijke leer. Via het onderwijs kregen wij deze opsplitsing in ons denken ingeplant, bovendien met een duidelijk morele rangorde: de ziel is het belangrijkste, het lichaam is verderfelijk.

De opdeling hebben wij tot vandaag behouden, met dien verstande dat er vanaf de Verlichting geleidelijk aan een omkering kwam in het bijbehorende morele oordeel. Vandaag is het lichaam het échte, tastbare, wetenschappelijk onderzoekbare object; de geest daarentegen is een vluchtig iets, meer geschikt voor poëten en pastores. Niet iets om ernstig te nemen. De huidige psychologen en psychiaters buigen zich dan ook allemaal over het brein en de genen, kwestie van niet geassocieerd te worden met die halfzachte toestanden van weleer.

In de praktijk is een dergelijke opdeling tussen lichaam en geest fundamenteel fout – heel veel mensen in het praktijkveld zijn daarvan overtuigd. Toch slagen we er niet in een andere benadering uit te werken, omdat we er letterlijk geen woorden voor hebben – ons volledig denken en de bijbehorende opleidingen gaan uit van die splitsing. Daarom is het als probleem nagenoeg onoplosbaar.

Het is die opsplitsing en het bijbehorende morele oordeel die verklaren waarom wij mentale moeilijkheden niet ernstig nemen en nauwelijks als ‘echt’ beschouwen.

Nochtans kennen we al een halve eeuw een duidelijke brug die de wisselwerking tussen lichaam en geest aantoont. Al geruime tijd weten we dat er een bepaalde mediator is, een zelfs meetbare somatische factor die verklaart waarom mensen eronder doorgaan, waarbij dat eronder doorgaan veel verschillende vormen kan aannemen. Die mediator noemen we stress, waarvan de oorzaken en gevolgen zowel lichamelijk als psychisch zijn.

Het typische van de gevolgen is bijgevolg hun a - typisch karakter. Dat mag dan vreemd klinken, maar er is wel voldoende bewijs voor. Stress werkt in op de neurologische en endocrinologische processen, onder andere door een sterke toename van cortisolproductie. De bedoeling van die toename is het vrijmaken van voldoende energie om de oorzaken van stress op te heffen. Lukt dat opheffen niet, dan spreken we over chronische stress, waarbij het cortisolniveau constant te hoog blijft. En dat zorgt voor de ellende.

Het bekendste gevolg van een verhoogd cortisolniveau is het dalen van onze immuniteit, waardoor we meer vatbaar worden voor virussen en dus voor ‘echte’ ziektes. Dat is verre van het enige gevolg: chronische stress en verhoogde cortisol liggen aan de basis van hartritmestoornissen, hoge bloeddruk, hartaanvallen, en van allerlei ontstekingen. Nog steeds echte ziektes dus.

Maar wat te denken van de volgende groep die evenzeer effecten van chronische stress kunnen zijn: rugpijn, hoofdpijn en spijsverteringsmoeilijkheden, teveel of te weinig eten, verhoogd alcohol-, nicotine en medicijngebruik en ernstige slaapmoeilijkheden. Voor veel mensen zijn dat toch al wat minder echte ziektes.

Dat is nog meer het geval bij de volgende groep stress-gerelateerde aandoeningen, met name angst en depressie. O ja, en bij kinderen is er een veralgemeend negatief effect op de groei en de ontwikkeling (een eigentijdse variant op rachitis, zeg maar).

Zoals gezegd: er is ondertussen meer dan voldoende bewijs voor een duidelijk verband tussen verhoogde stress en al die verschillende aandoeningen. Als we met deze wetenschap terugkeren naar het reeds vermelde onderzoek binnen de EU, dan vinden we bovenaan de lijst net die twee groepen waarvan we weten dat ze stress-gerelateerd zijn: cardiovasculaire aandoeningen en neuropsychiatrische stoornissen. Samen bepalen zij bijna de helft van onze gezondheidsklachten.

Op zich is dit goed nieuws, want het betekent dat we een belangrijke oorzaak kennen van zo ongeveer de helft van de hedendaagse aandoeningen. Elke officiële instantie die bekommerd is om volksgezondheid weet dus waar haar aandacht naartoe moet gaan. Concreet: naar het uitdenken van een beleid dat die oorzaak aanpakt, de zogenaamde stressoren.

Een eerste groep oorzaken kunnen we samenbrengen onder de noemer milieuverontreiniging, gaande van lawaai tot fijn stof. De gemeenschappelijke factor in deze stressoren is dat zij ons blootstellen aan een continue overprikkeling, die ons lichaam op een of andere manier moet kunnen afvoeren.

Ik stel mij de vraag of we de oorzaak voor de groeiende groep jongeren die hetzij overactief zijn (gegroepeerd onder zogenaamd ADHD), hetzij zich afsluiten van de buitenwereld (wat dan als autisme weggezet wordt), of we de oorzaak daarvan niet moeten zoeken in die overprikkeling. Waarbij de eerste groep afgerekend wordt op hun manier van prikkelaafvoer, en de tweede op hun manier van bescherming tegen de overprikkeling.

De tweede groep stressoren is heel nauw gekoppeld aan de eerste, maar terzelfdertijd veel ruimer, en bevat met name onze huidige arbeidsorganisatie. Met enige overdrijving kan ik stellen dat we straks nog twee soorten mensen hebben, zij zonder werk en zij met teveel werk.

Hetzelfde EU-rapport waar ik het al over had, vermeldt dat een stijging van de werkloosheid met één procent overeenkomt met een stijging van 0,8 % in het aantal zelfdodingen, en met een verdriedubbeling van het aantal depressies en angststoornissen. Elk onderzoek bevestigt dat werklozen en in het algemeen, mensen die zich onderaan de sociale ladder bevinden, zware stress ervaren. Onder meer omdat ze bovenop hun precaire situatie er nog de beschuldiging bij krijgen profiteurs te zijn.

De andere groep omvat mensen met teveel werk. Het teveel zit niet in de fysieke zwaarte ervan, zoals tot midden vorige eeuw het geval was. Het teveel zit hem in de organisatie van de arbeid en de bijbehorende sociale verhoudingen. Deze stressoren zijn helaas minder meetbaar dan bijvoorbeeld fijn stof of geluid. Een anekdotische illustratie: ik ben uitgenodigd om als deskundige mee te werken aan een Canvas-documentaire over werk. De dag waarop de opnames plaatsgrijpen is een zondag; dat was de enige mogelijkheid, al de rest zat al vol...

Kort samengevat: in West-Europa blijft de druk om te produceren stijgen, terwijl de werkzekerheid alleen maar daalt (*up or out*, 'flexjobs'). De prestaties van iedereen worden voortdurend gemeten en afgewogen aan die van de ander; collega's worden hierdoor concurrenten, met als gevolg sociale angst en nog meer individualisering. Het beslissingsrecht over hoe men zijn job uitvoert, verdwijnt, maar de verantwoordelijkheid over het resultaat neemt wel toe. Verantwoordelijkheid zonder macht is een notoire bron van stress omdat het mensen in een hulpeloze positie plaatst. Onze *nine to five jobs* zijn dat meer en meer slechts op papier. Hoger opgeleiden zijn overal en ten allen tijde bereikbaar en beschikbaar; lager opgeleiden

zullen straks twee jobs combineren, en beiden hebben nog nauwelijks tijd voor kinderen en partner; die worden dan maar geoutsourcet naar crèches, nannies en therapeuten. Op voorwaarde dat je een nannie kunt betalen, een crèche vindt en de wachtlijst bij de therapeuten niet te lang is.

Dit is een *Rank and Yank* model, waarbij iedereen onder constante druk staat en bovendien op zichzelf teruggeworpen wordt. Onze maatschappij – wij dus - offert alles op voor een bepaald economisch model en dat maakt ons ziek, zij het op een minder zichtbare manier dan pakweg een halve eeuw terug. De stoflong en de loodvergiftiging hebben plaats gemaakt voor stress-gerelateerde aandoeningen. Dit zijn zonder twijfel de beroepsziektes van onze tijd, en niet de kwaaltjes van onverantwoordelijke individuen die hun ellende alleen maar aan zichzelf te danken hebben.

De vraag is welke remedies we daarvoor aanwenden. Aangezien het over volksgezondheid gaat, verwachten we een collectieve aanpak die de huidige beroepsziektes even efficiënt zal doen dalen als het preventieve, sociaal-medische beleid uit de vorige eeuw dat deed. Een beleid dat berust op politieke beslissingen en op solidariteit.

Wat blijkt? We doen exact het tegenovergestelde. In plaats van de oorzaken aan te pakken, bestrijden we de gevolgen. Bovendien doen we dat op een dusdanige manier dat de patiënten nog eens beschuldigd worden ook.

Ter illustratie: in zo ongeveer elk psychologisch behandelingsmodel van stress ligt het accent op wat men de *perceptie* van de stress noemt. Het daarbij aansluitende behandelingsdoel is *de wijziging van de manier waarop de patiënt die stress ervaart*. Begrijp: de oorzaak ligt bij het individu, hij is de schuld van zijn eigen aandoening, hij moet leren om stress anders te percipiëren (zie dan uitdrukkingen zoals *resilience* en weerbaarheid). Eerlijk gezegd, ik vind dit te gek om los te lopen. Hoe verzinnen ze het?

Dit is de aanpak die terecht bekritiseerd wordt door de WHO, in het vervolg van een reeds geciteerde passage: “The key therapeutic intervention then becomes to ‘change the way [the patient] think[s]’ rather than to refer people to sources of help for key catalysts for psychological problems: debt, poor housing, violence, crime” (WHO, 2009, p.V). Aangezien een dergelijke perceptiepsychotherapie maar matige resultaten oplevert, gooit men daar meestal nog een flink pak medicijnen tegenaan ook. De boodschap blijft dezelfde: het probleem ligt bij de individuele patiënt.

Aan de ruimere, sociaal-maatschappelijke oorzaken raakt men nauwelijks. Integendeel, de huidige zogenaamd maatschappelijke programma’s richten zich ook op het individu (denk maar aan individuele begeleidingsplannen, individuele zorgpaden, responsabilisering, enzovoort). Die programma’s kosten handenvol geld, en leveren verhoudingsgewijs weinig resultaten op. Het aantal mensen dat uitvalt, blijft stijgen en de gezondheidszorg wordt inderdaad onbetaalbaar. Maar dat is niet de schuld van de patiënten.

Het besluit is duidelijk. Stress-gerelateerde beroepsziektes nemen continu toe, en we hebben dringend een sociaal-medisch preventief beleid nodig. Concrete maatregelen zijn niet eens zo moeilijk om te bedenken. Zorg voor een herverdeling van het werk en van de loopbaan, zodat we kortere werkweken en een langere werkcarrière kunnen hebben. Maak bedrijfsartsen echt onafhankelijk van het bedrijf en laat hen ten volle hun signaalfunctie uitoefenen. Kijk per sector na waar er het meest ziekte-

uitval is en waarom. Vergelijk bedrijven onderling – waar zijn die ziektecijfers het laagst en kunnen die bedrijven als een *best practice* model functioneren?

En vooral: vergeet nooit dat economie er voor de maatschappij is; voor ons dus. En niet omgekeerd.

Vandaag doen wij dit duidelijk niet, integendeel. Wij volgen collectief de overtuiging dat we alleen maar individuen zijn en dat alles bij het individu ligt. Zolang er voornamelijk gefocust wordt op de individuele patiënt, zal het aantal mensen dat uitvalt alleen maar toenemen. Wanneer we de ruimere arbeidsorganisatie aanpakken, zal dat aantal snel dalen. De richting waarin dit grotendeels nog uit te denken beleid moet gaan, is deze van een duurzame economie ten dienste van de gemeenschap. Duurzaam zowel voor de mens als sociaal wezen, als voor onze omgeving.

Dat zal niet vanzelf gaan en het zal tijd vragen. De geschiedenis van de vorige eeuw leert dat er daarvoor een collectieve aanpak nodig is, waarbij mensen zich in groep verzetten en inzetten, met solidariteit als sleutelwoord. We kunnen er beter werk van maken.

## Bibliografie

Bertolini, R. (2012). Mental health and the economic crisis: Ways forward. In: *Mental Health in Times of Economic Crisis*. European Parliament. Directorate general for internal policies. Polic department A: economic and scientific policy. Brussels, 19 june 2012. Proceedings, p.13 and pp. 39 – 46.

Boyle, M. (2011). Making the world go away, and how psychology and psychiatry benefit. In: Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (2011). *De-medicalizing misery. Psychiatry, Psychology and the human condition*. New York: Palgrave Macmillan, pp. 27 – 43.

LSE (2006). The Centre for Economic Performances Mental Health Policy Group (2006). The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. [http://eprints.lse.ac.uk/818/1/DEPRESSION\\_REPORT\\_LAYARD.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/818/1/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf)

LSE (2011). Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case. <http://www.lse.ac.uk/businessAndConsultancy/LSEEnterprise/pdf/PSSRUfeb2011.pdf>

Vandenbroeck, M. (2003). From crèches to childcare: construction of motherhood and inclusion/exclusion in the history of Belgian infant care. In: *Contemporary issues in early childhood*, vol. 4, 2, pp. 137-148.

Vandenbroeck, M., Coussée, F. & Bradt, L. (2010). The social and political construction of early childhood education. In: *British Journal of Educational Studies*. Vol. 58, No. 2, June 2010, pp. 139–153.

Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.



WHO (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities*. Copenhagen: WHO, Europe. Zie: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/100821/E92227.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf)

---

<sup>i</sup> <http://www.n-tv.de/wirtschaft/Griechen-sollen-Rauchen-stoppen-article10062211.html>

<sup>ii</sup> Voor het eerste: zie De Standaard van 21 januari 2012. Voor het tweede: “It is estimated that the average annual cost of lost employment in England attributable to an employee with depression is £7,230, and £6,850 for anxiety (2005/06 prices).” LSE (2011) *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case*, p. 20.

<sup>iii</sup> <http://www.nimh.nih.gov/about/updates/2013/mental-disorders-as-brain-disorders-thomas-insel-at-tedxcaltech.shtml>