

Ggz uit de knel

Verkenning van mogelijkheden
en valkuilen van het actuele
hervormingsnarratief



Ggz uit de knel

Verkenning van mogelijkheden en valkuilen
van het actuele hervormingsnarratief

Colofon

Projectleiding

Hans Kroon
Bert van der Hoek

Auteurs

Jenny Boumans
Hans Kroon
Bert van der Hoek

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

depositphotos.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF2059**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00

© 2023, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doel en scope van dit rapport	16
1.3 Aanpak	17
1.4 Leeswijzer	18
2 Wat is er aan de hand in de ggz? De druk op de ggz in cijfers	19
2.1 Werd Nederland psychisch ongezonder?	19
2.2 Zijn de kosten van de ggz gestegen?	20
2.3 Neemt het gebruik van de ggz toe?	21
2.4 De beweging naar het sociaal domein	22
2.5 Mismatch zorgbehoefte en verleende zorg	22
2.6 Wachttijden en personeelstekorten	23
2.7 Samengevat	24
3 Wat is er aan de hand in de ggz? Een inhoudelijke analyse	25
3.1 Verklaringen voor de toestroom richting de ggz	25
3.1.1 Is de samenleving complexer geworden?	25
3.1.2 Zijn we het lijden verleerd?	27
3.1.3 De dans van vraag en aanbod	28
3.1.4 Cherry picking	28
3.2 Andere factoren die bijdragen aan de actuele problemen in de ggz	30
3.2.1 De keerzijde van een curatieve focus	30
3.2.2 De fuik van 'getrapte' zorg	31
3.2.3 Basisuitgangspunten van de decentralisatie in 2015 waren incorrect	32
3.2.4 Dilemma's rond uitstroom	33
3.2.5 Personeel gezocht	34
3.3 Samengevat	35

4	Waar moet het heen? Een uitwerking in bouwstenen en praktijken	37
4.1	Een nieuw hervormingsnarratief	37
4.1.1	Promotie van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop (en in alle relevante leefomgevingen)	38
4.1.2	Laagdrempelige hulp bij (beginnende) problemen, zonder label	44
4.1.3	Integraal kijken en samenwerken in de eerste lijn	49
4.1.4	Integraal kijken en samenwerken bij de poort van de ggz	57
4.1.5	Van 'geholpen worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'	63
4.1.6	Geïntegreerde (netwerk)zorg en ondersteuning voor mensen met EPA	71
4.2	De verwachte opbrengsten van de bouwstenen	77
4.3	Samengevat	79
5	Randvoorwaarden van het hervormingsnarratief	81
5.1	Veel proeftuinen, weinig opschaling	81
5.2	Welke voorwaarden moeten volgens geïnterviewden nog op orde worden gebracht?	82
5.2.1	Sociaal domein equiperen voor aanpak mentale gezondheid	82
5.2.2	Faciliteren van een cultuur van samenwerken	86
5.2.3	Aanpassingen in het financieringssysteem/averechtse prikkels wegnemen	88
5.2.4	De beweging van evidentie voorzien	91
5.2.5	Middelen en capaciteit om de beweging op gang te krijgen	93
5.3	Samengevat	94
6	Reflectie: Wat kunnen we leren van eerdere hervormingen?	95
6.1	Het hervormingsnarratief en de vertaling naar beleid	95
6.1.1	Het Integraal Zorgakkoord	95
6.1.2	Herhaalt de geschiedenis zich?	96
6.2	Déjà vu van het hervormingsnarratief: Zorg van Velen	97
6.2.1	Analyse en aanbevelingen van Zorg van Velen	98
6.2.2	Beleidsreactie	101
6.2.3	Bedoelde en onbedoelde effecten	102
6.2.4	Wat kunnen we van Zorg van Velen leren voor de huidige hervormingen?	104
6.3	Samengevat	107
7	Tot slot	109
	Bijlage 1 Lijst geïnterviewden	113
	Literatuur	115

Samenvatting

De aanleiding voor dit rapport wordt gevormd door de grote uitdagingen waarvoor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zich momenteel gesteld ziet staan. Naast inhoudelijke vraagstukken over de kwaliteit van zorg, staat de toekomstbestendigheid van de ggz hoog op de agenda, met name veroorzaakt door de wachtlijstproblematiek en een toenemend capaciteitstekort. Het is niet langer vanzelfsprekend dat mensen die in psychische nood verkeren of te maken hebben met een langdurige psychische kwetsbaarheid, tijdige en passende zorg kunnen krijgen om verdere ontwrichting te voorkomen en herstel te bevorderen. Deze uitdagingen vragen om reflectie.

In dit onderzoek stonden daarom drie vraagstellingen centraal: Wat is er aan de hand in de ggz? Waar moet het heen? En wat is daarvoor nodig? 44 stakeholders werden geïnterviewd, waaronder vertegenwoordigers van diverse beroepsgroepen, bestuurders, wetenschappers, professionals en betrokkenen bij veertien beloftevolle praktijkinitiatieven. Deze beloftevolle voorbeelden zijn niet uniek, maar dekken tezamen het spectrum van de oplossingen die de geïnterviewden voor ogen zien. De interviews werden thematisch geanalyseerd. Daarnaast werden registraties van CBS en Vektis, monitor- en adviesnota's en overheidspublicaties, alsook onderzoeks- en evaluatierapporten van praktijkinitiatieven bestudeerd.

Wat is er aan de hand in de ggz?

De zorgontwikkelingen in cijfers

Het ggz-beleid van de overheid zette, mede vanuit beheersingsmotieven, het afgelopen decennium in op minder bedden met steviger inzet van ambulante ggz, poh-ggz en het sociaal domein. We zien deze beweging ten dele terug in het zorggebruik. Cliënten-aantallen in de intramurale ggz daalden tussen 2015 en 2020, en het gebruik van de poh-ggz groeide flink. Het aantal cliënten in het middendeel, de ambulante basis- en specialistische ggz, veranderde niet wezenlijk. Binnen het ggz-deel dat vanuit het sociaal domein wordt gefinancierd, steeg vooral de 'achterkant', het beschermd wonen (meer dan de daling in de intramurale ggz).

Recent gepubliceerde gegevens van het populatie-onderzoek Nemesis laten zien dat het voorkomen van psychische aandoeningen in de algemene bevolking in het afgelopen decennium is gestegen. Er wordt wel beweerd dat de kosten van de ggz in dezelfde periode ook fors zijn gestegen, maar dat strookt niet met de feiten. Binnen de gehele sector zorg en welzijn laat de ggz (inclusief beschermd wonen en poh-ggz) één van

de laagste groeipercentages zien. In de periode tussen Nemesis 2 (2009) en Nemesis 3 (2021) groeide het reële ggz-budget met 11 %, terwijl de jaarprevalentie van psychische stoornissen in dezelfde periode met 53% steeg en het zoeken van ggz-hulp daarvoor – ook volgens Nemesis – nog meer. Nu weten we dat lang niet iedereen met een psychische aandoening ook ggz-behandeling nodig heeft, maar deze discrepantie is wel erg groot. Tussen 2012 en 2017 was er zelfs een periode met reële daling van het ggz-budget en krimp van de personeelsformatie.

Dus nog los van issues over kwaliteit, inhoud en samenwerking, is het te begrijpen dat de ggz in de knel raakte. Ondanks een in 2017 ingezet actieprogramma om de wachtlijsten in de ggz te beteugelen, zijn deze sindsdien eerder gegroeid dan gedaald. Medio 2022 wachtten 80.000 mensen op een intake of behandeling in de basis- en specialistische ggz, waarvan ongeveer de helft (52%) langer dan de treeknorm van veertien weken. Het personeelstekort in de ggz was al substantieel, liep verder op naar 7% openstaande vacatures in 2022, en zal volgens arbeidsmarktprognoses het komende decennium nog verder oplopen.

Reflectie van geïnterviewden op knelpunten in de ggz

Geïnterviewden zien dat er in de laatste jaren een grotere toestroom naar de ggz plaatsvindt, met name naar lichtere vormen van zorg, en dat de toegang tot specialistische zorg onder druk is komen te staan. Ze schrijven deze ontwikkelingen toe aan verschillende sociologische en systeem-gerelateerde factoren:

- a. Een complexer wordende samenleving met meer prestatiedruk en bestaansonzekerheid, waarin structuren van sociale cohesie hebben plaatsgemaakt voor een belofte van individuele maakbaarheid.
- b. Een toenemende medicalisering van psychisch en psychosociaal lijden, waarbij het recht op zorg is georganiseerd aan de hand van 'objectief' vast te stellen medische diagnosecategorieën.
- c. Het model van gereguleerde marktwerking dat burgers in de rol van zorgconsument duwt en aanbieders dwingt om in concurrentie te treden met andere aanbieders, waardoor zij steeds meer zorgproducten ontwikkelen, die de zorgconsument in zijn zoektocht naar optimalisatie van de eigen gezondheid graag zal afnemen.
- d. De beperktheid van de Zorgverzekeringswet (Zvw) om op kwaliteit én doelmatigheid te sturen, laat staan op de bereikte doelgroep, waardoor het aantrekkelijk werd om 'lichtere patiënten' binnen te halen (met kortere, minder intensieve dbc's¹) en het leveren van complexe zorg juist onaantrekkelijker werd.
- e. De focus op toegesneden, specialistische behandeling, oorspronkelijk inhoudelijk gemotiveerd vanuit de wens om beter aan te sluiten op de vraag van de patiënt met de best beschikbare kennis, maar in de praktijk leidend tot een vertroebeling van het zicht op de verwevenheid tussen verschillende typen problemen, met vooral gevolgen voor mensen met complexere problematiek, dan wel mensen met ernstige

1 Dbc staat voor diagnose-behandelcombinatie. Dit was tot 2022 de basis voor facturatie binnen de Zvw.

psychische aandoeningen (EPA). Zij worden soms eindeloos van het kastje naar de muur gestuurd en staan soms lang op (een of meerdere) wachtlijsten zonder dat het leidt tot een duidelijk (integraal) zorgplan.

- f. Het principe van 'getrapte zorg', dat vooral voor mensen met ernstiger problemen, averechts uitpakt omdat, als de behandeling niet heeft gewerkt, iemand doorgeschoven wordt naar een volgend echelon, waar vaak het hele traject van diagnostiek en behandeling (meestal na een lange periode op de wachtlijst) opnieuw begint. Dit heeft als gevolg dat mensen gaandeweg steeds meer ingekapseld raken in het systeem van zorg, en er minder snel weer uit zullen komen.
- g. Onvoorziene bijwerkingen van de decentralisatie, waaronder het feit dat preventie en vroegsignalering niet meer duidelijk belegd waren, preventie-afdelingen uit de ggz verdwenen, casefinding/bemoeizorg uit FACT (Flexible Assertive Community Treatment) verdween en straatwerk/kwartiermaken in het welzijn werden afgebouwd om plaats te maken voor (minder outreachende) wijkteams.
- h. Kwesties rond uitstroom, waaronder de onnodige chronificering van 'zwaardere' patiënten door gebrek aan adequate, integrale zorg, en het gebrek aan mogelijkheden voor waakvlam zorg voor mensen van wie de behandelcomponent (tijdelijk) minder intensief is. (De realiteit is immers dat veel mensen na verloop van tijd weer intensievere zorg nodig hebben waar de eerste lijn en sociale basis onvoldoende voor zijn toegerust).

Bovenstaande factoren worden versterkt door, en deels in stand gehouden door capaciteitsproblemen. Volgens geïnterviewden hebben die te maken met het feit dat de inhoud in de afgelopen decennia steeds meer volgend werd op bekostiging, er van professionals steeds meer productie werd verwacht, waarmee het werk veeleisender en minder aantrekkelijk is geworden, met risico op toenemend ziekteverzuim en, als uiterste gevolg, dat professionals de sector verlaten.

Waar moet het heen?

Uit de analyse van de interviews komt naar voren dat er een breed gedeeld gevoel van urgentie is onder stakeholders om na te denken over nieuwe manieren om het beroep op zorg te beïnvloeden, de kwaliteit en toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en in de toekomst te borgen. Daarbij tekent zich momenteel een nieuw hervormingsnarratief af met kernwoorden als: 'positieve gezondheid', 'integraal kijken', 'demedicalisering', 'domeinoverstijgend (samen)werken', 'preventie' en 'mentale gezondheidsbevordering'. Onderliggende gedachten zijn dat de mentale gezondheid moet worden bevorderd, verergering van psychische problemen moeten worden voorkomen en dat alternatieven naast de ggz worden doorontwikkeld, opgezet en benut. Als mensen een beroep op zorg doen, moet goed worden gekeken of de oplossing in de ggz ligt of dat er passender alternatieven buiten de ggz zijn, danwel of verschillende oplossingsrichtingen van *binnen* en *buiten* de ggz kunnen worden gecombineerd, om de kans op succesvol

(persoonlijk & maatschappelijk) herstel te vergroten. Deze kernprincipes worden door alle geïnterviewden onderschreven en concreet gemaakt in een zestal oplossingsrichtingen, hier samengevat als zes 'bouwstenen' voor de opbouw van een vernieuwend zorglandschap, passend bij de uitdagingen van de toekomst.

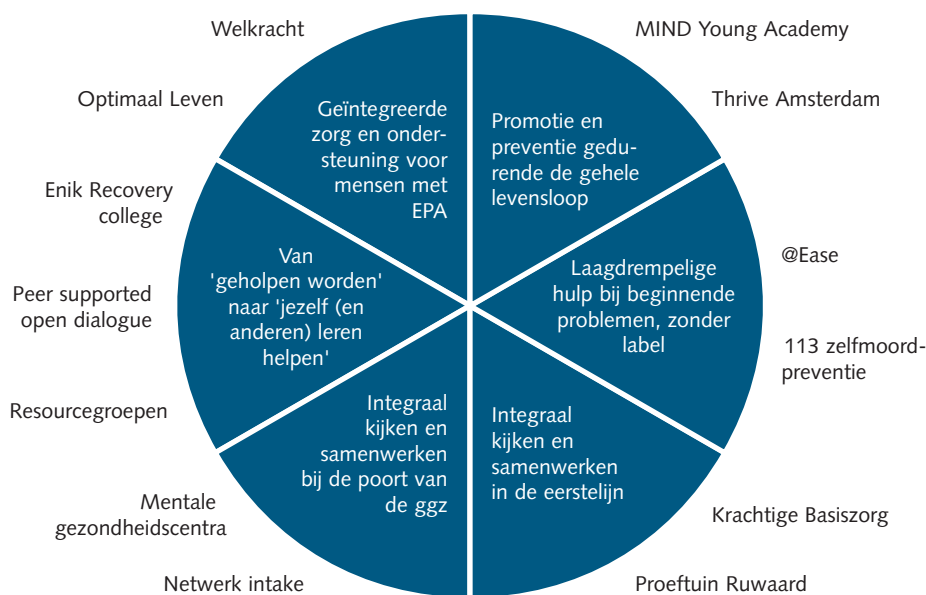
1. **Bouwsteen 1: Promotie van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop (en in alle relevante leefomgevingen).** Zorg dat de sociale basis op orde is. Ontwikkel programma's binnen scholen ter bevordering van de mentale gezondheid van kinderen en jongeren. Zet in op de sociaal-emotionele ontwikkeling en verminder taboes rond psychische klachten. Ontwikkel ook programma's ter bevordering van mentale gezondheid in een wijk of stad. Richt je op de specifieke lokale situatie en werk samen met inwoners. Investeer in programma's ter bevordering van mentale weerbaarheid en sociale cohesie. Heb daarbij speciaal oog voor kansongelijkheid en leefbaarheidsvraagstukken in achterstandswijken.
2. **Bouwsteen 2: Laagdrempelige hulp bij (beginnende) problemen, zonder label.** Maak ervaringsdeskundige expertise én ggz-expertise laagdrempelig beschikbaar in de samenleving (on- en offline), waarbij het mogelijk moet zijn om advies in te winnen bij een *peer* of ggz-professional, zonder direct een ggz-traject in te gaan. Realiseer aanvullend de mogelijkheid voor consultatie van een specialist op anonieme basis.
3. **Bouwsteen 3: Integraal kijken en samenwerken in de eerste lijn.** Zorg dat huisartsen en poh's-ggz meer ingebed raken in de wijk. Zij dienen verder geëquipeerd te worden om psychische hulpvragen integraal te benaderen en samen te werken met ggz (via consultatie), sociaal domein en herstel/zelfregiecentra. Zorg dat huisartsen meer ruimte hebben om flexibel tijd in te plannen. Werk toe naar een systeem waarbij er meer eerstelijns capaciteit beschikbaar wordt gemaakt in achterstandswijken.
4. **Bouwsteen 4: Integraal kijken en samenwerken bij de poort van de ggz.** Zorg dat er bij de poort van de ggz integraal wordt gekeken naar de hulpvraag van de cliënt. Organiseer tijd om de hulpvraag goed te onderzoeken. Stuur mensen niet onnodig door naar specialistische behandeling: onderzoek de mogelijke sociale aard van problemen en werk samen met het sociaal domein. Zorg tegelijkertijd dat mensen met ernstigere/complexere problemen juist wel direct naar specialistische hulp worden verwezen en niet eerst in kortdurende vormen van zorg terecht komen die niet toereikend zijn, met vertraging tot gevolg.
5. **Bouwsteen 5: Van 'geholpen worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'.** → Zorg dat bij mensen of gezinnen die vastlopen altijd de eigenlijke (hulp)vraag of behoefte centraal staat. Investeer in het opleiden van professionals in dialogische vaardigheden om het proces van de persoon en zijn systeem, in de leefwereld, te kunnen ondersteunen. Herwaardeer generalistisch, sociaalpsychiatrisch en relationeel werken en verstevig de positie van ervaringskennis. Zorg ervoor dat er in elke regio tevens voldoende mogelijkheden zijn om (als alternatief of aanvulling op behandeling) samen met peers aan herstel van psychische ontwrichting te werken. Bewaak en bescherm de 'vrije ruimte' die binnen zelfregiecentra en herstelacademie

mies wordt gecreëerd en zorg dat deze ruimte niet (alsnog) wordt ingenomen door professionele logica of strategische (organisatie)belangen.

6. **Bouwsteen 6: Geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met EPA.** Biedt mensen die langdurig, intensieve zorg en nodig hebben, geïntegreerde zorg en ondersteuning, door multidisciplinaire teams, gericht op maatschappelijke inclusie. Stap af van de 'stepped care' ketenzorg met zijn door- en terugverwijzingen en ga over op netwerkzorg waarin professionals uit het zorgdomein en het sociaal domein samen optrekken. Faciliteer deze samenwerking door de 'knip' die is aangebracht tussen behandeling en begeleiding te repareren.

Deze bouwstenen vormen geen keuzemenu, maar dienen alle, met oog voor de onderlinge wisselwerking, aandacht te krijgen. Dat betekent ook dat niet elke bouwsteen apart georganiseerd hoeft te worden. Zo kan de integrale intake van bouwsteen 4 in een apart centrum worden georganiseerd, maar (deels) ook bij de huisartsenzorg van bouwsteen 3 en/of de geïntegreerde wijkteams van bouwsteen 6. De teams uit bouwsteen 6 hoeven zich niet te beperken tot zorg voor mensen met EPA, onder de voorwaarde dat deze doelgroep passende prioriteit krijgt.

Figuur: bouwstenen en (bijbehorende) praktijkvoorbeelden



Wat is er nodig?

In evaluaties van de praktijkvoorbeelden zijn eerste positieve ervaringen zichtbaar geworden. Wat echter opvalt is dat praktijken over het algemeen sterk leunen op de lokale bereidheid en commitment van betrokkenen om initiatieven in de lucht te houden, vooral wanneer de pilotfase voorbij is. Behouden en delen wat is geleerd is in veel gevallen zeer uitdagend, laat staan dat pilots eenvoudig kunnen worden opgeschaald. Volgens geïnterviewden komt dat omdat een aantal essentiële randvoorwaarden nog onvoldoende aanwezig zijn.

- A. Sociaal domein equiperen voor aanpak mentale gezondheid.** Het veld heeft last van de jarenlange afbraak van - of gebrek aan opbouw van - sociale infrastructuur. De verschillen in kennis en kunde tussen regio's zijn groot, het aanbod in een regio is veelal versnipperd en kampt met gebrek aan (financiële en inhoudelijke) continuïteit. Huisartsen hebben nog een te beperkt zicht op en vertrouwen in de mogelijkheden van het sociaal domein in het bevorderen van mentale gezondheid.
- B. Faciliteren van een cultuur van samenwerken.** Integraal kijken en vloeiende samenwerking tussen professionals uit verschillende expertises en domeinen is mooi in theorie maar komt in de praktijk niet vanzelfsprekend van de grond, onder andere door de botsing van paradigma's, polarisatie in visies over goede zorg, en gebrek aan tijd en ruimte voor professionals om zich te richten op de kern van het mensenwerk.
- C. Aanpassingen in het financieringssysteem/averechtse prikkels wegnemen.** Het hele idee van collectiever, integraler en meer domeinoverstijgend kijken en handelen, botst met de rationale die jarenlang bepalend was – en nog steeds *is* – voor het gehele systeem en de financiering van zorg. Individueel financieren en marktwerking zijn fundamentele belemmerende factoren die moeten worden geadresseerd om het veld daadwerkelijk in beweging te krijgen. Samenwerking tussen de domeinen moet aantrekkelijk zijn in plaats van gedoe geven. Dit omvat mogelijkheden voor integrale gebiedsgebonden financiering.
- D. De beweging van evidentie voorzien.** Er is nog beperkt antwoord op de vraag welke innovatieve aanpakken en manieren van (samen)werken wel en niet werken, hoe ze werken en voor wie. Gevolg is dat het beleid vaak een 'shot in the dark' is, met incidentenpolitiek of gebrekkige samenhang tot gevolg.
- E. Middelen en capaciteit om de beweging op gang te brengen.** Er wordt vaak aangenomen dat verandering binnen een organisatie mogelijk is binnen de bestaande middelen en capaciteit, terwijl in feite extra investeringen nodig zijn om veranderingen duurzaam door te voeren. De neiging om financiële opbrengsten direct in te boeken, maakt de beweging kwetsbaar.

Tot slot

Er zijn opmerkelijke parallellen tussen het actuele hervormingsnarratief, de neerslag daarvan in het Integraal Zorgakkoord én analyses en beleidsvoornemens van de afgelopen decennia. In dit rapport lichten we de analyse en plannen rond 2002 in de aanloop van de Zorgverzekeringswet eruit. Ook toen werd erop gehoopt dat met een beweging naar meer preventie en benutting van het sociaal domein de belangrijkste problemen in de ggz zouden worden opgelost. Dat we nu haast jaloers zijn op de problemen van 2002 betekent dat het beleid van destijds niet de gewenste gevolgen heeft gehad. Dat betekent niet dat we nu in pessimisme moeten vervallen, er zijn juist veel hoopgevende initiatieven. Het betekent wel dat de erkenning past dat er geen zekerheden zijn over de gevolgen van hervormingsnarratief en ook van de beleidsvoornemens in het IZA, al was het maar omdat wezenlijke elementen verder worden ingericht en nog niet op de gevolgen voor kwaliteit van leven en ggz-gebruik zijn onderzocht, laat staan dat vooraf inzichtelijk is hoe zij tezamen uitpakken in een, eveneens, veranderende maatschappij.

Overkoepelend in de analyse is dat het streven naar een kleinere (of grotere) ggz als primaire insteek van hervormingen onvruchtbaar is. Als al besparingen beoogd worden (bijvoorbeeld op de specialistische ggz) dan kunnen deze niet op voorhand ingeboekt worden. Wij achten het waarschijnlijker dat geslaagde hervormingen uiteindelijk leiden tot een ongeveer even grote ggz (qua aantallen cliënten en kosten), dan tot een fundamenteel grotere of kleinere ggz dan de huidige. Het gaat nu om én-én-én: vernieuwing binnen de ggz én buiten de ggz én de stimulering van de onderlinge samenhang daartussen. Er is op al die drie fronten een radicale verandering nodig leidend tot een sector waarin:

- er oog is voor de gehele mens en de wisselwerking tussen mentale gezondheid en sociale en economische factoren in de samenleving.
- professionals met meer werkplezier hun werk kunnen doen en waar instellingen uit de financiële kramp raken die innovatie in de weg staat.
- er goede samenwerking is binnen een beter toegerust zorg, preventie- en welzijnsnetwerk.
- het financieringssysteem bovenstaande als uitgangspunt heeft en faciliteert (wat meer is dan: niet in de weg staat).

Dat we nog een lange weg te gaan hebben, is evident, maar wat ons betreft is het de enige manier om de ggz daadwerkelijk duurzaam 'uit de knel' te halen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De huidige geestelijke gezondheidszorg kampt met twee grote uitdagingen. De eerste betreft een inhoudelijke: onder andere door de opkomst van het positieve gezondheidsdenken, wordt het ziektemodel, als (enige) referentiekader voor geestelijke gezondheidszorg, in toenemende mate ter discussie gesteld. De premisse van het medisch model heeft zich in de praktijk van de zorg vertaald in een situatie waarbij mensen van wie de hulpvraag ogenschijnlijk een psychische component bevat, vrij automatisch, via de huisarts en/of de praktijkondersteuner (poh-ggz), terechtkomen in de basis- of specialistische ggz. Daar wordt de problematiek vervolgens geclassificeerd op basis waarvan er een specifieke behandeling wordt aangeboden met als belangrijkste doel: klinisch herstel². De kritiek, die ook gedeeld wordt door ervaringsdeskundigen uit de herstelbeweging, richt zich met name op het feit dat de context van iemands leven binnen een dergelijk model te veel buiten beschouwing wordt gelaten. Doordat onderdelen van de problematiek geïsoleerd en als 'defecten in het individu' worden benaderd, ontstaat er (onnodige) medicalisering, een niet-vloeiend zorgpad en is bovendien de zorg onvoldoende in staat om duurzame ondersteuning te bieden bij waar het feitelijk om gaat, namelijk: mentaal welbevinden, het leren omgaan met ziekte en kwetsbaarheid, en zinvolle participatie in de samenleving (van der Hoek, 2018; van Bon-Martens et al, 2022; Huber et al, 2016; van Hoof et al, 2014).

Naast deze kwesties rond de *inhoud*, speelt er een uitdaging rond de *toekomstbestendigheid* van de ggz. Dit vraagstuk beperkt zich niet alleen tot het domein van de ggz; ook in andere domeinen van de zorg, met name de somatische zorg en ouderenzorg, geldt dat de houdbaarheid in financieel, personeel en maatschappelijk opzicht steeds meer onder druk staat (WRR, 2021). De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat, als er niets verandert, de zorg niet op het huidige niveau kan worden behouden. In de ggz zijn vooral de wachtlijstproblematiek en een toenemend capaciteitstekort nijpend. Het is niet langer vanzelfsprekend dat mensen die in psychische nood verkeren of te maken hebben met een langdurige psychische kwetsbaarheid, spoedige en gepaste zorg kunnen krijgen, om verdere ontwrichting te voorkomen en herstel te bevorderen.

2 Met de komst van een nieuwe bekostigingssystematiek in 2022, het zorgprestatie-model (zpm), is er ruimte ontstaan om de vanzelfsprekendheid van een koppeling tussen een specifieke psychiatrische diagnose aan een (vooraf bepaald, en vaststaand) behandeltraject en bijbehorende financiering, te heroverwegen. In theorie biedt het zpm en de bijbehorende zorgvraagtypering, kansen om psychische klachten op een meer integrale, transdiagnostische en domeinoverstijgende manier te benaderen. Of dit in de praktijk ook zo uitpakt, zal uit evaluaties moeten blijken.

Door de inhoudelijke kwesties in combinatie met wachtlijstproblemen heerst er een breed gevoel van urgentie om na te denken over nieuwe manieren om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz te borgen (Ministerie van VWS, 2021; NZa & Zorginstituut Nederland, 2020; www.wegvandewachtlijst.nl). Deze vraagstukken domineren het maatschappelijk en politiek debat over zorg, worden in toenemende mate binnen het kennisdomein opgepakt en zijn aanleiding voor vele experimenten, proeftuinen en projecten in de praktijk. Binnen het beleidsdomein staan deze kwesties centraal in het recent gepubliceerde Integraal Zorgakkoord (IZA) (2022) en binnen de werkagenda Passende zorg van Zorginstituut Nederland. Binnen het kennisdomein zijn er diverse landelijke en regionale consortia in touw die zich richten op het 'ontwerpen' van een toekomstbestendige ggz (onder andere Ecosysteem Mentale Gezondheid, Redesigning psychiatry, Netwerkpsychiatrie). En in de praktijk is er volop aandacht voor het ontwikkelen van nieuwe vormen van integrale, domeinoverstijgende zorg en ondersteuning, gericht op het oplossen van inhoudelijke knelpunten en wachtlijsten, zoals Optimaal Leven en Mentale Gezondheidscentra (zie bijv. Brinkman, d'Fonseca & van der Stel, 2022; Kemp et al, 2020; Van den Broek et al, 2022).

1.2 Doel en scope van dit rapport

De huidige knelpunten in de ggz en de diverse ontwikkelingen die hier een antwoord op (proberen te) bieden, waren aanleiding voor het onderzoek dat geleid heeft tot dit rapport. Drie centrale vragen stonden centraal: Wat is er aan de hand in de ggz? Waar moet het heen in de ggz? En wat is daarvoor nodig? Deze vragen werden uitgewerkt aan de hand van de volgende subvragen:

1. Is er feitelijk sprake van een toegenomen vraag en gebruik van de ggz? En zo ja, welke verklaringen geven stakeholders hiervoor? Zijn er andere factoren die bijdragen aan toegenomen druk op de ggz?
2. Welke oplossingsrichtingen worden door stakeholders benoemd? Hoe zien die er in de praktijk uit? Welke praktijken zijn volgens stakeholders 'op de goede weg'?
3. Welke ervaringen zijn er opgedaan binnen deze praktijken? Welke successen zijn er behaald? Tegen welke knelpunten lopen de initiatieven aan?
4. In hoeverre zijn de randvoorwaarden op orde? Welke uitdagingen moeten daarbij worden benoemd en overwonnen?
5. Hoe verhouden huidige ideeën over de toekomst van de ggz en recente beleidsvoornemens zich tot ontwikkelingen in de afgelopen twee decennia? Wat keert terug, wat is nieuw, wat is anders? Wat kunnen we leren van de historie?

Het doel van de verkenning is een bijdrage te leveren aan het huidige politieke en maatschappelijke debat over de toekomst van de ggz³.

3 Wij laten hierbij de *intramurale* klinische zorg buiten beschouwing.

1.3 Aanpak

Voor het analyseren van (huidige en historische) beleidsvoornemens, indicaties van de (kosten)effectiviteit en trends in toegankelijkheid en gebruik van de ggz en het ggz-gerelateerde sociaal domein, gebruikten we registraties van CBS en Vektis, monitor- en adviesnota's, overheidspublicaties en de wetenschappelijke literatuur. Voor het beantwoorden van de overige onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van kwalitatieve data, verkregen uit een serie van 34 (individuele, duo- en trio-) interviews met in totaal 44 stakeholders, die, ieder vanuit hun eigen perspectief, een goed zicht hebben op de huidige stand van zaken en ontwikkelingen binnen de ggz en het sociaal domein. Geïnterviewden waren onder andere vertegenwoordigers van diverse beroepsgroepen, bestuurders, wetenschappers en ervaringsdeskundigen (zie bijlage 1). Ook werden er interviews gehouden met personen die nauw betrokken zijn bij een veertiental beloftevolle initiatieven, pilots en proeftuinen (zie de lijst hieronder). Deze beloftevolle voorbeelden dekken tezamen het spectrum van de oplossingen die de geïnterviewden voor ogen zien⁴; zij zijn prototypisch voor vele andere praktijkvoorbeelden die met evenveel recht hadden kunnen worden uitgelicht. Alle interviews werden gehouden via Teams en duurden 45 tot 60 minuten. Na afloop werden interviews uitgewerkt en onderworpen aan een thematische analyse (Braun & Clarke 2006) met behulp van software voor kwalitatieve analyse MAXQDA. Eerste resultaten van de verkenning werden tijdens een strategische sessie voorgelegd aan een diverse groep van stakeholders (deels geïnterviewden, deels andere deelnemers), waarna er nog enkele aanvullende interviews en discussiesessies zijn gehouden, die ook verwerkt zijn in voorliggend rapport.

In aanvulling op de kwalitatieve data bestudeerden we diverse (onderzoeks- & beleids-) rapporten, alsook alle beschikbare documentatie over deze veertien praktijkvoorbeelden. Het betrof deze initiatieven:

1. MIND Young Academy (landelijk)
2. Thrive Amsterdam-Mentaal Gezond
3. @Ease (diverse regio's)
4. 113 zelfmoordpreventie (landelijk)
5. Proeftuin Ruwaard (Oss)
6. Krachtige Basiszorg (diverse regio's)
7. Netwerk Intake (UMC Utrecht)
8. Mentaal gezondheidscentrum (GGz Breburg)
9. Resourcegroepen (landelijk)¹
10. Peer-supported Open Dialogue (landelijk)
11. ENIK herstelacademie (Utrecht)⁵

4 In de interviews met stakeholders vroegen wij om voorbeelden te noemen van beloftevolle praktijkinitiatieven. Op basis daarvan maakten wij onze selectie van 14 initiatieven die wij verder hebben bestudeerd.

5 Omdat de auteurs van dit rapport betrokken zijn bij onderzoek naar Enik en Resourcegroepen, zijn over deze praktijken geen aparte interviews gehouden.

- 12. Optimaal Leven (Drenthe)
- 13. Welkracht (Wij zijn Traverse groep, Midden West Brabant)
- 14. Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM)⁶.

1.4 Leeswijzer

In de eerstvolgende hoofdstukken wordt cijfermatig (hfst 2) en inhoudelijk (hfst 3) ingegaan op de vraag waar de druk op de ggz vandaan komt. In hoofdstuk 4 bespreken we de gedroomde oplossingsrichtingen van geïnterviewden. Hierin komen verschillende ‘bouwstenen’ aan de orde, geïllustreerd aan de hand van praktijkinitiatieven, pilots en proeftuinen. In hoofdstuk 5 gaan we in op de vraag welke essentiële randvoorwaarden op orde moeten worden gebracht om de in hoofdstuk 4 beschreven beweging een kans te geven. In hoofdstuk 6 reflecteren we op de vraag hoe huidige ideeën over de toekomst van de ggz zich verhouden tot beleidsvoornemens en ontwikkelingen in de afgelopen twee decennia. Tot slot volgt een conclusie in hoofdstuk 7, waarin we ingaan op de vraag hoe we, het voorgaande overziend, de huidige ontwikkelingen in het veld naar waarde moeten schatten.

⁶ De pilots van GEM in Doetinchem en Deventer verkeerden in het najaar van 2022 nog in een voorbereidend stadium en waren daarom nog niet als pilot of proeftuin te bestuderen. Wel zijn een grondlegger en de twee lokale coördinatoren geïnterviewd en zijn de inzichten daaruit benut in dit rapport.

2 Wat is er aan de hand in de ggz? De druk op de ggz in cijfers

In dit hoofdstuk kijken we kort naar historische trends in kosten, aantallen cliënten, aantal wachtenden en personeel in de ggz, alsmede naar de ontwikkeling in de prevalentie van psychische aandoeningen om de toegenomen (ervaren) druk op de ggz te verklaren. Deze zoektocht had als vertrekpunt een aantal beelden die we vaak tegenkomen in discussies over de ggz:

- Er zijn steeds meer mensen met psychische problemen.
- De wachtlijsten in de ggz zijn hoog en het personeelstekort is groot.
- De ggz behandelt steeds meer (en te veel) mensen, de kosten van de ggz zijn flink gestegen en dreigen onhoudbaar door te stijgen.

Dit leidt vervolgens tot de gedachte dat er voor een houdbare ggz meer bij de huisarts, in het sociaal domein, of elders in de samenleving zou moeten gebeuren.

Zien we deze trends daadwerkelijk terug in registratiedata en epidemiologische studies of ligt het toch genuanceerder? We beperken ons hier tot de 'harde' cijfers. Duiding van en oplossingsrichtingen voor de druk op de ggz komen in volgende hoofdstukken aan de orde.

2.1 Werd Nederland psychisch ongezonder?

Een belangrijke cijfermatige aanwijzing voor een toenemende druk op de ggz komt uit de populatiestudie Nemesis van het Trimbos-instituut. Recent gepubliceerde cijfers wijzen op een toename in de jaarprevalentie van enige psychische stoornis bij 18-65 jarigen: van 17% tussen 2007 en 2009 naar 26% tussen 2019 en 2022. Een soortgelijke stijging is ook te zien in het psychische onwelbevinden⁷, zoals dat in de Gezondheidsenquête van het CBS wordt bevraagd. Alles wijst er op dat Nederland in het laatste decennium aan mentale vitaliteit heeft ingeboet.

7 Gemeten met de MHI-5, die bestaat uit vijf vragen over geluk, kalmte, angst en somberheid.

2.2 Zijn de kosten van de ggz gestegen?

Door de stelselwijzigingen in het recente verleden is niet altijd duidelijk wat we bedoelen met 'de ggz'. In deze kostenparagraaf gaan we uit van het (ruime) kader zoals CBS dat hanteert. Dat omvat de basis- en gespecialiseerde ggz (Zorgverzekeringswet; Zvw), langdurig verblijf in de ggz (Wet Langdurige Zorg; WLz), forensische psychiatrie (Justitie) en beschermd wonen. Dat laatste wordt sinds 2015 door de gemeenten (via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning; Wmo) gefinancierd.

Als we kijken naar de nominale kosten, dan lijken de kosten van de ggz de laatste decennia inderdaad explosief gestegen van 2,5 miljard in 1998 naar 7,8 miljard in 2020, een stijging van 215% (bron: Statline CBS). Ook de reële kosten, dus na correctie voor inflatie, laten nog steeds een substantiële stijging zien, namelijk 109%, dat staat voor een gemiddelde jaarlijkse stijging van 5%. De interpretatie verandert – en wordt in onze ogen adequater – als we de kostenontwikkeling nader verdelen over de tijd en ook kijken naar ontwikkelingen in aanpalende sectoren van zorg en welzijn (zie tabel 1). De cijfers zijn in de tabel geordend naar vier beleidsperioden: 1) de aanloop naar de Zorgverzekeringswet (1998 – 2005); 2) de aanloop naar het hoofdlijnenakkoord 2012 (2006 – 2011)⁸; 3) tussen hoofdlijnenakkoord en decentralisatie van onder meer beschermd wonen naar het sociaal domein (2012 – 2014); 4) na deze decentralisatie (2015 – 2020).

Tabel 1: Jaarlijkse reële procentuele stijging in uitgaven binnen (deelsectoren van) zorg en welzijn tussen 1998 en 2020 (bron voor uitgaven en inflatiecorrectie: CBS)

	zorg en welzijn totaal	ggz	sociaal werk	maatschappelijke opvang	jeugd-zorg	huis-artsen-zorg	medisch-specialistische zorg
1998 – 2005 (AWBZ)	5,7	7,7	3,1	-1,2	2,9	4,6	5,9
2006 – 2011 (introductie Zvw)	3,1	4,7	1,3	-0,1	6,6	5,1	3,7
2012 – 2014 (hoofdlijnenakkoord 2012)	-0,2	-0,4	-5,5	1,3	0,0	0,5	0,5
2015- 2020 (decentralisatie)	2,4	1,2	0,6	4,4	1,8	3,5	2,2

8 Terzijde: In deze periode lijkt de maatschappelijke opvang ver achter te blijven, maar deze kende juist een stevige impuls met AWBZ-gelden die resulteerde in 2600 extra plaatsen voor beschermd wonen en duurzaam verblijf: het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang van de G4 (Tuynman, Planije, 2014). Omgekeerd is de groei binnen de ggz in deze periode daarom iets geflatteerd.

In de tabel valt op dat er een verhoudingsgewijs grote kostenstijging van de ggz was in de jaren voorafgaand aan het hoofdlijnenakkoord ggz in 2012. Sinds 2012 is de gemiddelde jaarlijkse groei slechts 0 à 1%, dit is lager dan het groeipcentage in de totale sector zorg en welzijn; alle aanpalende deelsectoren behalve het sociaal werk groeiden harder. De recente ontwikkeling van de kosten in de ggz is dus eerder bescheiden te noemen. Bovendien sporen de huidige uitgaven met de norm die internationaal wel wordt gehanteerd voor ggz-uitgaven: 1% van het Bruto Binnenlands Product.

Conclusie: de kosten van de ggz zijn het laatste decennium weliswaar gestegen, maar niet buitensporig en minder dan die van de meeste aanpalende deelsectoren.

2.3 Neemt het gebruik van de ggz toe?

Veranderde binnen de ggz het gebruik van zorg? Zowel uitgedrukt in aantallen cliënten (+31%) als in reële uitgaven (+48%) is de lichtste vorm van ggz, de praktijkondersteuner ggz bij de huisarts (poh-ggz), tussen 2015 en 2020 de grootste groeier (bron: Vektis). In dezelfde periode nam het jaarlijkse aantal gebruikers van de intramurale ggz met 9% af. Het jaarlijkse aantal cliënten in de ggz (nu exclusief poh-ggz)⁹ steeg nauwelijks tussen 2015 en 2020: met 2% van 804.000 naar 816.000 (bron: Vektis), dat is iets minder dan de algemene bevolkingsstijging.

Een nuancering van de kennelijke stabiliteit van ggz-gebruik komt van populatiestudie Nemesis. Nu verschilt die studie in opzet en meetperiode, dus zijn de verschillen niet makkelijk te duiden. Volgens Nemesis steeg het jaarlijkse gebruik van de ggz van de 18- tot 65-jarige bevolking van 6% in Nemesis 2 (van 2007 tot 2009) naar 10% in Nemesis 3 (van 2019 – 2022)¹⁰. En dat niet alleen, ook buiten de ggz (zoals bij huisarts, poh-ggz, alternatieve genezers en maatschappelijk werk) steeg het gebruik vanwege psychische problemen, dit ging van 9% naar 15%. Bijna vier op de tien (38%) volwassenen met een psychische stoornis kreeg daarvoor hulp. Volgens de Vektis-data is het actuele jaarlijkse gebruik van de ggz binnen dezelfde leeftijdsgroep niet 10% maar 7 à 8% en bleef het gebruik (weliswaar in een kortere meetperiode sinds 2015) stabiel. Voor deze discrepantie kunnen allerlei verklaringen zijn die nader onderzoek vergen. Om een willekeurige te noemen: wellicht is een deel van het (stijgende) zorggebruik 'out of pocket', wat niet zichtbaar is in de Vektis-data.

Dus neemt het ggz-gebruik toe? Dat is niet duidelijk zichtbaar in het bij zorgverzekeraars gecontracteerde deel van de ggz, speelt mogelijk wel daarbuiten en zeker bij de poh-ggz.

⁹ Dit betreft alleen het Zvw- en Wlz-gefinancierde deel van de ggz, dus van basis ggz tot langdurige psychiatrische opnamen, maar exclusief het door justitie en via de Wmo gefinancierde gedeelte.

2.4 De beweging naar het sociaal domein

Zoals gezegd omvat de ggz-sector ook onderdelen die tegenwoordig Wmo-gefinancierd zijn en daarmee (ook) tot het sociaal domein behoren. Tussen 2015 en 2020 steeg het overheidsgefinancierde (dat is voornamelijk het Wmo-gefinancierde) gedeelte van de ggz-uitgaven van 35% naar 41%. Met andere woorden: binnen de sector heeft er reeds een beweging plaatsgevonden naar het sociaal domein. Deze kostenverschuiving weerspiegelt niet zozeer een steeds zelfstandiger wonen in de maatschappij (één van de leidende motieven bij de decentralisatie), maar een toename van beschermd wonen¹¹. Het beschermd wonen kreeg recent een nieuwe impuls met het openstellen van de Wlz in 2021 vanwege een psychiatrische grondslag. Waren er in 2020 nog 39.000 gebruikers van beschermd wonen, dit steeg in 2021 naar 49.000 (waarvan 21.000 via de Wlz).¹²

Hoe het cijfermatig staat met ontwikkelingen in het verdere ggz-gerelateerde sociaal domein is minder duidelijk. De monitor psychische problematiek van KPMG/Phrenos heeft als missie dat inzichtelijk te maken, maar presenteerde vooralsnog alleen de CBS-cijfers over het beschermd wonen. In het volgende hoofdstuk komen de geïnterviewden aan het woord over de inhoudelijke ontwikkelingen.

Conclusie: het beschermd wonen is de laatste jaren gestegen, ruim meer dan de daling in het gebruik van de intramurale ggz. Of de inzet vanuit het bredere sociaal domein strookt met gewenste ontwikkelingen, is onvoldoende duidelijk uit beschikbare registratiedata.

2.5 Mismatch zorgbehoefte en verleende zorg

We zagen zojuist dat het aantal cliënten in de ggz de laatste jaren ongeveer gelijk bleef. Binnen de specialistische ggz lijkt nog iets bijzonders aan de hand. Het aantal cliënten in de specialistische ggz (zonder verblijf) tussen 2015 en 2020 bleef ongeveer gelijk (+2%), maar de reële kosten van dit gedeelte van de sector stegen bovengemiddeld (+28%). Kennelijk werd de specialistische zorg per behandelde cliënt intensiever. Analyses op Vektis-data in het kader van de monitor ambulantisering van het Trimbos-instituut doen vermoeden dat er in die periode een mismatch aan het groeien was tussen zorgbehoeften en verleende zorg (Kroon e.a., 2021). De ambulante aandacht intensiveerde bij angststoornissen en ADHD en juist niet bij complexere aandoeningen zoals psychosen. Ook de WRR (2021) wijst op een scheve verdeling van prioriteiten voor mensen met complexe problematiek binnen de ggz en een achterstandspositie ten opzichte van andere sectoren, met negatieve gevolgen voor kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

11 Overigens is er binnen het beschermd wonen wel weer een beweging van institutionele zorg naar individueel wonen in de wijk: van beschermd wonen naar beschermd thuis.

12 Opmerkelijk is de leeftijdverdeling in het beschermd wonen, met opvallend veel bewoners in de leeftijd van 18 tot 26 jaar. Zes op de 1000 jeugdigen woont beschermd (meer dan dubbel zo veel als in de overige leeftijdsgroepen).

2.6 Wachttijden en personeelstekorten

Dit brengt ons bij probleemsignalen rond wachttijden en personeelstekorten in de ggz:

- De omvang van de personeelsformatie ging heen en weer: De ggz-sector piekte in 2013 op 98.000 werknemers. Dit aantal daalde vervolgens naar 90.000 in 2017 om vervolgens weer te stijgen naar 107.000 werknemers in 2022 (bron: CBS Statline). Dit terwijl anno 2013 (toen de daling werd ingezet) de door werknemers ervaren werkdruk in de ggz al relatief hoog was (Panteia, 2013). Deze trend van opeenvolgende daling en stijging gold niet voor de economie als geheel.
- Het personeelstekort in de ggz loopt op. Volgens het CBS waren er in de ggz begin 2018 3.750 openstaande vacatures en dat aantal is in het derde kwartaal van 2022 gestegen naar 7.100. Op elke 1.000 banen zijn er 67 openstaande vacatures (bron: CBS Statline). Volgens actuele arbeidsmarktprognoses binnen het overheidsprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn zullen er anno 2031 ongeveer evenveel mensen in de ggz werken, maar bij een ruim dubbel zo groot personeelstekort.¹³ Overigens zijn volgens de WRR (2021) op de nog langere termijn de alarmsignalen voor andere deelsectoren binnen zorg en welzijn nog aanzienlijk indringender. Dit betreft vooral de medisch-specialistische zorg en de ouderenzorg, die anders dan de ggz¹⁴ geraakt worden door demografische ontwikkelingen.
- De inkrimping van het personeel tussen 2013 en 2017 werd weliswaar gestimuleerd in het overheidsbeleid uit die tijd, maar ging vervolgens gepaard met oplopende wachtlijsten. De brancheorganisaties in de ggz maakten met het ministerie van VWS in 2017 landelijke afspraken met als doel dat in 2018 de wachttijden binnen de treeknorm¹⁵ zouden blijven. Ondanks opeenvolgende actieplannen, monitoring, regionale taskforces en praktijkinitiatieven zijn de wachttijden sindsdien verder opgelopen. Medio 2022 wachtten 80.000 mensen op een intake of behandeling in de ggz (bron: NZa. Wachttijden ggz juli 2022). Daarvan wachtten 42.000 (52%) langer dan de treeknorm. De wachttijden zijn volgens de Algemene Rekenkamer (2020) niet evenredig verdeeld; hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd.
- Waar bovenstaande gegevens voor velen bekend zullen zijn, geldt dat waarschijnlijk minder voor een historische parallel. De treeknormen werden voor het eerst in 2000 vastgesteld toen de wachttijden in de ggz ook al opliepen, gekoppeld aan een actieplan dat bepaalde dat overschrijding in 2002 tot het verleden zou moeten behoren. Echter, op 1 januari 2003 waren er nog steeds 75.000 wachtenden op geestelijke gezondheidszorg en werd de treeknorm¹⁶ bij 64% tot 82% van de wachtenden overschreden¹⁷ (zie ook hoofdstuk 6).

13 Dit is vanzelfsprekend niet meer en niet minder dan een prognose; zo ging de prognose van een jaar eerder er nog uit dat het personeelstekort over tien jaar ongeveer even groot als nu zou zijn.

14 De leeftijdsopbouw verschuift naar oudere leeftijden. Dit verlaagt de druk op de ggz: hoe ouder, hoe minder psychische problemen, zo blijkt uit de Nemesis studie.

15 Veertien weken, waarvan vier weken aanmeldwachttijd en tien weken wachttijd tot behandeling.

16 De opbouw van de treeknormen was destijds meer gedifferentieerd dan tegenwoordig, maar in essentie dezelfde: een maximale wachttijd van 14 weken voor de start van een behandeling.

17 De wachttijd is niet steeds zo hoog geweest. In 2012 werd de treeknorm bij 29% van de volwassen wachtenden op ggz-behandeling overschreden (Wever & Verhoeven, 2015).

2.7 Samengevat

Uit de beschikbare data rijst een wat genuanceerder beeld dan wat we als startpunt van dit hoofdstuk beschreven.

- We zien een duidelijke bevestiging dat meer mensen dan een decennium geleden te lijden hebben van psychische klachten en aandoeningen.
- Minder zeker is of het gebruik van de ggz toenam. In het algemeen is er in de ggz een patroon zichtbaar van: minder intramurale ggz, ongeveer evenveel ambulante ggz, en een flinke stijging van poh-ggz. Tegen deze trend ‘van zwaar naar licht’ gaat de stijging van cliëntenaantallen in het beschermd wonen. Deze is groter dan de daling binnen de intramurale ggz van de laatste jaren.
- Dat de kosten van de ggz sterk zouden zijn gestegen, wordt niet door feiten gestaafd. De grote kostenstijgingen van de ggz betroffen de eerste tien jaar van deze eeuw. De kostenontwikkeling in het afgelopen decennium blijft juist achter bij die van aanpalende sectoren. In de periode tussen Nemesis 2 (circa 2009) en Nemesis 3 (circa 2021) groeide het reële ggz-budget met 11%, terwijl de jaarprevalentie van psychische stoornissen met 53% steeg. Nu weten we dat lang niet iedereen met een psychische aandoening ook ggz-behandeling nodig heeft (zie bijv. Wang et al, 2017), maar deze discrepantie is opvallend.
- De druk op de ggz lijkt verder te zijn versterkt door een afbouw van personeel rond 2015, waarna de wachttijden voor behandeling opliepen, die tot op heden nog steeds fors zijn. Er is een stevig tekort aan personeel in de ggz, dat naar verwachting nog verder zal oplopen.
- Er zijn bovendien stevige aanwijzingen voor een mismatch tussen de ernst van zorgbehoeften enerzijds, en kwaliteit en toegankelijkheid van de specialistische ggz anderzijds.

Al met al is er een meer dan serieus probleem gezien de stijgende prevalentie van psychische aandoeningen, structureel hoge wachttijden in de ggz, personeelstekorten en signalen van mismatch. Een kostenstijging van de ggz die gelijke tred zou houden met de recente ontwikkeling in de prevalentie van psychische aandoeningen is niet reëel. De cijfers doen de noodzaak van een én-én-aanpak vermoeden: investeren in de ggz én werken aan oplossingen daarbuiten om de mentale gezondheid en het beroep op zorg fundamenteel te veranderen. Hoe de ontwikkelingen inhoudelijk kunnen worden geduid en welke oplossingsrichtingen daarbij passen, is onderwerp van de volgende hoofdstukken.

3 Wat is er aan de hand in de ggz?

Een inhoudelijke analyse

In dit derde hoofdstuk gaan we verder met de vraag wat er aan de hand is in de ggz, maar nu vanuit de perspectieven van geïnterviewden. We geven een beschrijving van factoren die de huidige knelpunten in de ggz (mogelijk) kunnen verklaren.¹⁸ In dit hoofdstuk worden factoren beschreven die de toestroom naar de ggz lijken te beïnvloeden (§3.1), alsook andere factoren die de druk op de ggz vergroten (§3.2), veelal samenhangend met de manier waarop de ggz georganiseerd is.

3.1 Verklaringen voor de toestroom richting de ggz

Geïnterviewden ervaren dat er in de laatste jaren een grotere toestroom naar de ggz plaatsvindt, met name naar lichtere vormen van ggz, en schrijven deze toe aan een aantal sociologische en systeem-gerelateerde factoren. We laten de verschillende factoren de revue passeren.

3.1.1 Is de samenleving complexer geworden?

Toegenomen keuzemogelijkheden, de opkomst van sociale media en de exponentiële stijging van de hoeveelheid informatie die men dagelijks tot zich neemt; het zijn factoren die volgens geïnterviewden naast het feit dat ze talrijke mogelijkheden bieden, ook onmiskenbaar leiden tot een druk op het mentaal functioneren van de bevolking. Met name voor jonge mensen geldt dat de impliciete en expliciete normen die verbonden zijn aan de boodschap dat de mogelijkheden om het eigen leven vorm te geven, eindeloos zijn, kunnen leiden tot stress, verwarring en een 'fear of missing out'. Tegelijkertijd zorgen de toegenomen kansongelijkheid in het onderwijs, de flexibilisering op de arbeidsmarkt, het tekort aan betaalbare woningen, de coronapandemie en de klimaatcrisis, juist voor deze groep voor een toenemende feitelijke bestaansonzekerheid, zo zeggen geïnterviewden. Voor de bevolking als geheel geldt verder dat een toegenomen individualisering en een afbraak van structuren van sociale cohesie zorgen voor een toename van eenzaamheid en zingevingsvraagstukken en een verminderde mogelijkheid om met zorgen, tegenslagen of praktische problemen direct terecht te kunnen in de sociale omgeving.

18 De interviews werden gehouden voordat de nieuwe Nemesis-cijfers bekend werden en voordat het Integraal Zorgakkoord (IZA) gepubliceerd werd. De eerste contouren van het IZA waren al wel bekend. De interviews startten steeds met een vraag om reflectie op de hoge wachttijden.



Ik vind het zelf wel eens moeilijk om mijn weg te vinden in de steeds verder digitaliserende wereld, terwijl ik mezelf niet beoordeel als iemand die valt in een kansarmer stuk, of die slecht onderlegd of opgeleid is. Ik vraag mijn zoon af en toe om me te helpen digitale dingen in te vullen. Ik kan me voorstellen dat als je dat niet hebt, als je geen mensen hebt die daarbij helpen, en als je kinderen het ook niet snappen en niemand het snapt, en je komt in de problemen, dat die vervolgens dan ook steeds groter worden er echt gewoon problemen toenemen. En dat je op een gegeven moment van alle stress die dat oplevert ook mentaal in de problemen raakt. (Manager Zorg bij instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang).

Toch denken de meeste geïnterviewden dat de hierboven beschreven maatschappelijke ontwikkelingen op zichzelf niet per se leiden tot méér psychische problemen. Elk tijdperk kent immers zijn eigen moeilijkheden en dus zijn “psychische worstelingen van alle tijden”. Een maatschappelijke verklaring voor de gesignaleerde toename in vraag naar ggz, ligt volgens geïnterviewden dan ook eerder in het feit dat we als samenleving enerzijds steeds meer waarde zijn gaan hechten aan – en meer individueel verantwoordelijk zijn gemaakt voor – gezondheid en optimaal functioneren, en dat we anderzijds steeds meer vormen van lijden als psychisch probleem zijn gaan *duiden*. Het dominante narratief over psychisch lijden als iets onwenselijks, iets dat gezond functioneren in de weg staat en moet worden opgelost, en bovendien door toedoen van medisch ingrijpen *kan* worden opgelost en wel op het niveau van het individu (maakbaarheid), is verankerd geraakt in de hele samenleving. Het heeft andere verhalen over psychisch lijden en mentaal onwelbevinden, alsook andersoortige ‘oplossingen’ daarvoor, steeds meer verdrongen. Het (logisch) gevolg is dat de ggz het belangrijkste toevluchtoord is geworden voor uiteenlopende mentale, psychische en psychosociale problemen.



Ik denk dat de algemene trend in de samenleving van individualisering ervoor zorgt dat mensen verantwoordelijk gesteld worden voor hun eigen welzijn en geluk. Dat er ook hogere eisen worden gesteld aan je eigen welzijn en geluk, en dat daar iets in gerepareerd moet worden als er in het leven toch dingen niet lopen zoals je wilt. Daarnaast is het zo dat allerlei hulpbronnen die er vroeger waren, er nu minder zijn. Je kunt secularisatie erbij halen, de afname van verenigingsleven, bezuinigingen op allerlei sociale voorzieningen in de wijk. Er wordt snel gedacht dat men psychiatrisch iets mankeert, maar je kunt gewoon lijden aan het leven. Dat kan heel serieus en zwaar zijn, en daar is vaak een bepaalde hulp bij nodig, maar niet automatisch van de ggz. (Belangenbehartiger & onderzoeker bij MIND).



Ik denk dat de ggz een vergaarbak is geworden van allerlei functies die er vroeger in de samenleving aanwezig waren: we zijn priester, leraar, opvoeder, dokter, vertrouwenspersoon, luisterend oor en begeleider in een. Alles wat met mentaal onwelbevinden te maken heeft, komt naar de ggz. Doordat die functies in de maatschappij steeds minder een plek hebben, wordt de ggz veel groter en anders van

aard. Alle mogelijke problemen worden nu gelieerd aan de ggz, wat best veel druk op ons heeft opgeleverd, dat we voor veel dingen oplossingen moeten hebben. Dat hebben we ook op ons genomen. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).

3.1.2 Zijn we het lijden verleerd?

Uit het voorgaande zou men de gevolgtrekking kunnen maken dat we het omgaan met mentaal onwelbevinden verleerd zijn. Hoewel geïnterviewden herkennen dat mensen het in een samenleving die gericht is op prestatie, snelheid en maakbaarheid, lastig vinden om het eigen menselijk falen, de eigen angsten en onzekerheden, twijfels en narigheid te erkennen als iets wat 'er ook bij hoort', waarschuwen zij dat niet de suggestie moet ontstaan dat de individuele persoon die met een hulpvraag bij de ggz aanklopt, zich aanstelt. De lijdensdruk van het niet mee kunnen komen, het in de knel komen met maatschappelijke eisen die worden gesteld, kan enorm zijn, en daadwerkelijk leiden tot een neerwaartse spiraal en ontwrichting, waarbij het zoeken van hulp van belang is. Dat de individuele mens die hulp vervolgens zoekt in de ggz, is geen teken van overdrijven, maar een gevolg van de manier waarop wij als samenleving de legitimering van lijden en het recht op zorg hebben georganiseerd aan de hand van 'objectief' vast te stellen medische diagnosecategorieën.



Ik denk dat de grote stroom van mensen, individuele mensen, naar de ggz, bepaald wordt door het feit dat wij in een samenleving zitten die klachten of problemen of kwetsbaarheden, legitimeert aan de hand van een medisch label, en dat dat dus maakt dat je daar eerst naar toe moet voordat je die erkenning en legitimatie hebt en kunt gaan werken aan herstel. (...) En ik denk dat dat komt omdat we in dat medisch model zijn gaan geloven, en dat we dus psychische problemen echt als ziektes van het individu zijn gaan zien. (...) Kijk, de grens tussen of je wel of niet een psychiatrische aandoening of stoornis hebt, dat is natuurlijk een arbitraire grens, die hebben we zelf bedacht, en dat is de grens geworden tussen het niet willen en het niet kunnen. Dus als je een diagnose krijgt is het niet kunnen, en als je 'm niet krijgt is het niet willen. En dat maakt dat het lijden van mensen niet erkend wordt als ze niet die medische diagnose hebben, want dan worden ze gezien als lastig, vervelend, aanstellers, lui, zwak, dom, whatever, alles wat je daar in de samenleving als gewicht aan kunt hangen. Die grens tussen niet willen en niet kunnen is zo belangrijk geworden voor hoe de maatschappelijke respons op dat lijden is. (Hoogleraar Innovatie in de ggz).



Zijn er mensen 'ten onrechte in de ggz'? Dat hangt volgens mij af van een groot timingvraagstuk. Dus op welk moment bied je iemand ondersteuning aan in het leven? We weten, armoede en schuldenproblematiek leiden tot depressie en angst. De vraag is wat mij betreft dus ook: op welk moment grijp je in? Als je lang genoeg wacht bij iemand die problematiek ontwikkelt, komt iemand vanzelf in de ggz terecht, omdat de problematiek opstapelt. En dat het te groot wordt om nog te behappen. Dus dan is het antwoord op die vraag: nee, iemand is niet onterecht naar

de ggz gegaan, maar we hebben op het verkeerde moment besloten met elkaar om hulp aan te reiken. (Projectleider bij Movisie).

3.1.3 De dans van vraag en aanbod

Dat mensen die in de problemen komen, hun heil zoeken in de ggz, hangt ook samen met het feit dat van het binnen het (op gereguleerde marktprincipes gebaseerde) model van gezondheidszorg de *bedoeling* is dat zij de rol van zorgconsument aannemen en in een zoektocht naar optimalisatie van de eigen gezondheid, de 'producten' afnemen die de aanbieder ontwikkelt. Veel geïnterviewden denken dat marktprincipes uiteindelijk zorgen voor een wederzijdse versterking van vraag en aanbod, waarbij de door (financiële) impulsen gestimuleerde concurrentie tussen aanbieders, en de daarmee samenhangende neiging om steeds meer gespecialiseerde zorgproducten te ontwikkelen, uiteindelijk niet tot minder, maar juist tot *meer* vraag hebben geleid. Zorgvragers hebben vanuit de rol als consument of klant immers een impuls om te zoeken naar de best mogelijke behandeling voor zichzelf, en de aanbieder zal daarop inspelen in een poging de eigen bedrijfsvoering gezond te houden. De groei in vraag en aanbod lijkt in zo'n model weliswaar hand in hand te gaan en in balans te zijn, maar omdat oneindige groei vanzelfsprekend onmogelijk is, zijn steeds verdergaande maatregelen tot kostenbeheersing, onafwendbaar, met diverse gevolgen van dien, aldus geïnterviewden.



Als je de gezondheidszorg laat afhangen van de vraag dan kan je altijd het aanbod laten groeien. Maar aan de andere kant, zodra je aanbod creëert... Je weet gewoon, als je aanbod creëert dan ontstaat er ook vraag. Ik denk dat de belangrijkste reden is dat we gezondheid zien als hoogste goed, en dat we dat op individueel niveau bekijken, en dat we denken dat het maakbaar is, dus meer zorg leidt altijd tot meer gezondheid. Dat is een soort premisse, die niet klopt. Ik denk dat dat leidt tot meer vraag. Maar ook dus tot een toename van het aanbod. Net als bij files. Hoe meer wegen je erbij bouwt hoe meer die gebruikt gaan worden, maar het lost niks op. (voorzitter bij Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).



Ik denk dat we nog steeds een heel heilig geloof hebben dat die marktwerking de zorg goedkoper maakt. Maar het gekke is, juist in de ggz is het zo moeilijk te begrenzen wat hoort in de ggz en wat niet, dus je maakt in de ggz de zorg misschien goedkoper maar wel veel groter, groter, groter, dus uiteindelijk veel duurder. Dus ja ik denk voor zoiets als de psychiatrie, de ggz, is het uiteindelijk denk ik niet het beste middel nee, de marktwerking. (Hoogleraar Innovatie in de ggz).

3.1.4 Cherry picking

Sinds de invoering van de Zvw en de bijbehorende gereguleerde marktwerking is er nog een tweede probleem ontstaan. Zorgverzekeraars ervoeren binnen het dbc-model in de ggz beperkte mogelijkheden om op kwaliteit én kostenbeheersing (doelmatigheid) te sturen, laat staan op de bereikte doelgroep. Het voornaamste instrumentarium was het afspreken van een maximaal budget (volume keer tarief) per aanbieder en daarbinnen te

sturen op kortere, minder intensieve dbc's. Dit leidde ertoe dat het leveren van complexe zorg minder aantrekkelijk werd en eenvoudige, gespecialiseerde zorg (gericht op één type patiënt) juist aantrekkelijker. Dit heeft volgens geïnterviewden in de praktijk geleid tot een dubbele werkelijkheid waarbij kleinere spelers op de markt, vrij lucratief, mensen met meer eenduidige problematiek behandelen (met risico op overbehandeling) en de grote regionale ggz-instellingen achterblijven met ingewikkelde, financieel onvoldoende gedekte zorg (met risico op onderbehandeling). "Niet zo gek dat ook zij inmiddels de pavlovreactie hebben om de meer eenvoudige mensen binnen te halen, want anders kan je het zware niet overeind houden", aldus een geïnterviewde.



En daar vind ik wel als je kijkt naar het veld, dat er een enorme toename is gekomen, dat deel ik met de psychiaters, van de lichtere zorgvragen die tegen een goed rendement, vrij makkelijk te verhelpen zijn, ten koste van zwaardere zorg. (Voorzitter bij Nederlands Instituut van Psychologen).



We hebben een adagium in Nederland en dat heet keuzevrijheid. De zorgaanbieder mag zeggen: ik kies voor een bepaald type patiënt. Mijn stelling is: keuzevrijheid past niet in iets wat je collectief met elkaar financiert en waar het schaarse middelen betreft. Keuzevrijheid is prima voor mobiele telefoons, maar niet voor dit soort domeinen. Daar mag je zeker wel keuzemogelijkheden hebben zodat je niet iedereen klem zet maar je zult met elkaar veel gericht en sturender moeten optreden. (Voorzitter bij zorgverzekeraar).



In de grotere specialistische ggz-instellingen zoals PsyQ is in de afgelopen 10 jaar de doelgroep sterk veranderd. En dat komt omdat om zo'n instelling heen nu allemaal kleine instellinkjes zitten van 1 tot 10 psychologen, misschien een psychiater erbij, allemaal met heel veel exclusiecriteria: ben je niet zo slim, ben je suïcidaal, heb je comorbiditeit, ben je een beetje asociaal, zit er een vlekje aan: ga maar naar PsyQ. Die romen de makkelijke doelgroep af. Omgekeerd zijn er bij de grote ggz-instellingen wachtlijsten. Wie bereid is en het vermogen heeft 20-30% van de zorgkosten zelf te dragen, kan direct terecht bij een kleine concurrent die zonder contract met de verzekeraar werkt. Dat zijn de kansrijke mensen met een betere kans op herstel. En de verzekeraar zegt: jullie behandelen allebei depressie. Ja PsyQ, jullie doen er veel langer over, leg maar uit. En het feit dat jij dan ook nog allemaal artsen en psychologen opleidt, een crisisdienst in de lucht houdt... Dat zijn van die systemische dingen waar die grote ggz-instellingen aan kapot gaan. De complexiteit van zorgvragen wordt niet meer gezien. En waarom ik mij hard maak voor verandering in de ggz is omdat de langdurige groep met complexe problemen daar de pineut van is. Het geld dat daarvoor bedoeld is (zoals de ambulantiseringsgelden) komt bij kleine instellingen terecht die juist milde problematiek behandelen. Ik vind dat we, vanuit mensenrechtenperspectief, de doelgroep met langdurige en ernstige problemen te kort doen in Nederland. (Onderzoeker en klinisch psycholoog bij ggz-instelling).

3.2 Andere factoren die bijdragen aan de actuele problemen in de ggz

Naast de hiervoor beschreven (sociologische, economische) factoren die de *toestroom* richting de ggz beïnvloeden, wijzen geïnterviewden erop dat er ook *binnen de ggz* een aantal mechanismen werkzaam zijn, die de problemen bestendigen en zelfs verergeren.

3.2.1 De keerzijde van een curatieve focus

Geïnterviewden benoemen dat de verenging van de psychische hulpverlening tot het domein van de medisch-biologische curatie van het individu en het werken met classificaties, ertoe heeft geleid dat specialistische (behandel)expertise in aanzien toenam, waar generalistische, sociaal-psychiatrische expertise juist aan belang (en aanzien/status) moest inboeten. Hoewel de curatieve focus oorspronkelijk inhoudelijk gemotiveerd was vanuit de wens om beter aan te sluiten op de vraag van de patiënt met de best beschikbare kennis, waarschuwen geïnterviewden dat het een goede, effectieve op herstel gerichte behandeling, ook *in de weg* kan staan. Het probleem is dat het algehele zicht op de verwevenheid tussen verschillende typen problemen, en op de rol van de sociale context in het ontstaan of voortduren van psychische problemen, hierdoor vertroebeld zijn geraakt. Dit heeft vooral gevolgen voor mensen die niet in één classificatie te vangen zijn en mensen van wie de psychische problemen een sociale oorsprong kennen. Geïnterviewden signaleren dat deze mensen soms eindeloos van het kastje naar de muur, van afdeling naar afdeling worden gestuurd en op (een of meerdere) wachtlijsten staan in een vergeefse zoektocht naar de best passende zorg. Bij deze groep wordt zowel goede, geïntegreerde behandeling op psychiatrisch gebied, een daadwerkelijke focus op persoonlijk én maatschappelijk herstel, en continuïteit van zorg gemist, waardoor cliënten lang in de ggz blijven of steeds weer in de ggz terugkomen (zie ook §3.9 Dilemma's rond uitstroom).



Door die focus hebben we ook wel goed onderzoek kunnen doen naar heel veel vormen van therapie en behandeling. En dat heeft veel goeds opgeleverd op trauma gebied bijvoorbeeld, daar hebben we veel bij ontwikkeld, dat vind ik fantastisch dat was er vroeger helemaal niet zo. Maar eigenlijk zijn we wel, en dat is schaamtevol, gekomen op een punt van 'pas jij in mijn koker'. We zijn patiënten gaan selecteren: 'pas je in angst- en stemming, ok dat hok in', 'pas je bij persoonlijkheidsproblemen, dat hok in'. Dat is wel gênant. Het heeft ons opgeleverd dat we echt hele goede behandelingen hebben ontwikkeld, maar eigenlijk is het nooit meer voor iemand precies geschikt. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).



Mijn achtergrond is sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Dit type professional, met de voeten in de klei, moest plaats maken voor de verpleegkundig specialist. Dat gebeurde door de verantwoordelijkheden en waardering voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen te verminderen. Dat betekent niet dat er geen gedreven verpleegkundig specialisten zijn met hart voor de sociale psychiatrie, maar wel

dat we meer bewegen naar een zuiver medisch model. (Beleidsmedewerker bij gemeente).



Een onbedoeld gevolg van de curatieve focus is dat superspecialisten het hoogst gewaardeerd en betaald worden. Dat is bizar. Omdat het generalist zijn overzicht vraagt; nadenken over het grotere geheel. En in de somatische geneeskunde is dat niet anders als in de psychiatrie: comorbiditeit is regel, geen uitzondering. Als jij in een ongezonde leefsituatie zit heb je meer kans op lichamelijke problemen, psychische problemen, schuldenproblemen etc. dat gaat heel vaak samen, dat weten we allemaal. Dus als jij dan zegt: ja maar, ik ben een topspecialist op dit terrein, en daardoor verdien ik ook nog eens veel meer dan mijn collegae, maar ik kan geen algemene dienst meer doen... Dit zien we overal. Maar we waarderen het zelfs. En burgers eisen: ik heb deze ziekte, ik wil die topspecialist. Dan moet je eigenlijk de vraag stellen: Ja maar heeft u niet liever iemand die het geheel kan overzien? Ik heb niks tegen superspecialisten, die hebben een belangrijke consultatieve rol in het zorglandschap. Maar je moet in die afweging de generalist misschien wel hoger waarderen dan de specialist. (Voorzitter bij Nederlandse Vereniging voor psychiatrie).

3.2.2 De fuik van 'getrapte' zorg

Een en ander wordt versterkt door het nog steeds op veel plekken leidende principe van 'stepped care': de patiënt wordt niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk is, er wordt gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de aandoening of de klachten en er wordt zo nodig stapsgewijs opgeschaald. Hoewel dit principe logisch klinkt, pakt het, vooral voor mensen met ernstiger problemen, averechts uit. Als de behandeling onvoldoende heeft gewerkt, wordt iemand doorgeschoven naar een volgend echelon, waar vaak het traject van diagnostiek en behandeling (na een lange wachttijd) opnieuw begint. Volgens geïnterviewden is het door 'horten en stoten' gekenmerkte zorgpad dat zo ontstaat niet alleen schadelijk voor het vertrouwen van de persoon in de zorg en in zichzelf, maar ook ongunstig voor het beloop van de problematiek. Bovendien ontstaat er een soort fuik waarbij mensen steeds meer ingekapseld raken in het systeem van zorg, en er minder snel weer uit zullen komen, bijdragend aan toenemende druk op de ggz.



Het hele stepped care principe, dat hebben we wel gehad. Volgens mij hebben we daarvan echt gezien dat het niet leidt tot minder zorg en ook niet tot beter herstelde patiënten. Maar het leidt wel tot veel vertraging voor mensen die echt ernstige problemen hebben. Matched care is daarom het nieuwe streven. (Voorzitter bij Nederlandse Vereniging voor psychiatrie).



Een van de grote problemen in de oude ggz is dat cliënten verdwalen in de black box, als het tegenzit komen ze van de ene echelon in het andere, van de ene wachtlijst op de andere. En ook wij hebben gewoon mensen die 1,5 jaar inge-

schreven staan, op drie verschillende wachtlijsten hebben gestaan en vervolgens de boodschap krijgen dat ze toch niet helemaal passen. Dat gebeurt nog te vaak. (Bestuurder bij ggz-instelling).

3.2.3 Basisuitgangspunten van de decentralisatie in 2015 waren incorrect

Met de decentralisatie van 2015 zijn de in de vorige paragrafen beschreven knelpunten volgens veel geïnterviewden verergerd. Een belangrijk oogmerk van de decentralisatie was dat de 'lichtere' en de meer sociale, generalistische en preventieve functies van psychische hulpverlening dichterbij de burger georganiseerd moesten worden, en dat de ggz zich (nog meer) moest richten op specialistische (evidence based) behandeling van psychische 'ziekten'. Hoewel de geïnterviewden een grotere rol van het sociaal domein toejuichen, zijn veel van hen van mening dat de 'knip' tussen curatie en preventie, tussen 'medisch' en 'sociaal', heeft geleid tot een splitsing van verantwoordelijkheden die bestaande problemen verergerde en nieuwe introduceerde. Volgens geïnterviewden is het niet zo dat als zorg financieel wordt verschoven richting het sociaal domein, er minder middelen nodig zijn, of dat de zorg automatisch 'socialer' of 'integraler' wordt, of dat dichterbij wonende financiers automatisch een beter zicht hebben op de problemen van de doelgroep. Met andere woorden, de basisuitgangspunten van de transitie waren niet correct.

Bovendien had de decentralisatie allerlei onvoorziene bijwerkingen. Met de komst van de Zvw en de Wmo was preventie en vroegsignalering niet meer duidelijk belegd. Preventie-afdelingen in de ggz verdwenen, casefinding/bemoeizorg paste niet meer binnen de op de dbc's gebaseerde Zvw-financiering en verdween uit FACT, en straatwerk/kwartiermaken in het welzijn werd afgebouwd om plaats te maken voor (minder outreachende) wijkteams. Vanuit de gemeenten was er ondertussen nog onbekendheid met het werken met mensen met (ernstige) psychische problematiek wat leidde tot verwarring rond de organisatie van beschermd wonen, dagbesteding en ambulante begeleiding en een overdreven focus op incidenten via de aanpak van 'verward gedrag'. Volgens geïnterviewden is het tij inmiddels aan het keren, maar dat neemt niet weg dat met name voor mensen met EPA de decentralisatie, niet direct tot betere en snellere zorg maar vooral tot verdere verkokering en fragmentatie van zorg heeft geleid, doordat zij te maken kregen met verschillende wetten, regelgevingen, financieringen en professionals.



Als we kijken naar analyses waarom die stap naar het 'voorveld' zo slecht is gegaan, dan is dat omdat er tegelijkertijd een bezuinigingsslag als wel een grote transformatie heeft plaatsgevonden. (Voorzitter bij Nederlands Instituut van Psychologen).



FACT was een ontzettend hoopgevende ontwikkeling. Aan de slag met ervaringsdeskundigheid en werkbegeleiders. Maar deze ontwikkeling is sinds de 'knip' in 2015 gestagneerd. (Strategisch adviseur bij gemeente).



Wat heel erg fout is, is dat ze in een FACT team zo medisch moesten gaan werken. Dat is helemaal niet de bedoeling geweest. Als je kijkt hoe moeilijk het is om aan het werk te komen, hoe moeilijk het is om uit een achterstandspositie in die samenleving je weg te vinden, vind ik dat daar veel meer deskundigheid op moet zitten, dan dat we alleen maar medisch gaan zitten doen. (Beleidsadviseur Ervaringsdeskundigheid bij Branchevereniging Valente).



In de afgelopen 15 jaar is de hele preventietaak van de ggz verloren gegaan. Vroeger hadden we afdelingen preventie, vroegsignalering, KOPP-programma's, wrap around care. Dat zijn voor mij nu indirecte kosten die ik nergens kwijt kan, die gaan er als eerste af. Allemaal buitengewoon lastig te financieren. Ik zeg niks nieuws maar dat is de kern. (Bestuurder bij ggz-instelling).

3.2.4 Dilemma's rond uitstroom

De factoren die in de subparagrafen hierboven werden beschreven (de focus op curatie in de ggz, de echelonnering, en de splitsing van verantwoordelijkheden tussen Wmo en Zvw) hebben tot slot ook geleid tot het ontstaan van dilemma's rond *uitstroom*. Enerzijds signaleren geïnterviewden dat soms onnodig lang behandeld wordt: met name aan 'lichte' cliënten waarbij duidelijke resultaten kunnen worden geboekt, worden aanvullende behandelingen aangeboden. Bij cliënten met langdurige problematiek speelt juist dat een *gebrek aan adequate behandeling* onnodige chronificering in de hand werkt. Een grotere uitstroom van cliënten met langdurige problematiek is alleen mogelijk wanneer kritisch wordt gekeken naar welke behandeling mensen feitelijk ontvangen hebben.

Geïnterviewden wijzen erop dat een druk op sneller uitstromen ook averechts kan werken. Men signaleert dat door de curatieve focus, de marktwerking en de grote nadruk op autonomie en zelfredzaamheid die in de afgelopen jaren leidend was, mensen van wie de behandelcomponent (tijdelijk) minder intensief is, steeds sneller (terug)verwezen worden naar de huisarts en het buurtteam. Voor velen van hen hoeft de zorg lang niet altijd even intensief te zijn, maar wel beschikbaar om op terug te vallen wanneer er tegenslagen ontstaan in het herstelproces. Hoewel iedereen het erover eens is dat het onnodig vasthouden van mensen in de zorg niet wenselijk is, ziet men dat het terugverwijzen naar de huisarts van doelgroepen met complexe problematiek die (tijdelijk) 'uitbehandeld' zijn, op dit moment in de praktijk vaak niet goed uitpakt: de realiteit is dat veel mensen na verloop van tijd weer intensievere zorg nodig hebben waar de eerste lijn en sociale basis onvoldoende voor zijn toegerust. Menig huisarts heeft momenteel ook gewoonweg te weinig tijd voor de begeleiding van patiënten uit de ggz. Voordat een patiënt weer in zorg is, moet hij soms weer het hele intake-traject doorlopen, met alle gevolgen van dien (zie ook §3.2.2).

Geïnterviewden zijn van mening dat in zo'n geval een relationele benadering veel meer ruimte zou moeten krijgen, maar precies dat is binnen het huidige model moeilijk te legitimeren. In de praktijk leidt dit tot dilemma's voor ggz-instellingen. Wanneer het juiste

moment is om uit te stromen, is niet op voorhand vast te stellen. Echter onder druk van financiële maatregelen, is er soms geen andere keus dan mensen 'los te laten' waarvan professionals eigenlijk weten dat ze op termijn weer voor hulp zullen aankloppen. Wat ook gebeurt, is dat ggz-instellingen ervoor kiezen om de schadelast op de koop toe te nemen om patiënten langer bij zich te kunnen houden. "Ook geen ideale oplossing, maar er zijn weinig goede alternatieven", aldus een van de geïnterviewden.



Wat je vaak ziet is dat de verslaving enigszins onder controle komt. De verslavingsbehandeling sluit af. Maar op een gegeven moment, dat is altijd zo met herstel, krijg je momenten waarop je gierende trek krijgt en waarop je soms terugvalt in gebruik, en als er dan niet even snel iemand komt en die zegt: kom op, zitten, wat is je crisisplan ook alweer, hoe zat die terugvalpreventie in elkaar, kom op we zetten 'm opnieuw in de stijgers. Dan moeten onze mensen weer op een wachtlijst, moeten we eerst naar de dokter toe, opnieuw een verwijsbrief halen. Dat duurt te lang waarmee het risico op terugval in volledig gebruik toeneemt. (Manager Zorg bij instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang).



Of het grootste probleem in de ggz die grote toestroom is dat weet ik niet. Misschien zit in het afhandelen van het huidige klantenbestand, en hoe je daarmee omgaat wel een belangrijker vraagstuk. Alleen moet je je daarbij afvragen: krijgen de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen voldoende zorg? Ik denk het niet. Wat ik weet, tegen ben gekomen, wat ik heb gezien, is dat die groep over het algemeen behoorlijk verwaarloosd wordt. (Bestuurder Stichting HerstelTalent).



Ik denk als mensen goede behandeling hebben gehad, dat kun je hard maken, dan kan je misschien zeggen we kunnen kijken of we de uitstroom kunnen vergroten. Ik denk wel dat in doorstroom, uitstroom iets te doen is. Maar ik vind het lastig worden als het gaat om mensen die nooit adequate behandeling hebben gehad, dat is vooral voor de doelgroep met langdurige en ernstige problemen vaak het geval. (Onderzoeker en klinisch psycholoog bij ggz-instelling).

3.2.5 Personeel gezocht

Een laatste factor die volgens geïnterviewden de druk op de ggz verhoogt, is dat financiële overwegingen sinds de aanloop naar de decentralisaties een steeds groter onderdeel uit zijn gaan maken van de dagelijkse gang van zaken binnen instellingen. Daarbij is de verantwoordelijkheid voor de inhoud en kwaliteit van zorg juist steeds meer "weggeorganiseerd" bij degenen die de zorg daadwerkelijk leveren. Het werk in de ggz instellingen is door deze ontwikkelingen ingrijpend veranderd. Omdat de inhoud steeds meer volgend werd op bekostiging, er van professionals steeds meer productie werd verwacht en zij zich bovendien steeds stringenter moesten verantwoorden en op individuele resultaten kunnen worden afgerekend (zie ook §4.3.3), ligt het voor de hand dat het werk veeleisender en minder aantrekkelijk is geworden, met risico op toenemend ziekteverzuim en, als uiterste gevolg, dat professionals de sector verlaten.



Wij spraken net iemand die nog bij een grotere ggz-instelling werkt en graag bij ons wil komen werken. Die geeft ook aan: ik heb in FACT-teams gezeten, ik heb in die ambulante dienst gezeten, het is allemaal kommer en kwel, omdat wij niet kunnen doen wat we ten diepste vinden wat er zou moeten gebeuren. Hij zei het heel mooi, hij zei: de inhoud is niet leidend, de bedrijfsvoering is leidend. De bedrijfsvoerders bepalen hoe mijn werk eruitziet overdag. Dat kan niet de bedoeling zijn. Zij weten helemaal niet waar ik mee te maken heb en hoe ik goed gefaciliteerd dien te worden. Het moment waarop je de controlerende principes van de financiering en bijkomende verantwoording, leidend laat zijn dan verdwijnt de balans met de visie, de diepere bedoeling waar je voor staat, direct voor die mensen die die ondersteuning nodig hebben. Je gaat intern dan steeds minder de scherpe dialoog aan, en ga je als professional uiteindelijk ook naar buiten toe gedragen alsof je alleen maar daarvoor bent. Je gaat geloven dat dat je werkelijkheid is. Kortom, je bent te ver afgegleden van waar je ten diepste voor op aarde bent. (Bestuurder bij organisatie voor maatschappelijk welzijn).



Het zal toch een keer anders moeten in de ggz, anders houd je het personeel niet vast. Je ziet al wat voor lijst aan vacatures er is. Mensen gaan eruit. Ze gaan allemaal of als zzp'er aan de gang, of ze gaan in een kleine ggz-teampje werken ergens. Dus je zal dit moeten gaan doen, omdat dit niet alleen voor klanten en hun netwerk niet te doen is, maar het is voor de medewerkers ook niet te doen. Het is gewoon een uithollen. (Beleidsadviseur Ervaringsdeskundigheid bij Branchevereniging Valente).

3.3 Samengevat

In dit hoofdstuk zagen we dat er in de laatste jaren een aantal hardnekkige mechanismen in de samenleving én in het zorgsysteem zijn geslopen, bestendigd door het financieringssysteem, die de druk op de ggz verhogen of op zijn minst in stand houden, en bovendien schadelijk kunnen zijn voor mensen die hulp zoeken, met name zij die te maken hebben met problemen op meerdere gebieden.

Allereerst zijn er diverse sociologische- en systeemfactoren die de toestroom naar de ggz beïnvloeden. De medisch-biologische premisse van individuele curatie en de introductie van marktprincipes in de zorg, worden genoemd als mechanismen die voor een aanzuigende werking van het systeem zorgen, met een voorkeur voor relatief eenduidige problematiek. Voor mensen met EPA/complexere (multi)problematiek, geldt dat vanwege de doorgeschoten curatieve focus, overdreven specialisering, en 'stepped care' - allemaal principes en maatregelen, die oorspronkelijk bedoeld waren om de zorg beter te maken – de continuïteit van zorg in het geding is gekomen, er eerder wordt onderbehandeld dan overbehandeld, en bovendien het zicht op de verwevenheid tussen psychische en sociale problematiek steeds meer verloren is gegaan. Omdat de decentralisaties van 2015 gepaard gingen met bezuinigingen, die werden geëffectueerd

voordat het sociaal domein was uitgekristalliseerd, en er niet werd geanticipeerd op de problemen die ontstaan wanneer mensen met een zorgbehoefte te maken krijgen met verschillende wetten en financieringskaders, raakte de zorg voor mensen met EPA verder gefragmenteerd. Rond uitstroom ontstonden er bovendien nieuwe dilemma's waarbij de opties grotendeels teruggebracht werden tot twee smaken: 'in zorg houden' met het risico op betutteling en chronificering plus hoge kosten, of 'terugsturen naar de huisarts' met risico op onvoldoende ondersteuning bij terugval en 'draaideurpraktijken'. In dezelfde periode werd het personeelstekort in de ggz nijpender, mogelijk samenhangend met het feit dat financiële overwegingen de alledaagse praktijk gingen bepalen, leidend tot gevoelens van vervreemding bij de professional.

4 Waar moet het heen? Een uitwerking in bouwstenen en praktijken

Dit hoofdstuk beschrijft, op basis van de analyse van de interviews met stakeholders, aan welke oplossingsrichtingen er wordt gedacht voor de ontstane knelpunten in de ggz. Gevraagd werd aan geïnterviewden welke ideeën zij hebben over de gewenste richting waarop het veld moet bewegen en welke concrete veranderingen nodig zijn. In dit hoofdstuk worden de verschillende elementen ('bouwstenen'), beschreven, geïllustreerd aan de hand van beloftevolle voorbeelden waarin de betreffende bouwsteen reeds in de praktijk wordt gebracht. De beschrijving van de praktijkinitiatieven berust op de interviews met sleutelpersonen binnen die initiatieven en beschikbare documentatie.

4.1 Een nieuw hervormingsnarratief

Uit de interviews komt naar voren dat er een breed gedeeld gevoel van urgentie heerst bij de stakeholders om na te denken over nieuwe manieren om het beroep op zorg te beïnvloeden, de kwaliteit en toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en in de toekomst te borgen. Men is het er over eens dat herijking en herordening van de ggz nodig is, maar de veranderrichting beperkt zich niet tot de ggz zelf: geïnterviewden vinden dat veranderingen nodig zijn over het hele continuüm van het preventieve veld (feitelijk de hele samenleving) tot aan de hoog gespecialiseerde EPA-zorg. Uiteraard leggen verschillende stakeholders daarbinnen andere accenten. De een richt zich meer op de mogelijkheden van lokale mentale gezondheidsbevordering door het sociaal domein, een ander richt zich op de rol van de huisarts, weer een ander op de toegang naar de ggz, en weer een ander op het vormgeven van domeinoverstijgende samenwerking bij mensen met EPA.

Ondanks deze accentverschillen is het opvallend hoe relatief eensgezind geïnterviewden zijn. Er is een breed gedeeld besef dat we (toenemende) mentale problemen niet uitsluitend meer in een individualiserend en medicaliserend kader kunnen aanpakken. Onderliggende gedachten zijn dat de mentale gezondheid moet worden bevorderd, en dat alternatieven naast de ggz worden doorontwikkeld, opgezet en benut. Als mensen een beroep op zorg doen, moet goed worden gekeken of de oplossing in de ggz ligt of dat er passender alternatieven buiten de ggz zijn, danwel of verschillende oplossingsrichtingen van *binnen* en *buiten* de ggz kunnen worden gecombineerd, om de kans op succesvol (persoonlijk & maatschappelijk) herstel te vergroten. Bovendien is men gelijkgestemd in de *taal* en *concepten* die worden gehanteerd bij het beschrijven van

de beweging die men noodzakelijk acht. Dit verbindend hervormingsnarratief kenmerkt zich door kernwoorden als, 'positieve gezondheid' (Huber et al 2016), 'demedicalisering', 'integraal kijken' (met aandacht voor 'sociale determinanten'), 'domeinoverstijgend (samen)werken' (tussen ggz, sociaal domein en huisartsenzorg), 'systemisch en contextgericht denken' (samenwerking met het netwerk van de cliënt), 'preventie', 'mentale gezondheidsbevordering', en (zij het in mindere mate benadrukt) 'digitalisering' en 'e-communities'. Deze kernprincipes worden door geïnterviewden concreet gemaakt in een zestal oplossingsrichtingen, hier samengevat als zes 'bouwstenen' voor de opbouw van een vernieuwend landschap, passend bij de inhoudelijke en strategische uitdagingen van de toekomst. De zes bouwstenen worden hieronder verder uitgewerkt

Bouwstenen van het nieuwe hervormingsnarratief (op basis van de interviews)

1. Promotie van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop.
2. Laagdrempelige hulp bij beginnende problemen, zonder label.
3. Integraal kijken en samenwerken in de eerste lijn.
4. Integraal kijken en samenwerken bij de poort van de ggz.
5. Van 'geholpen worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'.
6. Geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met EPA.

4.1.1 Promotie van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop (en in alle relevante leefomgevingen)

De eerste bouwsteen is het investeren in programma's en maatregelen ter bevordering van de mentale gezondheid, veerkracht en weerbaarheid van de populatie. Hierbij ligt primair een taak voor (deels nieuw te ontwikkelen) initiatieven vanuit de publieke gezondheidszorg (GGD) en de sociale basis. In de kern gaat het erom dat ieder mens de kans krijgt om mentale gezondheid te ontwikkelen en op peil te houden. Volgens geïnterviewden kan dit alleen slagen vanuit een levensloopperspectief, met andere woorden: het ondersteunen van de ontwikkeling van mentale gezondheid van de *hele* bevolking, van jong tot oud, over generaties heen, en in de volle breedte, met oog voor kwetsbare mensen, kwetsbare perioden, situaties en transitie in de levensloop van mensen. Er moet daarbij oog zijn voor de impact van de leefomgeving(en) waarbinnen mensen zich bewegen, en nadrukkelijk niet gemedicaliseerd worden, maar juist ingezet worden op normaliseren en diversiteit.



Een op zes mensen werkt momenteel in de zorg en dat gaat niet groeien. Dat zou wel noodzakelijk zijn met de groeiende zorgvraag, de ontwikkeling van medische technologie, vergrijzing, ontgroening et cetera. Dus de maatschappelijke opgave is gigantisch. Willen we de toegankelijkheid van zorg borgen, en die staat zeker in de ggz onder druk, dan zullen we dus ook andere manieren moeten ontwikkelen om gezond te blijven, of weer te worden. En dat betekent dat we dus ziekte en zorgvraag moeten gaan voorkomen. (Strategisch Adviseur bij Zorgverzekeraars Nederland).

Geïnterviewden zijn allereerst voorstander van investeren in mentale gezondheid in het onderwijs. Geïnterviewden roepen op tot een heroverweging van de overdreven focus op cognitieve prestaties en het radicaal inzetten op de ontwikkeling van sociaal-emotionele vaardigheden. Kinderen zouden al vroeg handvatten aangereikt moeten krijgen om te leren omgaan met stress, moeilijke emoties en mentale uitdagingen. Het praten over psychische kwetsbaarheid en psychische diversiteit als onderdeel van het leven, zou al op de basisschoolleeftijd genormaliseerd moeten worden en op de middelbare school verder uitgediept. Volgens geïnterviewden is tegenwicht nodig tegen de impliciete en expliciete boodschap aan kinderen en jongeren dat de wereld perfect maakbaar is, en dat je zelf voor je eigen geluk kan zorgen (als je maar presteert). Door het gesprek over mentale gezondheid open te breken, kan een cultuur binnen een klas of school ontstaan die ondersteunend is, en zijn kinderen die een hulpvraag ontwikkelen (hopelijk) eerder geneigd en in staat om de juiste oplossing te vinden, bij voorkeur in hun directe omgeving, aldus geïnterviewden.



In het onderwijs, net als we de schijf van vijf hebben, moeten we kinderen leren hoe je kan dealen met mentale uitdagingen. Net zoals pest-aanpakken die basisscholen gebruiken. Je kunt onderwijs geven over hoe je omgaat met dingen die in je kop soms lastig zijn. Als we leren sporten kun je coping ook leren. (Bestuurder bij ggz-instelling).



Er is veel winst te behalen op scholen. Ik denk dat we mensen veel jonger psychisch weerbaarder kunnen maken. (Onderzoeker en Voorzitter CWO bij Landelijke Vereniging POH-GGZ).

Hoewel de promotie van mentale gezondheid bij jeugdigen het meest prominent naar voren komt in de interviews, roept men ook op tot bevordering en bescherming van mentale gezondheid in latere leeftijdsfasen, waar andere transities in de levensloop plaatsvinden en waar preventie volgens geïnterviewden veel effect kan hebben. Feitelijk is een levenslooppaanpak nodig met specifieke aandacht bijvoorbeeld voor: studenten, werknemers, mensen met een migratieachtergrond, jonge ouders, mantelzorgers en alleenwonende ouderen. Veel geïnterviewden vinden dat 'de stad' en 'de buurt' hierbij aan zet zijn. Volgens geïnterviewden kan er op lokaal niveau in de samenleving heel veel worden gedaan om de mentale gezondheid van de populatie te verbeteren. Een lokale infrastructuur is nodig waarbij vloeiend kan worden aangesloten bij specifieke uitdagingen van de lokale populatie, specifieke doelgroepen daarbinnen en sleutelmomenten in het leven van deze doelgroepen. Daarvoor is een 'mental-health-in-all-policies' beleid en samenwerking met de lokale inwoners, wijk- en buurtverenigingen essentieel. Aanpakken zouden zich enerzijds moeten richten op individuele burgers, waarbij de focus ligt op het aanleren van mentale gezondheidsvaardigheden die nodig zijn om de uitdagingen van het leven aan te kunnen, en het bevorderen van een mentaal gezonde leefstijl. Diverse vormen van voorlichting en collectieve preventieve activiteiten, on- en offline, kunnen daarbij helpen. Daarnaast zijn initiatieven nodig die zich richten op de

sociaal-maatschappelijke dimensie van mentale gezondheid. Zo kunnen het verbeteren van de algehele leefbaarheid in wijken, het terugdringen van eenzaamheid en kansongelijkheid en het zorgen voor structuren van steun waardoor mensen zich verbonden voelen en niet alleen komen te staan, als preventieve opgaven ten gunste van mentale gezondheid worden opgevat. Om dit te bereiken is een netwerk van gemeenten, sociaal werk en andere maatschappelijke organisaties en sociale basisvoorzieningen, nodig die in eerste instantie niet medisch is.



Maar wat ik ook zie is armoede. Ik vind dat armoede een enorme katalysator is van ernstige psychische en sociale problematiek. Ik denk niet dat je het oplost door meer zorg erop te zetten. Dat is leuk maar je moet echt goed gaan kijken, wat veroorzaakt nou die problematiek en daar moet je op insteken, en echt durven om maatschappelijke veranderingen door te gaan voeren, het is ook politiek. Het zit 'm ook simpel in een fatsoenlijk basisinkomen. (Manager Zorg bij instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang).



Present en oplossingsgericht werken vanuit een visie op positieve gezondheid, kennis op alle leefgebieden, het inzetten op een inclusieve samenleving, compassie en empowerment in communities; al deze elementen worden vanuit onze sociaal werk opgave ingebracht in het onderwijsveld, het jeugdwerk, het wijkteam, buurtcoaches, het opbouwwerk, het straatwerk, het vrijwilligerswerk, job coaching, sociale ondernemingen, in maatschappelijke steunsystemen, maatjesprojecten, in kleinschalige peer-voorzieningen, creatieve broedplaatsen en zelfregiecentra. (Bestuurder bij organisatie voor maatschappelijk welzijn).



Bouwsteen 1: Promotie van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop en in alle relevante leefomgevingen

Zorg dat de sociale basis op orde is. Ontwikkel programma's binnen scholen ter bevordering van de mentale gezondheid van kinderen en jongeren. Zet in op de sociaal-emotionele ontwikkeling en verminder taboes rond psychische klachten. Ontwikkel ook programma's ter bevordering van mentale gezondheid in een wijk of stad. Richt je op de specifieke lokale situatie en werk samen met inwoners. Investeer in programma's ter bevordering van mentale weerbaarheid en sociale cohesie. Heb daarbij speciaal oog voor kansongelijkheid en leefbaarheidsvraagstukken in achterstandswijken.

Praktijkvoorbeeld: MIND Young academy

Initiatiefnemer(s):

MIND & Diversion

Wat is het:

Een onderwijsprogramma waarin met verschillende werkvormen het taboe over psychische klachten wordt doorbroken, begrip en herkenning wordt gecreëerd en kennis wordt vergroot.

Doelgroep(en):

Leerlingen en studenten op de bovenbouw van het vmbo, havo en vwo en eerste- en tweedejaars mbo-studenten.

Werkwijze:

Jonge ervaringsdeskundigen (peer educators) die zelf of in hun directe omgeving te maken hebben (gehad) met psychische problemen delen hun ervaringen met jongeren in de klas. Via deze persoonlijke verhalen maken zij dit onderwerp op een laagdrempelige en interactieve manier bespreekbaar. Op basis van nauw contact met de docent van de deelnemende groep(en) en zorgprofessionals in de school breken de peer educators het gesprek open. En zorgen zij dat de jongeren, indien nodig, de weg naar verdere hulp, binnen school, of daarbuiten, kennen. De interventie bestaat uit een driedelige lessenreeks. Onderwijsinstellingen krijgen voor- en nazorg aangeboden in de vorm van intakegesprekken, evaluaties en leskaarten.

Doelstelling(en):

Het voorkomen en vroegtijdig signaleren van psychische problemen bij jongeren, door het thema op een laagdrempelige manier bespreekbaar te maken.

Doelgroep(en):

Leerlingen en studenten op de bovenbouw van het vmbo, havo en vwo en eerste- en tweedejaars mbo-studenten.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Het programma loopt sinds 2019 en is geëvalueerd door Verweij-Jonker instituut (Winter-Koçak, Vugt en Klooster, 2019). De evaluatie bestond uit interviews (met professionals uit het onderwijs, peer educators en leerlingen), observaties tijdens de lessen en een enquête onder in totaal 302 leerlingen tussen 12 en 21 jaar. Uit de resultaten blijkt dat MIND Young Academy goed aansluit bij leerlingen en de verwachtingen van scholen. De peer educators lijken de drempel tot het bespreken van en hulp vragen bij psychische problematiek te verlagen, wel blijft de drempel om hierover met klasgenoten te praten groot. 89% van de geënquêteerde leerlingen geeft aan dat zij na de lessen beter weten wat psychische klachten zijn. Dit was geen effectonderzoek, maar de onderzoekers verwachten een bijdrage aan preventie en vroegsignalering van psychische problematiek.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Duurzame financiering ontbreekt nog.
- Er dient een manier te worden ontwikkeld om de kennis duurzaam binnen een school borgen.

Praktijkvoorbeeld: Amsterdam Mentaal Gezond: Thrive

Initiatiefnemer(s):

Gemeente Amsterdam

Wat is het:

Een collectief programma ter bevordering van de mentale gezondheid en veerkracht van de inwoners van Amsterdam.

Doelgroep(en):

Inwoners Amsterdam, en in het bijzonder A) jongeren & studenten, B) mensen met een migratieachtergrond in wijken en buurten, C) zelfstandig ondernemers in het midden- en kleinbedrijf (mkb).

Werkwijze:

Op basis van onderzoekscijfers en onder andere door samen te werken met sleutelfiguren in de stad, worden signalen omtrent de mentale gezondheid van de lokale populatie verzameld. Aan de hand daarvan worden (lange en kortdurende) projecten opgezet. Soms door nieuwe initiatieven te ontwikkelen, meestal door bestaande initiatieven, bijvoorbeeld in het sociaal domein, te ondersteunen of te koppelen met andere initiatieven. Activiteiten zijn gericht op: voorlichting (over factoren van mentale gezondheid), overtuiging (van eigen kunnen, wegnemen van taboe) en facilitering (zelfhulp/zorgaanbod). Verhalen en ervaringen van inwoners staan altijd centraal.

Doelstelling(en):

Minder mentale problemen, eerdere herkenning van milde klachten, minder uitval door mentale problemen, steunende omgeving voor mensen met mentale klachten, het taboe rond psychische kwetsbaarheid verminderen, inwoners handvatten bieden om mentaal weerbaar te worden; mental health in all policies bevorderen.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Thrive loopt sinds 2019. Er is nog geen onderzoek gedaan naar effecten. Wel is in 2021 een uitvoerige inventarisatie gedaan van de activiteiten uitgevoerd door, of in opdracht van, Thrive (Amsterdam Mentaal gezond – Thrive Terugblik 2019-2021). Daaronder vallen onder andere: de 'studyroomservice', gratis coaching via hulplijn Uptalk, de ontwikkeling van routekaarten Mentale Gezondheid, wandeling Rondje Mentaal Gezond, Webinars mentale gezondheid, bankpraatsessies, cursussen MHFA, fototentoonstelling 'OPEN over depressiviteit' en de anti-stigmacampagne 'Op het eerste gezicht'. Ongeveer de helft van de activiteiten die, mede onder de vlag van Thrive, worden uitgevoerd zijn langdurig/structureel en aangehaakt bij andere organisaties en programma's. Bij zo'n 40% van de activiteiten was Thrive projectleider en (mede) financier. Bij de overige activiteiten had Thrive de rol van adviseur (33%) of aanjager en verbinder (25%).

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- (Een nieuw type) onderzoek is nodig om de effecten van een initiatief als Thrive in kaart te brengen.
- Samenwerking met huisartsen en andere professionals binnen zorg en welzijn, loopt (nog) niet optimaal, en ook kan er nog meer ingezet worden op samenwerking met onderwijs- en culturele instellingen, het sociaal domein, werkgevers en zowel publieke als commerciële organisaties.
- Doordat er meer aandacht uitgaat naar mentale gezondheid, ontstaan er steeds meer initiatieven, platforms, ideeën en tools. Dit kan verwarring en versnippering geven. Dit vraagt om continue aandacht voor de rol die Thrive moet vervullen als expert, facilitator, raadgever en verbinder.
- Het doorbreken van het taboe en veranderen van de norm is een lange adem.
- Een bredere (overheids)financiering in alle fases en leefgebieden (school, thuis, werk) is uiteindelijk noodzakelijk.

4.1.2 Laagdrempelige hulp bij (beginnende) problemen, zonder label

In aanvulling op meer universele aanpakken ter bevordering van mentale gezondheid, zijn er volgens geïnterviewden overal voldoende mogelijkheden nodig waar mensen terecht kunnen als ze tegen problemen aanlopen. Geïnterviewden zijn daarbij vooral voorstander van laagdrempelige (inloop)plekken, fysiek in de wijk, waar mensen advies kunnen inwinnen van peers en/of professionals. Essentieel is de erkenning dat het ontstaan van problemen vaak gerelateerd is aan belangrijke levenstransities en identiteitsvraagstukken, en dat het dus vaak gaat om universele, 'normale' vormen van lijden. *"Je redt het nog goed op de middelbare school, je gaat op jezelf wonen, studeren, de structuur valt weg en je gaat onderuit, je partner verlaat je, iemand overlijdt, er zijn bijna altijd transities waardoor de balans die je wist te behouden met je omgeving verstoord raakt en je vast begint te lopen. Dat zijn momenten dat we mensen veel meer zouden kunnen ondersteunen,"* aldus een van de geïnterviewden. Door met collectieve, laagdrempelige advies- en steunvormen in de wijken, een hand te reiken naar mensen die beginnen te worstelen, kunnen ze weer in hun kracht komen en aan het stuur blijven, en kan worden voorkomen dat dit type lijden (onterecht) wordt gemedicaliseerd.



In het huidige systeem is het een nulletje of eentje, dus je krijgt geen zorg, tot je heel erg bent vastgelopen, dan heb je recht op zorg. We moeten toe naar hybride hulp en ondersteuning waarbij je ondersteuning kunt krijgen als je vast begint te lopen, maar zonder dat je direct een label en een identiteit als patiënt krijgt, en in een afhankelijkheidspositie wordt gebracht. Over bijvoorbeeld existentiële kwesties zou je zoveel van elkaar kunnen leren. Alleen er is eigenlijk helemaal niks. Misschien literatuur, toevallig een roman erover, maar anders is het meteen naar een psycholoog of coach gaan. Ik denk: daar zijn allerlei tussenvormen te bedenken, en dat bedoel ik met 'hybride': ontmoetingsplekken of verhalenbanken waar je peer-to-peer ervaringen kunt vinden van mensen met soortgelijke transitie, zonder dat je gelijk hulpbehoevendheid wordt verondersteld. Dat is de kern. En misschien kan de professional daar ook best een rol inspelen, die kan ook advies geven, dat dat je rol is als professional, maar het zijn mensen zelf die het doen, die van elkaar kunnen leren. In dat soort dingen geloof ik heel erg. (Onderzoeker en klinisch psycholoog bij ggz-instelling).

Zoals in het citaat hierboven ook naar voren komt, zien geïnterviewden ook een rol voor professionals weggelegd in dergelijke initiatieven, bijvoorbeeld (sociaal-psi)chiatrisch verpleegkundigen of sociaal werkers; alleen die rol is anders dan gebruikelijk. Uitgangspunt is dat advies van peers of andere vrijwilligers net zo waardevol is als advies van professionals, en dat het afhangt van de precieze vraag, wie het meest geschikt is om te ondersteunen. Voorwaarde hiervoor is dat de professional de juiste vaardigheden en mindset heeft, en zijn eigen rol kan relativeren. Idealiter wordt het binnen dit soort initiatieven in de toekomst ook mogelijk voor zowel peers als professionals om op anonieme basis een specialist te consulteren.¹⁹

¹⁹ Momenteel kan consultatie alleen betaald worden wanneer het BSN nummer van degene over wie er geconsulteerd wordt, gemeld wordt. Dit geeft een prikkel om snel mensen door te sturen naar de specialistische zorg, waar dit misschien helemaal niet nodig is.



Uit onderzoek weten we dat 75% van de psychische problematiek begint tussen 12 en 24 jaar. Hoe gaan jongeren daarmee om? Dat is met elkaar praten. Je moet jongeren verschillende mogelijkheden bieden om dat te doen. Peer-to-peer support. En de bulk van beginnende problematiek is daarmee in die periode af te vangen. Die jongeren hoeven daarna niet meer richting hulpverlening. Alleen, je moet wel een beveiliging inbouwen voor die kleine groep die in die leeftijdsperiode met zware problematiek heeft te maken. Dus als er iemand komt, die praat met leeftijdsgenoten, boos op moeder, vader, luduvudu, hoort er allemaal bij. Maar als er dan toch iets heftigs is waar een professional voor nodig is, dan zit die professional daarachter. Niet met diagnostiek, maar die is aanwezig in een andere kamer. En daar weer achter zit die psychiater die coaching kan geven in moeilijke gevallen. In mijn ogen is dat een volgorde die logisch is. (Voorzitter Bestuur @ease).



Ik denk aan inlooplekken in de wijken, voor allerlei doelgroepen, voor jonge ouders, pubers, voor ouders. Ook een soort psycho-educatie over allerlei onderwerpen: vriendschap, seksualiteit, intimiteit, geaardheid, geld, al dat soort dingen, die voor iedereen belangrijk en relevant zijn. (...) Je zou eigenlijk voor iedereen iets moeten hebben, heel laagdrempelig. En dan dus niet alleen online, want dat is onpersoonlijk, dat is ook fijn maar juist fysiek, waarbij je ook nog samen kunt zijn, samen taart kunt bakken, dat soort dingen. De kern is, we moeten dus die dialoog misschien ook gewoon met elkaar aangaan over wat is er nodig, welke behoefte is er in een bepaalde wijk. Wat gaan we dan met elkaar doen, wat gaan we oprichten. En verschillende wijken hebben verschillende behoeftes. (Hoogleraar innovatie in de ggz).

Naast inloopmogelijkheden, worden ook online chatfuncties, 'e-communities', apps en (telefonische) hulplijnen waarbij advies kan worden ingewonnen en ondersteuning beschikbaar is, gezien als essentieel aanbod in het (toekomstig) zorglandschap. Ook hier gaat het erom dat de insteek demedicaliserend is, maar dat er wel laagdrempelige, anonieme, (ook) professionele ondersteuning mogelijk wordt gemaakt en eventueel naar intensievere zorg kan worden doorverwezen. Ook voor naasten van mensen die problemen ervaren, moet er voldoende advies- en informatieaanbod bestaan, aldus geïnterviewden.



Met een ruim 20% prevalentie van psychisch lijden à la Nemesis, kom je er niet als je geen publieke ggz in de vorm van e-communities hebt, waar jaarlijks 20-30 miljoen contacten kunnen zijn. (Hoogleraar Psychiatrische epidemiologie en Publieke ggz).



Bouwsteen 2: Laagdrempelige hulp bij (beginnende) problemen, zonder label
Maak ervaringsdeskundige EN ggz-expertise laagdrempelig beschikbaar in de samenleving (on- en offline), waarbij het mogelijk moet zijn om advies in te winnen bij een peer of ggz-professional, zonder direct een ggz-traject in te gaan. Realiseer aanvullend de mogelijkheid voor consultatie van een specialist, op anonieme basis.

Praktijkvoorbeeld: @ease

Initiatiefnemer(s):

Prof. dr. Thérèse van Amelsvoort (psychiater en Hoogleraar transitiepsychiatrie Maastricht University) en dr. Rianne Klaassen (kind- en jeugdpsychiater Levvel en opleider), naar het voorbeeld van het Australische 'Headspace'. Headspace is inmiddels ook in andere landen, zoals Denemarken en Canada, beschikbaar.

Wat is het:

Laagdrempelige, overwegend door vrijwilligers gerunde ontmoetingsplek voor jongeren met psychosociale klachten of vragen.

Doelgroep(en):

Alle jongeren tussen 12 en 25 jaar die óf zelf een luisterend oor nodig hebben óf advies zoeken voor iemand anders. Ook jongeren die op een wachtlijst voor psychische hulp staan, ergens anders al zorg krijgen of juist al klaar zijn met therapie kunnen gewoon langskomen.

Werkwijze:

- Fysieke inlooplocatie & online (chat)platform.
- Gesprek met vrijwilligers van dezelfde leeftijd waarbij vragen en zorgen besproken kunnen worden.
- Gratis, anoniem, zonder afspraak en wachtlijst, openingstijden na schooltijd.
- Vrijwilligers getraind in luisteren en herkennen van signalen die wijzen op eventuele ernstigere psychische problematiek.
- Altijd zorgprofessional aanwezig die vragen kan beantwoorden en/of, als het nodig is, kan helpen de juiste zorg in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg te vinden.
- Psychiater bereikbaar als achterwacht voor overleg in het geval van ernstige problematiek of crisis. Maar alles in overleg met de jongere zelf.
- Lokale crisisdienst komt, na ruggenspraak met achterwachtpsychiater en zonder tussenkomst van de huisarts, naar @ease in geval van crisis.

Doelstelling(en):

- Jongeren een veilige plek bieden (on- en offline) waar ze zich gehoord voelen en waar ze terecht kunnen als ze ergens mee zitten.
- De drempel verlagen om hulp te zoeken voor jongeren met (beginnende) psychische en sociale problemen.
- Het verergeren van bestaande (psychische) klachten tegengaan.
- De eigen kracht en zelfstandigheid van jongeren stimuleren en jongeren maatwerk bieden: we normaliseren waar mogelijk en interveniëren alleen als dat nodig is.
- Door problemen sneller te herkennen en naar een oplossing toe te werken, wil @ease voorkomen dat er (later) langdurige zorg nodig is.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

@ease is in 2018 gestart in Amsterdam en Maastricht. Inmiddels actief in 7 gemeenten en 2 locaties die op korte termijn zullen starten. Promotieonderzoek (Leijdesdorff, 2021; Leijdesdorff et al, 2022) laat zien dat jonge mensen tussen 12-25 jaar bij @ease een luisterend oor vinden bij vragen of zorgen over hun mentale en fysieke gezondheid, of over financiën, seksualiteit, werk, educatie of hun sociale situatie. Na hun @ease-bezoek maakte 14% een afspraak met de huisarts, 17% was van plan een psycholoog te bezoeken en 33% koos ervoor om andere afspraken te maken, zoals het raadplegen van een studentenpsycholoog/mentor of het terugkeren naar @ease. De overige 37% ervoer hun bezoek aan @ease voorlopig als voldoende. Het eerste gecontroleerde effectonderzoek naar Headspace loopt momenteel in Denemarken.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Financiering (uitbreiding naar meer locaties alleen mogelijk wanneer gemeenten een locatie in hun gemeente willen financieren; maar algemene voorzieningen zijn juist afgebouwd in de afgelopen decennia).
- Landelijke financiering is essentieel voor algemene functies als communicatie, kwaliteitsmanagement, wetenschappelijk onderzoek, trainingen, etc. Omdat @ease er is voor jongeren jonger en ouder dan 18 jaar is het lastig om overheidsfinanciering te krijgen (verschillende potjes!).
- Risico dat ook bij @ease wachtlijsten ontstaan.
- Werving en behoud van voldoende vrijwilligers is in sommige steden lastiger.
- Het bekendmaken van @ease onder jongeren is essentieel om ze uiteindelijk ook te bewegen om hulp te zoeken. Een (kosten)intensief proces.

Praktijkvoorbeeld: 113 zelfmoordpreventie

Initiatiefnemer(s):

Stichting 113 zelfmoordpreventie

Wat is het:

Een gratis en anonieme hulplijn (via chat en telefoon) met laagdrempelige online hulpverlening door vrijwilligers en professionals.

Doelgroep(en):

Mensen met suïcidale gedachten en hun naasten

Werkwijze:

Mensen met suïcidale gedachten en hun naasten kunnen 24/7 anoniem en gratis gebruik maken van 113. De hulpverlening bestaat onder meer uit crisishulplijnen, therapeutische online begeleiding, digitale zelfhulpmogelijkheden en verwijzing naar passende zorg.

Doelstelling(en):

113 streeft naar een land waarin niemand eenzaam of radeloos sterft door zelfmoord.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

113 zelfmoordpreventie ging in 2009 live. In de loop van de tijd hebben steeds meer mensen de weg gevonden naar 113. In 2021 zijn er 138.847 hulplijngesprekken gevoerd, 8.783 behandelsessies gehouden, de website werd 1.297.563 keer bezocht, er werden 84.738 zelftesten gedaan, 13.897 unieke gebruikers rondten een onlinetraining af, 11.818 keer werden apps van 113 gedownload. In 2021 kent 4 van de 5 mensen 113.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten voor gebruikers van 113. Vanwege de aard van het aanbod (anoniem, collectief, gevoelig) zijn effecten moeilijk inzichtelijk te maken. Hierdoor komt het belang en de waarde van de praktijk soms minder goed over het voetlicht dan zou moeten. Recent, nog ongepubliceerd onderzoek van CZP en VLESP bij de Belgische variant van 113 wijst op afname van suïcidegevoelens na belcontact.

4.1.3 Integraal kijken en samenwerken in de eerste lijn

Een derde bouwsteen voor het toekomstig zorg- en ondersteuningslandschap is dat er op de plekken waar mensen aankloppen met een hulpvraag met psychische component – vaak is dat in eerste instantie de huisarts en/of de poh-ggz, maar het kan ook het buurtteam zijn – standaard aan *integrale* vraagverheldering wordt gedaan waarbij de ‘gehele mens’ met al zijn levensdomeinen en leefomgevingen centraal staat, en er wordt samengewerkt met partners in andere disciplines. Doel is breed te onderzoeken waarom iemand dreigt vast te lopen, en breed te kijken wat en wie ervoor nodig is/zijn om dat te herstellen.

Het wordt belangrijk geacht dat huisartsen en poh's-ggz, wanneer er een psychische component lijkt te zijn, de ruimte (kunnen) nemen om het gesprek te voeren over sociale, psychische, medische, functionele en existentiële achtergronden van de problematiek, in lijn met het positieve gezondheidsmodel, aan de hand waarvan een open gesprek wordt gevoerd om grip te krijgen op de *gehele* situatie van de persoon. Vervolgens dient ook voor de oplossingsrichting breder te worden gekeken. *“Het is belangrijk dat de neiging om bij psychische klachten te denken in drie smaken: aankijken, zelf adviseren en/of medicatie voorschrijven, of doorverwijzen naar de ggz, wordt doorbroken”*, aldus een van de geïnterviewden. Het palet van laagdrempelige (doorverwijs)mogelijkheden moet worden uitgebreid. Huisartsen en poh's moeten meer verbonden zijn met lokale partners in het sociaal domein, waardoor mensen bij wie klachten vermoedelijk samenhangen met sociale problematiek zoals schulden of eenzaamheid, snel en vloeiend vanuit de huisarts naar het sociaal domein kunnen worden doorverwezen²⁰. Daarnaast dient de verbinding met andere eerstelijns- en welzijnsprofessionals, zoals wijkverpleging, (psychosomatisch) fysiotherapeuten, apothekers, eerstelijnspsychologen, JGZ, beweeg- en sociaal makelaars, leefstijlcoaches en informele zorg, te worden versterkt²¹.



Ik ben een voorstander om de huisartsenpraktijk daarin centraal in te houden. Maar dan ga ik misschien uit van een sociaal gevoel bij de huisarts die ze in feite al heel lang niet meer goed weten vorm te geven. Ook doordat zij onder druk staan. Dus ik beseft dat ik een rare uitspraak doe. Ik dicht ze iets toe wat ze in de praktijk niet vorm kunnen geven. Maar daar zie ik wel het grootste aanknopingspunt. Want ik ben voorstander van het idee dat mensen burgers zijn, ten principale. Daarin speelt de huisarts, en misschien nu ook de poh, een belangrijke rol. (Bestuurder bij Stichting HerstelTalent).

20 Op dit moment zijn de mogelijkheden hiertoe beperkt. Menig huisarts en poh is onvoldoende bekend met de lokale mogelijkheden binnen het sociaal domein en/of is sceptisch over de opbrengsten ervan. De verwijzingsprocedures zijn – in tegenstelling tot de ggz – niet aangesloten op die van het zorgdomein. Het ontbreekt hen aan tijd om zich in daarin te verdiepen.

21 Zo zouden bijvoorbeeld mensen die stress-, spannings- of burn-outklachten ontwikkelen, vroegtijdig moeten worden geholpen door specifiek daarvoor opgeleide professionals zoals de psychosomatisch fysiotherapeut, waardoor uitval uit werk kan worden voorkomen. Ook voor de veel voorkomende slaap- en concentratieproblemen zouden er in de eerste lijn specifieke programma's moeten zijn, aldus geïnterviewden.



Veel poh's zijn nu nog erg gericht op zelf behandelen in vijf gesprekken, maar die zouden in hun rolopvatting meer toch het sociale veld in moeten. (Bestuurder bij ggz-instelling).



Ouderen zijn vaak eenzaam, zeker tijdens de coronacrisis. Ik denk dat die regelmatig veel meer hebben aan sociale activiteiten in de wijk dan aan een doorverwijzing naar de ggz. Ik werkte met een ouderencoach uit het sociaal domein, die benaderde de ouderen actief en nam ze mee op sleeptouw. Dat was nuttig, want er is vaak een drempel voor mensen om zelf actie te ondernemen. En het werkte veel beter voor de lange termijn dan een aantal gesprekken gericht op somberheid. (Onderzoeker en Voorzitter CWO bij Landelijke Vereniging POH-GGZ).

Ook voor sociale professionals in de wijk is het volgens geïnterviewden nodig om breder te gaan kijken. Voor hen geldt vooral dat zij hun activiteiten veel nadrukkelijker in samenhang met de persoon, zijn/haar netwerk en andere betrokken organisaties/professionals dienen vorm te geven. Voorkomen moet worden, zoals nu wel vaak het geval is, dat er vele afzonderlijke organisaties en professionals bij een persoon betrokken zijn, die allemaal een eigen idee hebben over wat er aan de hand is, wat er moet gebeuren en hoe dat moet gebeuren. Door de werkwijze af te stemmen en te baseren op een brede vraagverheldering op alle leefgebieden kunnen bijvoorbeeld vragen rond wonen, financiële stabiliteit, sociale relaties en zinvolle dagbesteding *in samenhang* worden benaderd. Dit kan helpen om situaties van (dreigende) ontwrichting effectief en vroegtijdig te doorbreken.



Sociale professionals willen graag samenwerken rond een persoon met een hulpvraag maar in de praktijk is dat lastig zolang organisaties in een aanbodgericht systeem zitten. Idealiter kijken professionals en inwoners altijd samen naar wat er nodig is. (Projectleider bij gemeente).

Om te bereiken dat er binnen de gezondheidscentra en in de wijk integraler wordt gekeken en gewerkt, zijn verschillende dingen nodig. Geïnterviewden wijzen op het belang van het meer holistisch, integraal en dialogisch opleiden van de huisarts²², de poh-ggz en buurtteammedewerkers. Zij moeten zich meer bewust worden van hun blinde vlekken²³.

22 Enkele geïnterviewden zijn van mening dat vraagverheldering/'schifting' rond psychische en sociale problematiek niet bij de huisarts thuishoort. Zo vindt een geïnterviewde dat de huisarts dit moet overlaten aan 'de wijk' en zeggen een aantal anderen juist dat de ggz dit voorportaal zou moeten bemensen ipv de huisarts. Het overgrote merendeel is echter van mening dat de huisarts zelf een stevigere rol moet krijgen en daar voor toegerust moet worden, in nauwer contact met andere organisaties.

23 Bij medisch geschoolde professionals is 'het sociale' de blinde vlek, bij sociale professionals juist 'het medische'.

Daarnaast zouden hun mogelijkheden moeten worden gefaciliteerd om de hulpvraag van cliënten daadwerkelijk goed in kaart te brengen en samen te werken met andere partijen. Tools kunnen helpen om het gesprek over de hulpvraag breder te voeren, en een toegankelijke up to date sociale kaart en een eenvoudige verwijzingsprocedure zijn essentieel. Tegelijkertijd is van belang dat er binnen de gezondheidscentra en het sociaal domein überhaupt voldoende integraal aanbod wordt ontwikkeld. Een goed functionerend regionaal netwerk, inclusief structureel overleg tussen huisartsen en andere professionals in de wijk, zou dit kunnen vergemakkelijken, aldus verschillende geïnterviewden.



Wat wij merken is: het zit nu gewoon niet in de opleiding van de huisartsen, of in ieder geval onvoldoende. En de huisarts is natuurlijk een medicus, die kijkt vanzelfsprekend naar een doorverwijzing naar de tweede lijn en niet naar het sociaal werk. Dus het vraagt investeren in een goed regionaal netwerk waarbij men elkaar kent. (Directeur-bestuurder bij Brancheorganisatie Sociaal Werk NL).



We zijn vaak kritisch naar de huisarts en ggz en we vinden dat die te weinig naar het sociaal domein kijken, maar andersom geldt dat ook. Dus we proberen ook te kijken of we onze sociale professionals en welzijns mensen wat meer kennis, expertise en feeling kunnen geven met ggz-achtige vragen. Het werkt twee kanten op. (Beleidsmedewerker bij gemeente).



De huisarts moet niet denken: dit neigt naar depressie, ik schrijf een antidepressivum voor, maar: wat is mijn blinde vlek, dat zijn die andere dingen. Dus dat die steeds moet bekijken: heb ik ook oog voor die gebieden waar ik minder verstand van heb, en dat je na een goede verwijzing lijntjes moet hebben. En ook moet bespreken wat de eigen opvatting is van iemand, hoe ziet die het zelf, en dan bekijken wat heeft het eerst aandacht nodig of moet tegelijkertijd. En als het bij welzijnswerk of opbouwwerker binnenkomt dat die zich moet realiseren dat zijn blinde vlek is dat er misschien een arts of psychiater naar moet kijken. Dus dat je altijd vanuit zo'n model moet denken, ook altijd de beleving, de betekenisgeving, het referentiekader van de persoon moet betrekken, en dat de financiering zo moet zijn, dat je ook heel flexibel kan wisselen of in kan zetten wat er nodig is. (Lector GGZ en Samenleving).

Tot slot is een belangrijke factor waar geïnterviewden op wijzen, dat er meer erkenning nodig is dat de behoefte aan integrale eerstelijnszorg en sociale voorzieningen per wijk kan verschillen. In achterstandswijken is meer nodig dan in andere wijken. Inwoners van achterstandswijken hebben niet alleen vaker en op jongere leeftijd lichamelijke problemen. Zij hebben ook meer problemen op sociaal, psychisch en maatschappelijk terrein en lagere gezondheidsvaardigheden. De complexiteit en stapeling van problematiek bij bewoners van achterstandswijken vraagt om een andere praktijkorganisatie in die wijken. In die wijken moet het mogelijk worden om veel meer maatwerk te leveren. De huisarts en poh-ggz zouden hun tijd meer flexibel moeten kunnen inzetten om

mensen met complexere hulpvragen meer aandacht te kunnen geven. Sociale organisaties moeten elkaar onderling beter weten te vinden en een netwerk opbouwen met inwoners in de wijk. Gebiedsgebonden financiering is daarbij bevorderlijk, alsook een structurele financiële basis voor collectieve aanpakken gericht op leefbaarheid en sociale cohesie.



Hoe complexer de zorgvraag, hoe minder de standaarden zullen werken, en dat betekent dus dat je heel veel maatwerk moet leveren. En voor maatwerk moet je heel veel afstemmen omdat je gedifferentieerd werkt met verschillende taken. Je hebt de generalisten en specialisten en het kan niet anders dan dat je investeert in ze alsof ze een team zijn. Dus de opgave daar is: ga handelen alsof je één team bent. Wat heb je daarvoor nodig: elkaar frequent zien. Die werelden veranderen pas als ze tijd hebben om met elkaar om te gaan. Dus als je die buurtteammedewerker helemaal vollaadt met caseload en de huisartsenpraktijk helemaal vollaadt, wanneer gaan ze dat dan doen. Dus wat is de meest succesvolle interventie om mee te beginnen: bij elkaar koffiedrinken. Zorg ervoor dat je elkaar in de ogen kijkt en bij het koffiezetapparaat zegt: heb je pietje al gezien hoe gaat het er mee. (Aanjager bij Netwerk Krachtige Basiszorg).



Bouwsteen 3: Integraal kijken en samenwerken in de eerste lijn

Zorg dat huisartsen en poh-ggz meer ingebed raken in de wijk. Zij dienen geequipeerd te worden om (psychische) hulpvragen integraal te benaderen en samen te werken met het sociaal domein en herstel/zelfregiecentra. Zorg dat huisartsen meer ruimte hebben om flexibel tijd in te plannen. Werk toe naar een systeem waarbij er meer eerstelijns capaciteit beschikbaar wordt gemaakt in achterstandswijken.

Praktijkvoorbeeld: Krachtige Basiszorg/4D model

Initiatiefnemer(s):

Huisartsen en buurtteammedewerkers in achterstandswijk Utrecht Overvecht (in samenwerking met Zilveren Kruis).

Wat is het:

Een integrale aanpak in de eerste lijn waarbij de samenspraak met de cliënt en de samenwerking tussen het medische en sociale domein de uitgangspunten zijn. In de aanpak werken de huisartsenpraktijk en het buurtteam nauw samen in de begeleiding van een cliënt met problemen op meerdere gebieden (vaak psychisch, medisch en sociaal). Afhankelijk van de problematiek wordt daarbij ook met andere eerstelijns- en welzijnsdisciplines in de wijk samengewerkt en/of met specialisten in de tweedelijns waarvan de inzet laagdrempelig op en af kunnen worden geschaald.

Doelgroep(en):

De 15-20% bewoners met hoge gezondheidsrisico's en/of hoge zorgkosten en problemen in meerdere leefdomeinen.

Werkwijze:

- Er wordt een netwerk opgezet van zorg- en hulpverleners in de wijk die proactief en structureel samenwerking met elkaar zoeken. Om dit te realiseren zijn vaste overlegmomenten en werkafspraken essentieel en binnen krachtige basiszorg wordt tijd geïnvesteerd in het elkaar persoonlijk leren kennen zodat zorgverleners elkaar gemakkelijk kunnen bereiken, bijvoorbeeld via vaste aanspreekpunten in de wijk.
- Vaak heeft een poh of praktijkverpleegkundige een centrale rol in de samenwerking en vormt de verbinding tussen huisartsenpraktijk en zorgverleners in de wijk/het sociaal domein.
- Bij ervaren complexiteit van een hulpvraag wordt er meer tijd voor de patiënt vrijgemaakt tijdens het consult; hiervoor zijn middelen beschikbaar.
- Het 4D-model (Volte, 2015) wordt gebruikt om de hulpvraag in kaart te brengen, waarbij expliciet gekeken wordt naar alle leefdomeinen: fysieke, psychische, sociale en maatschappelijke aspecten.
- Het model wordt vervolgens gebruikt om te komen tot domeinoverstijgend samenwerken rond de patiënt.

Doelstelling(en):

De zogeheten quadruple aim van waardegedreven zorg: een betere (ervaren) gezondheid van de populatie, verbetering van de kwaliteit van zorg, reductie van kosten en verbetering van werkplezier van zorgprofessionals.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Krachtige Basiszorg werd tussen 2014 en 2016 ontwikkeld en beproefd in de Utrechtse wijk Overvecht, en werd vervolgens geïmplementeerd in 10 huisartspraktijken en gezondheidscentra in achterstandswijken binnen de vier grote steden. De praktijken kregen veel vrijheid om zelf te beslissen welke activiteiten zij voor hun eigen populatie relevant achtten. Uit een evaluatie van het Nivel (Leemrijse & Korevaar, 2021) blijkt dat in alle praktijken meer tijd werd ingeruimd voor de patiënt met gestapelde problematiek, een meer integrale diagnostiek, meer samenwerking van de huisartsenpraktijk met andere zorg- en hulpverleners in de wijk en minder werkdruk in de praktijken. Aanvullend kozen praktijken verschillende activiteiten en veranderingen die zij voor hun specifieke praktijk passend vonden. Zo werd in Overvecht met succes ingezet op meer bewegen in de wijk. Overeenkomstig de algemene doelstellingen wijzen de resultaten van een monitor bij de tien nieuwe locaties op:

- Verbetering ervaren kwaliteit van zorg en gezondheid van cliënten.
- Afname tweedelijns zorggebruik.
- Verbetering tevredenheid en werkplezier professionals.
- Capaciteitsproblemen en wachtlijsten in de ggz bemoeilijkten de samenwerking, waardoor de poh-ggz meer moest opvangen dan wenselijk.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Binnen het huidige model van financieren van de eerstelijnszorg krijgt elke huisarts evenveel geld, onafhankelijk van de locatie, terwijl er netto meer formatie nodig is in gebieden waar veel complexe hulpvragen zijn. De krachtige basiszorgpraktijken die de werkwijze na de pilotperiode willen voortzetten, moeten daarvoor zonder aanvullende tegemoetkoming extra investeren in personele inzet.
- De proeftuinen hadden last van de tendens van baan-hoppen, waardoor opgebouwde samenwerkingen weer uiteenvielen als mensen naar een andere baan vertrokken.

Praktijkvoorbeeld: Proeftuin Ruwaard/Samenwerkwijze

Initiatiefnemer(s):

Gemeente Oss, ONS welzijn, Krachtig Thuis, JIJ advies, Deelgenoten/Werklab, Pantein, GGZ Oost-Brabant, KUBUS, Brabant Wonen, Brabant Zorg, Muzelinck, Verduhuis, GGD HVB.

Wat is het:

Proeftuin Ruwaard is een initiatief waarbij op allerlei manieren wordt toegewerkt naar een meer vitale wijk waar inwoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ervaren.

Doelgroep(en):

Inwoners van de wijk Ruwaard in Oss, en in het bijzonder inwoners met een (complexe) hulpvraag.

Werkwijze:

- Dertien organisaties werken aan een gemeenschappelijk doel, namelijk een vitale wijk waar inwoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ervaren. Een belangrijk principe is gebiedsgerichte financiering. Het budget voor de wijk geldt voor de deelnemende partijen en is bepaald op basis van de indicaties individuele ondersteuning, dagbesteding en huishoudelijke verzorging voor die wijk. De ambitie is hierbij in de toekomst ook zorg vanuit jeugdwet, Zvw en Wlz te betrekken.
- In de proeftuin is een nieuwe manier van werken ontwikkeld: de 'Samenwerkwijze'. De vraag van de inwoner staat centraal. Vanuit eigen methodieken en ervaring komen professionals en inwoners samen tot een brede vraagverheldering op alle leefgebieden, die wordt vastgelegd in een Samenwerkplan. Vanuit dit Samenwerkplan wordt bekeken welke betrokkenen en expertise nodig zijn om antwoord te kunnen geven op de vraag van de inwoner. Waar nodig wordt er een Samenwerkoverleg georganiseerd bij de inwoner thuis en worden acties afgesproken die binnen 6 weken worden uitgevoerd. Ook wordt afgesproken wie met de inwoner regie voert op het Samenwerkplan en wanneer geëvalueerd wordt om te kijken of de oplossing gewerkt heeft. Door middel van microanalyses wordt gekeken naar het maatschappelijk rendement (welbevinden + kosten). De bevindingen uit de praktijk worden op procesniveau geëvalueerd in leersessies.

Doelstelling(en):

1. Betere gezondheid en ervaren kwaliteit van leven van individuele inwoners.
2. Meer gezamenlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van inwoners.
3. Meer en betere gezamenlijk georganiseerde zorg, welzijn en wonen.
4. Lagere maatschappelijke kosten.
5. Betere steunende systemen.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Uit de eindevaluatie van projectmanagementbureau Blom (Blom & Bressers, 2022), op basis van interviews en de micro-analyses, blijkt dat de samenwerkwijze stevig verankerd is in de proeftuin. Deze heeft gezorgd voor een omslag in het denken: er wordt vaker ontkokerd gedacht, niet vanuit één levensdomein of één stelsel, maar levensbreed over alle domeinen heen. Professionals met verschillende expertises weten elkaar goed te vinden. Er worden meer integrale, passende oplossingen gevonden voor zorg en ondersteuning aan de inwoner. Ontmoetingsplekken 'Ons huis van de Wijk' en 'de Haard' worden hoog gewaardeerd. De proeftuin heeft een voorbeeldfunctie gekregen voor heel Oss.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Bijna alle organisaties maken meer uren en kosten dan mogelijk binnen hun subsidie. Dit is op de langere termijn niet houdbaar.
- Samenwerking komt niet automatisch tot stand. Vooral het samenwerken tussen de verschillende lagen (professionals, managers en bestuurders) en met organisaties die buiten de proeftuin vallen, is ingewikkeld.
- De mogelijkheden van gebiedsgerichte financiering worden nog onvoldoende benut, waardoor definitieve conclusies nog niet kunnen worden getrokken en verbreding naar andere wijken te voorbarig is. Ook is het nu nog niet mogelijk om financiële stromen over de domeinen heen te verbinden (bijv. Zvw).
- Monitoren van resultaten vraagt aandacht. Aan de ene kant wordt monitoring gezien als een belemmering voor de proeftuin en getuigt van 'oud denken' waar de proeftuin los wil komen van systeemdenken. Aan de andere kant is er behoefte aan inzicht in de resultaten. Dit leidt tot een zekere tweeslachtigheid, waardoor het meten van effecten nu moeilijk van de grond komt.

4.1.4 Integraal kijken en samenwerken bij de poort van de ggz

Geïnterviewden hopen en verwachten dat door het ontwikkelen van preventief aanbod en meer mogelijkheden voor goede laagdrempelige hulp bij (psychische) problematiek (bouwsteen 1 t/m 3), uiteindelijk minder mensen hun toevlucht (hoeven te) zoeken bij de ggz. Tegelijkertijd blijft de ggz onverminderd belangrijk. Wel dienen er forse veranderingen te worden doorgevoerd in hoe de ggz werkt. Essentieel is dat een integralere blik op psychisch lijden mogelijk wordt gemaakt, en de dominantie van diagnostisering op basis van de DSM vermindert. Dat begint met het aanpassen van de intakeprocedure. Geïnterviewden zijn er voorstander van om eenieder die voor hulp aanklopt bij de ggz een brede, integrale probleemanalyse, dan wel herstelondersteunende intake aan te bieden. Daarin wordt gezamenlijk met de cliënt, en eventueel diens netwerk, in kaart gebracht wat er aan de hand is, of waarom iemand dreigt vast te lopen. Na die integrale vraag- en probleemverheldering, zou volgens geïnterviewden een triagering moeten volgen waarbij, samen met de cliënt, de beste partner(s) worden gevonden om die persoon verder te helpen. Dat hoeft niet noodzakelijkerwijs een partner te zijn die in de ggz zit. Een andere route, bijvoorbeeld in het welzijn en ondersteuningswerk of een werk-leertraject, al dan niet in combinatie met een kortdurende online of ggz-behandeling kan mogelijk passender zijn. Het sociale perspectief wordt belangrijker: hoe is de leefsituatie van de persoon? Zijn daarbinnen factoren aan te wijzen die psychische problemen veroorzaken of in stand houden? Er moet in de toekomst ruimte georganiseerd worden om in zo'n geval te kiezen voor (eerst) het bieden van hulp bij de sociale problemen, waarmee soms de noodzaak voor een behandeling al ondervangen is. De ingeslepen route van huisarts naar ggz wordt zo minder automatisch. In andere gevallen zal er sprake zijn van en-en oplossingen, waarbij de aanpak van sociale problemen de kans op succes van een behandelcomponent zal vergroten en mogelijk de duur van behandelen kan verkorten.



Heel vaak zien wij dat het wel een ggz-problematiek is, als je ernaar kijkt zouden wij er een diagnose op plakken, maar de vraag zit bijvoorbeeld eigenlijk bij schuld-hulpverlening. Dan kunnen wij nog een lange behandeling aanbieden, maar de schulden zijn er nog, en de problemen en de zwaarte zitten daar nog. Ik denk dat wij de ggz wat bescheidener geworden zijn in dat we dus, even flauw gezegd, niet meer denken dat we met een drie jaar durende persoonlijkheidsstoornis-behandeling alle problemen oplossen. Dat dachten we vroeger wel. Soms zit het primair veel meer op andere domeinen dan de ggz. En wij hebben alle vragen die binnenkwamen vertaald naar ggz vraagstukken, en daar hulp op geworpen, met allemaal goede intentie, maar soms niet aansluitend bij waar die cliënt was. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).



Dan doe je die intake, en bij die intake denk ik wel degelijk dat je moet zeggen: wat is hier het beste, niet alleen vanuit medisch perspectief, maar ook vanuit sociaal perspectief, vanuit wonen of wat dan ook voor perspectief. En ook daar kan ik me voorstellen dat je zegt: we gaan bij deze persoon behandeling nog niet starten

maar eerst iets anders doen, en dat je daar meer vrijheidsgraden in hebt. Kijk als je denkt van goh we kunnen hier iemand wel behandelen maar de randvoorwaarden waarbinnen iemand leeft die zitten het enorm in de weg, dus na de behandeling valt die meteen terug, dan moet je niet gaan behandelen maar iets aan die randvoorwaarden doen. Want als je in een kamer zit die lekt en gehorig is, dan heb je veel meer mentale problemen dan als je in een goed huis zit. (Voorzitter bij zorgverzekeraar).



Het idee is dat we eerst vragen in een herstelondersteunende intake: wat is er gebeurd, waar ben je goed in wat zijn je kwetsbaarheden, waar wil je naar toe en wat heb je nodig? En dat we op basis daarvan zicht krijgen de hersteldoelen van de client. Anders dan 'waar heb je last van, en waar kan ik het antwoord vinden in de DSM 5'. Die diagnostische fase komt dan iets later wel, maar dan in functie van de hersteldoelen van de cliënt. En vervolgens ga je op basis van die hersteldoelen kijken op de spin van Huber wie de cliënt nodig heeft om die hersteldoelen daadwerkelijk te realiseren. En ja, dan komt er op de mentale as ook tweedelijns specialistische behandeling aan te pas. Soms, en soms ook niet, maar altijd naast de andere interventies op de spin van Huber. Dat is de basis van Netwerkpsychiatrie: een trits van een herstelondersteunende netwerkintake, het vormen van een resourcegroep op basis van de hersteldoelen van de cliënt, en het daadwerkelijk werken rondom die cliënt in het netwerk in een resourcegroep. Gefocust op microniveau. (Bestuurder bij ggz-instelling).

Om integraal kijken en triageren mogelijk te maken zien geïnterviewden heil in het doorontwikkelen en implementeren van innovatieve intake-instrumenten, die de professional(s) helpen om daadwerkelijk breed en integraal te kijken en aan te sluiten bij de leefwereld van de persoon. Ook zien zij kansen om bij het intakeproces standaard generalisten, specialisten en ervaringsdeskundigen te betrekken. Door deze integrale vraagverheldering hopen zij te voorkomen dat sommige mensen te snel en te automatisch een ggz-traject ingaan, en te bewerkstelligen dat mensen met ernstige problematiek snel intensieve zorg aangeboden krijgen en er niet eerst allemaal kortdurende trajecten, leidend tot vertraging en verdere ontwrichting. Voorwaarde hiervoor is wel dat de betrokken professionals vanuit gelijkwaardigheid en met het doel elkaar aan te vullen en van elkaar te leren, willen samenwerken. Genoeg tijd om een hulpvraag gezamenlijk te onderzoeken is een tweede voorwaarde; het is immers vaak niet in één gesprek helder waar de 'angel' zit in een kluwen van problematiek.

Het principe van deze integrale blik aan de voordeur wordt breed onderschreven, maar het is nog een uitzoekpunt welke manier van organiseren van deze bouwsteen (ook gezien lokale omstandigheden) het meest passend is. De nieuwe intakeprocedure moet de weg naar passende zorg bevorderen en niet verder vertragen. Een mogelijkheid is een apart centrum, mits met uitstekende verbindingen met huisarts en sociaal domein. De intake kan ook georganiseerd worden vanuit een integraal werkend wijkteam waar

– zoals nu al in verschillende regio's het geval is – bij voorkeur ook de loketfunctie vanuit de Wmo aan boord is (bouwsteen 6). Ook kan toegevoegd worden naar een model waarin deze functie primair wordt ingevuld in het gezondheidscentrum of wijkteam van bouwsteen 3, waarbij bijvoorbeeld een psychiater of gz-psycholoog laagdrempelig beschikbaar is voor consultatie en diagnostiek.



Bouwsteen 4: Integraal kijken en samenwerken bij de poort van de ggz
Zorg dat er bij de poort van de ggz, integraal wordt gekeken naar de hulpvraag van de cliënt. Organiseer tijd om de hulpvraag goed te onderzoeken. Stuur mensen niet onnodig door naar specialistische behandeling: onderzoek de mogelijke sociale aard van problemen en werk samen met het sociaal domein. Zorg tegelijkertijd dat mensen met ernstiger/complexer problemen juist wel direct naar specialistische hulp worden verwezen en niet eerst in kortdurende vormen van zorg terecht komen die niet toereikend zijn, met vertraging tot gevolg.

Praktijkvoorbeeld: Netwerk Intake

Initiatiefnemer(s):

UMC Utrecht

Wat is het:

Een methode/gespreksvorm, gebaseerd op positieve gezondheid, voor een integrale probleem-analyse over wat er speelt in iemands leven, waarom iemand is vastgelopen, en wat is ervoor nodig om dat te herstellen. De analyse richt zich nadrukkelijk niet alleen op het inventariseren van de klachten of symptomen en het onderliggend lijden maar ook op krachtbronnen en problemen op sociaal-maatschappelijk gebied die de klachten kunnen onderhouden, veroorzaken of versterken, en dus ook moeten worden aangepakt om echt tot herstel te komen.

Doelgroep(en):

Cliënten bij poh-ggz en ggz, maar kan ook in sociaal domein gebruikt worden.

Werkwijze:

Drie stappen leiden tot een herstelondersteunende probleemanalyse met de evaluatie als vierde stap: 1) Inventarisatie van belemmerende en helpende thema's, 2) Gewenste verandering en haalbaarheid bepalen, 3) Bepalen wie wat gaat doen, 4) Evaluatie. Kenmerkend voor de werkwijze is dat het verhaal en de vraag wat iemand nodig heeft om tot herstel te komen of zijn leven weer in balans te krijgen of te houden, centraal staat. Er wordt hierbij ook nadrukkelijk gekeken naar wat informele hulpbronnen kunnen doen. Vervolgens wordt het netwerk van ondersteuning met elkaar verbonden, zodat er geen gaten maar ook geen doublures in de zorg ontstaan.

Doelstelling(en):

Het faciliteren van integrale (netwerk)zorg rondom de patiënt.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Het UMCU is in 2022 gestart met onderzoek bij jongvolwassenen met psychische problemen om de methode te beproeven en te optimaliseren.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- De implementatie kan ingewikkeld zijn, omdat de systemen niet ingericht zijn om een integrale kijk te faciliteren.
- Het is methodologisch uitdagend en kost in de eerste fase van zorg/ondersteuning meer tijd (maar levert uiteindelijk meer tijd op).

Praktijkvoorbeeld: Mentale Gezondheidscentra

Initiatiefnemer(s):

GGZ Breburg, Indigo en CZ

Wat is het:

Het Mentaal Gezondheidscentrum is een kleinschalig wijkcentrum waar cliënten laagdrempelig kunnen werken aan mentale gezondheid en snel te weten komen of intensievere hulpverlening nodig is en waar zij de best passende hulp kunnen krijgen.

Doelgroep(en):

Mensen die de huisarts in principe wil doorverwijzen naar de ggz.

Werkwijze:

- Preventief trainings- en cursusaanbod (selectieve en geïndiceerde preventie) voor mensen met lichte problemen en naasten om toename van klachten te voorkomen. Dit aanbod is ook zonder huisartsverwijzing beschikbaar.
- Verkennend integraal gesprek nog vóór diagnose en daadwerkelijke verwijzing naar ggz, om de vraag, omstandigheden en hulpmogelijkheden van cliënten en naasten scherp te krijgen. Zowel nieuwe cliënten, als cliënten op de wachtlijst, wordt een verkennend gesprek aangeboden.
- Advies over vervolgstappen. Als ggz-behandeling een oplossing is, volgt een intakegesprek of psychodiagnostisch onderzoek. Maar behandeling is niet de enig mogelijke oplossing; er kan ook worden doorverwezen naar aanbod in het sociaal domein of soms blijkt behandeling/begeleiding niet nodig.
- Binnen MG mogelijkheid tot kortdurende basis ggz (en eventueel specialistische ggz) behandeling. Voor stoornisgerichte behandeling bij complexere problematiek volgt alsnog een verwijzing naar gespecialiseerde expertisecentra. De nazorg, indien nodig, vindt dan weer binnen het MG plaats.
- Het is ook mogelijk voor zorgprofessionals in de regio om het MG te consulteren voor advies over mentale klachten van cliënten (inclusief medicatieconsulten voor huisartsen).
- Voor optimale verbinding met de eerste lijn, sluiten behandelaren uit het MG aan bij het multidisciplinair overleg van huisartsen.

Doelstelling(en):

- Het MG helpt cliënten en naasten snel met ondersteuning die aansluit bij hun vraag.
- Medewerkers van het MG hebben autonomie en werken met plezier.
- Het MG werkt nauw samen met zorgprofessionals in de regio.
- Het MG bespaart zorgkosten door meer cliënten hulpverlening te bieden zonder extra financiële middelen.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

- Er zijn 5 MGs opgericht in regio Midden- en West-Brabant, en er komen er nog 4 bij. De achtergronden en uitwerking van het concept MG is door de Argumentenfabriek beschreven (Wessels en Van Eersel, 2022).
- Er loopt wetenschappelijk (actie-)onderzoek van GGZ Breburg/Tilburg University. Tussentijdse resultaten laten zien dat 30% van de nieuwe cliënten na het verkennend gesprek niet doorgaat in de ggz, maar wordt verwezen naar (bijv.) het sociaal domein. Voor de cliënten die al op de wachtlijst stonden, krijgt 20% bij het verkennend gesprek het advies voor een andere vorm van hulpverlening (buiten de ggz). Nog eens 8% krijgt bij een andere ggz-aanbieder hulp.
- De vraag of de implementatie van het MG zich vertaalt in kortere wachtlijsten, kan op basis van de tussentijdse resultaten nog niet worden vastgesteld.
- In de huidige vorm is het MG niet standaard de voordeur van de ggz. Het wordt ingezet als de huisarts extra onderzoek nodig acht om naar de meest geschikte zorg te verwijzen. Verkend wordt hoe breed of smal het MG als voordeur voor de GGZ wordt ingericht.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Structurele bekostiging is nodig om meer ggz-aanbieders die via het MG hulp bieden aan een groeiend aantal cliënten, te faciliteren. Het verkennend gesprek wordt (nog) niet standaard vergoed (heeft nog geen betaaltitel).
- De bemensing van het MG is een uitdaging in tijden van schaarste. Het MG komt erbij maar de totale capaciteit blijft hetzelfde, dat betekent dat het grootste deel van het personeel uit GGZ Breburg zelf komt.

4.1.5 Van 'geholpen worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'

Wanneer het (na integrale probleemanalyse) duidelijk is dat iemand specialistische ggz-behandeling behoeft, dan is het van belang dat dit op korte termijn mogelijk is. *"Juist door de mensen die niet in de ggz thuishoren, omdat ze eenzaam zijn, of identiteitsvraagstukken hebben, of concentratieproblemen, op andere manieren te helpen en ondersteunen in de samenleving, kan de ggz weer toegespitst worden op de mensen die het het hardst nodig hebben: de mensen met ingewikkeldere psychiatrische en psychosociale problemen,"* aldus een van de geïnterviewden. Hoewel de meeste geïnterviewden vinden dat specialistische behandelprogramma's voor specifieke aandoeningen (denk aan eetstoornissen, dwang, autisme) beschikbaar moeten blijven, zijn geïnterviewden van mening dat voor de grootste groep geldt dat behandelprogramma's veel flexibeler, transdiagnostischer, herstelondersteunender en holistischer moeten worden georganiseerd.

Diagnostiek blijft belangrijk maar de behandeling dient zich primair te richten op de leefwereld van de persoon, de onderliggende processen die tot problemen leiden en de mogelijkheden om (te leren) hier duurzame antwoorden op te formuleren. De belofte van 'kant-en-klaar oplossingen' in de vorm van specifieke ggz-trajecten voor specifieke diagnosecategorieën, moet plaatsmaken voor een ggz die in de kern helpt en ondersteunt bij het (zelf en samen) *leren omgaan met de ontstane ontwrichting*, zo luidt het. Daarbij is erkenning nodig van de *wisselwerking*²⁴ tussen individuele, (intra)psychische factoren enerzijds, en sociale, interpersoonlijke, en contextuele factoren anderzijds. Het structureel betrekken van en samenwerken met naasten en ervaringsdeskundigen moet vanzelfsprekend worden, het (weer) zinvol maatschappelijk meedoen het doel van behandeling (niet de daling van het aantal symptomen).

Van professionals vraagt deze manier van werken een brede kennis over psychiatrische problematiek (i.p.v. een nauw subgespecialiseerd frame), een dialogische kwaliteit en een naar buiten gerichte houding: hij/zij moet zich (kunnen) verdiepen in de leefwereld van de cliënt, weten hoe het netwerk in elkaar zit en goed op de hoogte zijn van de lokale sociale kaart. Professionals moeten zich voldoende toegerust voelen om met het hele steunsysteem (in plaats van met alleen de individuele cliënt) samen te werken. Voorwaarde voor dit alles is een fundamentele herwaardering van (sociaalpsychiatrische) principes als presentie, relationeel werken en outreach in de ggz, als ook een verstevigde positie van ervaringskennis. Ook in de opleidingen van psychiater en psycholoog moet hiervoor ruim aandacht zijn. Er dient een professioneel klimaat te worden gecreëerd op basis van ruimte, vertrouwen, reflectie en inspiratie.

24 Hierbij het gaat het bijvoorbeeld om: a) het inzicht dat ongunstige sociale factoren bijdragen aan het ontstaan van, en in stand houden van psychische problematiek, b) het inzicht dat gunstige sociale factoren bijdragen aan herstel, en c) het inzicht dat psychische problemen, kunnen leiden tot toenemende sociale ontwrichting en exclusie.



De categorie waar de psychiatrie zich weer hoofdzakelijk op zou moeten richten is de mensen die in een neerwaartse spiraal komen waarbij psychiatrische ongezondheid en ongezonde omstandigheden, of ongunstige omstandigheden met elkaar een negatieve spiraal worden. Voor mij is dat de groep waar de psychiatrie zich als belangrijkste op zou moeten richten. Op het weer insluiten van die groepen. Ik denk dat daar namelijk de psychiatrie een expertrol heeft. Niet zozeer om het probleem op te lossen maar in het hervinden van verbindingen. Dus het is wat mij betreft een misverstand dat de psychiatrie alleen een medische wetenschap is. Wat mij betreft is de psychiatrie ook een sociale wetenschap. Dat aspect dat vind ik erg ondergesneeuwd. Ik mis professionals met een kennis en goede kijk op het systeem. De ggz moet de sociale psychiatrie herontdekken. (Beleidsmedewerker bij gemeente).



De ggz is heel nauw georiënteerd geraakt. Deels moeten we wat we geleerd hebben, behouden, maar tegelijkertijd moeten we het generieke, transdiagnostische stuk, weer veel centraler laten zijn, zodat de zorg echt op maat is. En we moeten de verantwoordelijkheid minder overnemen, echt die cliënt.... De kretologie is 'cliënt centraal', maar om dat ook echt in de praktijk te brengen. Daar moeten we naar toe. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).

Ook de mogelijkheden voor samenwerken aan herstel door *peers onderling*, zouden moeten worden versterkt en uitgebreid. Geïnterviewden zien in het toekomstige zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met (ernstige) psychische problemen, een grote(re) rol weggelegd voor herstelacademies, peer support en zelfregiecentra. In iedere (sub)regio moeten deze voorzieningen aanwezig zijn, zichtbaar en laagdrempelig toegankelijk. Essentieel is dat op deze plekken daadwerkelijke 'vrije ruimte' wordt gecreëerd voor het samenwerken aan herstel, dat wil zeggen, dat er letterlijke (fysieke, sociale) maar ook metaforische 'ruimte' ontstaat die volledig ingevuld mag en kan worden aan de hand van de leerprocessen van de deelnemers/bezoekers zelf. Dat betekent ook dat professionals, bestuurders en managers geen inhoudelijke rol spelen in deze voorzieningen, behalve dan dat zij zich idealiter geroepen voelen om deze vrije ruimte te faciliteren en te bewaken.



Ik zie veel kansen in een soort van Enik-achtige, herstelruimtes/academies waarin je consumer run, ervaringsdeskundig aanbod hebt, toegespitst op wat men in die wijk wil en nodig heeft. Van kunst maken, tot winkeltjes, wat je maar leuk vindt en fijn vindt en nodig hebt. (Psychiater en behandelcoördinator bij ggz-instelling).



Wat mij betreft is de plek van de herstelacademie midden in die samenleving, met een stevig been binnen de psychiatrie, of in de verslavingszorg. Open voor iedereen. Je uitstraling naar buiten moet zijn: we zijn er voor burgers, met een speciale aandacht voor de groep die het minst makkelijk over die drempel komt. (...) Maar het is wel belangrijk dat die vrije ruimte daar echt gefaciliteerd wordt. Zorg ervoor dat iedereen er met zijn klauwen vanaf blijft. Laat mensen nou met elkaar daar een richting in vinden, gebaseerd op goede ideeën over wat nou peer support en zelfhulp is. (Beleidsadviseur Ervaringsdeskundigheid bij Branchevereniging Valente).



Ik kan me voorstellen dat er in alle wijken herstelcentra zijn. Herstelacademies. Enik en Ixta Noa doen dat natuurlijk heel goed. Die zijn hartstikke bekend, maar zo zijn er heel veel herstelcentra, en ik kan me voorstellen dat dat de plek is waar je naartoe gaat als er sprake is van dat je op een vlak op meerdere vlakken vastloopt, of problemen ervaart, of je niet prettig voelt, en dat je daar met elkaar kijkt, oké hoe kunnen we dit samen doen met lotgenoten en ervaringsdeskundigen. Trainingen volgen, deelnemen aan gespreksgroepen, super laagdrempelig, en als je dan bijvoorbeeld merkt dat bepaalde dingen niet lichter worden, dat je dan kijkt, oké wat voor zorg moeten we op dit thema inzetten, bijvoorbeeld trauma is niet iets wat je makkelijk met een gespreksgroep oplost, daar moet je gewoon echt iets specialistisch tegen aan gooien, dan kan ik me voorstellen dat die persoon een uitstapje maakt, hele goede traumabehandeling krijgt en weer terug die herstel community ingaat. (Manager Zorg bij instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang).



Bouwsteen 5: Van 'geholpen worden' naar 'jezelf (en anderen) leren helpen'

Zorg dat bij mensen of gezinnen die vastlopen altijd de eigenlijke (hulp)vraag of behoefte centraal staat. Investeer in het opleiden van professionals in dialogische vaardigheden om het proces van de persoon en zijn systeem, in de leefwereld, te kunnen ondersteunen. Herwaardeer generalistisch, sociaal-psychiatrisch en relationeel werken en verstevig de positie van ervaringskennis binnen de ggz. Zorg ervoor dat er in elke regio voldoende mogelijkheden zijn om (in alternatief of als aanvulling op behandeling) samen met peers aan herstel van psychische ontwrichting te werken. Bewaak en bescherm de 'vrije ruimte' die binnen zelfregiecentra en herstelacademies wordt gecreëerd en zorg dat deze ruimte niet (alsnog) wordt ingenomen door professionele logica of strategische (organisatie)belangen.

Praktijkvoorbeeld: Resourcegroepen

Initiatiefnemer(s):

Een breed gedragen initiatief in ggz-instellingen door het land waaronder: Antes, GGZ Ingeest, Lentis, GGZ Breburg, Altrecht, Reinier van Arkel, HVO Querido, Leviaan, GGZ WNB. Naar Zweeds voorbeeld.

Wat is het:

Een groep mensen, door de cliënt uitgekozen, die voor de cliënt belangrijk is en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Deze doelen kunnen te maken hebben met alle dimensies van herstel, zoals persoonlijk herstel (herstel van identiteit), maatschappelijk herstel (zinnvolle participatie) en herstel van gezondheid (behandelen en verbeteren van lichamelijke en geestelijke symptomen). Eigenaarschap en regie bij de cliënt liggen. Hij is de beoogde regisseur van de groep.

Doelgroep(en):

De aanpak is als eerste beproefd bij mensen met EPA in FACT-teams, wordt nu ook beproefd in het sociaal domein en de jeugdpsychiatrie, en kan in principe in de volle breedte van het zorglandschap worden toegepast.

Werkwijze:

- De cliënt wordt uitgedaagd na te denken over wie hij in de groep zou willen ('nomineren'). Dit kunnen familieleden of andere naasten zijn, maar ook (familie-)ervaringsdeskundigen en professionals van binnen of buiten de ggz en het sociaal domein. Tezamen vormen zij de resourcegroep.
- De cliënt werkt – in samenwerking met de regieondersteuner – aan zijn eigen plan. Daarin staan herstel doelen voor de korte en langere termijn.
- De groep komt meermaals per jaar samen, afhankelijk van de behoefte. De cliënt wordt uitgenodigd om, met meer of minder ondersteuning van de regieondersteuner, de agenda van deze bijeenkomsten te maken en te bepalen welke herstel doelen tijdens de bijeenkomst aan de orde komen, wie de voorzitter is en waar de groep samenkomt.
- Tussen de bijeenkomsten door gaat de cliënt werken aan de herstel doelen, samen met de verschillende groepsleden.

Doelstelling(en):

Via empowerment en samenwerking de cliënt helpen met het bereiken van zijn doelen.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

In een pilot tussen 2016-2021 in FACT-teams van negen ggz-instellingen werd de RG-methode geïmplementeerd en gevolgd met gerandomiseerd (kosten)effectiviteitsonderzoek en case studies (Tjaden, 2022). Het onderzoek laat zien dat het bij een ruime meerderheid van de cliënten lukt om de aanpak goed van de grond te krijgen. De resourcegroep draagt bij aan empowerment, met bijkomende gunstige effecten op het merendeel van de gemeten domeinen (herstel, kwaliteit van leven, kwaliteit sociale relaties, algemeen functioneren). De maatschappelijke en gezondheidskosten zijn bovendien eerder lager dan hoger.

Knelpunten, belemmeringen voor opschaling:

- Initiële stijging van 'workload' voor ggz-medewerkers die het programma implementeren zorgen voor barrières om te beginnen met RG.
- Een aantal jaar na de start van de RG-pilots hebben diverse instellingen de implementatie in de organisatie verbreed en verstevigd, maar zijn andere instellingen gestopt. Mogelijke redenen zijn: hoog personeelsverloop, financiële krapte om innovaties door te voeren en te behouden, en het wegvallen van de ondersteuning van het onderzoeksteam. Naast solide ondersteuning en intervisie, is een paradigmaverschuiving nodig om van triadisch werken (dus met cliënt en diens betrokkenen) een vanzelfsprekendheid te maken.

Praktijkvoorbeeld: (Peer-supported) Open Dialogue

Initiatiefnemer(s):

Open Dialogue (OD) werd vanaf de jaren '80 ontwikkeld in Finland. Peer-supported OD (POD) is een Engelse adaptatie. In 2016 is in Nederland de pilot Peer-supported Open Dialogue gestart binnen Altrecht, Lister, MET ggz en GGzE.

Wat is het:

Een zorgpraktijk bij psychische crises die zich richt op het direct betrekken van iemands netwerk en het wezenlijk bespreken van zorgen, wensen, betekenissen en passende deskundige behandelingen. POD omvat zowel het organiseren van een behandelstelsel als een vorm van therapeutische gespreksvoering (dialogisme) binnen dat stelsel. Uitgangspunt is niet om te komen tot een diagnose maar om ruimte te maken voor de verschillende verhalen van cliënt en betrokkenen. De professionele kennis wordt met terughoudendheid toegepast evenals medicatie en opname in een kliniek.

Doelgroep(en):

Cliënten die te maken hebben met (psychische) ontwrichting.

Werkwijze:

- Netwerkgesprekken: Wanneer iemand hulp zoekt, wordt zo snel mogelijk een netwerkgesprek gepland. Degene die hulp zoekt, wordt gevraagd welke naasten kunnen aansluiten bij het gesprek. In de loop van de gesprekken kan de samenstelling van het netwerk veranderen al naar gelang de behoefte van de cliënt.
- Meerstemmigheid: Het bevorderen van de dialoog tussen de leden van het netwerk staat voorop. Er wordt veel tijd genomen om verschillende perspectieven op te laten komen, nieuwe ideeën te laten ontstaan. De POD-ers worden toegankelijke gesprekspartners die samen met het netwerk zoeken naar de deskundigheid die het meest ondersteunend is. Wanneer er een bepaalde behandeling passend blijkt, kan die parallel aan de netwerkgesprekken worden uitgevoerd.
- Reflecties: In het netwerkgesprek zijn altijd twee POD'ers aanwezig, waarvan een met ervaringsdeskundigheid. Zij stellen open vragen die de leden van het netwerk stimuleren om woorden te vinden voor hun gevoelens, ervaringen en wensen.
- Buiten de netwerkgesprekken spreken de hulpverleners niet over de cliënt of zijn netwerk.
- Psychologische continuïteit: na beëindiging is er bij het opstarten van een nieuwe reeks dialooggesprekken ten minste 1 van de facilitators uit het voorgaande traject betrokken.
- Flexibiliteit en mobiliteit: qua inhoud van de dialoog, qua vorm, frequentie en lengte, alles kan ter discussie staan en overall wordt zo flexibel als mogelijk mee omgegaan.

Doelstelling(en):

Ruimte maken voor alle perspectieven van cliënt, naasten en hulpverleners en samen te zoeken naar welke zorg of ondersteuning kan helpen.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Onderzoek van de OD-ontwikkelaars in Lapland wijst op minder terugval en (her)opnamen, minder medicatiegebruik en lagere zorgkosten. In Engeland (Kent) blijkt het mogelijk POD met tevredenheid en toenemend welbevinden van gebruikers te implementeren (Kinane et al, 2022). Een overzichtsartikel van 23 studies, waaronder 6 met uitkomstdata, laat geen conclusie over de effectiviteit toe (Freeman e.a., 2019). In Nederland is nog geen effectonderzoek uitgevoerd. Wel blijkt uit een interne evaluatie (Peer-supported Open Dialogue in Nederland Evaluatie van het eerste jaar POD in 4 ggz-organisaties), dat de kernprincipes van POD voldoende tot goed in de praktijk te brengen zijn en dat cliënten en hun netwerken veelal positief zijn over de methode. De reflectiemogelijkheid, het zich gehoord voelen, het gevoel van veiligheid en ruimte om alles te kunnen zeggen, en de andere rol van de hulpverlener (meer gelijkwaardig) worden gewaardeerd. Binnen de netwerken komt een andere manier van communiceren op gang. Men begrijpt elkaar beter. Voor mensen in het netwerk voelt het prettig om meer betrokken te zijn bij de zorg van hun naaste.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling :

- POD wijkt inhoudelijk en organisatorisch stevig af van de gangbare werkwijze en de evidentie is nog onzeker; dit tempert het draagvlak op bestuurlijk en werkvloerniveau. Meer in het bijzonder:
- POD vraagt ruimte in de agenda, wat een uitdaging is in relatie tot de bestaande werk- en productiedruk.
- Sommige hulpverleners vinden het lastig in een andere rol op te treden dan ze gewend zijn (het kunnen en willen verdragen van onzekerheid). Sommigen zijn sceptisch.
- POD-team heeft geen organisatorische back-up binnen organisaties, er is geen duidelijke teamverantwoordelijkheid en dat voelt riskant. Er moet een verantwoorde structuur komen om ermee door te kunnen gaan.

Praktijkvoorbeeld: Enik Recovery College

Initiatiefnemer(s):

Lister (op veel plaatsen elders in het land zijn de laatste jaren vergelijkbare initiatieven van de grond gekomen).

Wat is het:

Een herstelacademie: een leeromgeving en ontmoetingsplek.

Doelgroep(en):

Mensen die persoonlijk ervaring hebben met ontwrichting door een psychische kwetsbaarheid of verslaving, en die willen werken aan hun (verdere) herstel.

Werkwijze:

Enik staat voor 100% peer support, dat wil zeggen: alle activiteiten worden door mensen met eigen ervaring ontwikkeld en gerund. Binnen Enik is het mogelijk om aan workshops, trainingen en werkgroepen deel te nemen over uiteenlopende thema's die te maken hebben met herstel (college). Daarnaast is er een inloop, waar mensen elkaar kunnen ontmoeten (sociaal trefpunt). Ook is het mogelijk om als vrijwilliger bij Enik te werken.

Doelstelling(en):

Het creëren van een (vrije) ruimte waarbinnen mensen ervaringen kunnen delen en van elkaar kunnen leren over het omgaan met psychische ontwrichting.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

De eerste locatie (Hoograven) ging open in 2015. Vanaf 2018 is het aantal locaties uitgebreid naar meerdere stadsdelen in stad Utrecht en omliggende regio's: Overvecht (2018), Leidsche Rijn en Houten (2020), IJsselstein, Nieuwegein en Woerden (2021). De totstandkoming en het eerste jaar van Enik werd gevolgd met onderzoek (Muusse & Boumans, 2016). Hieruit kwam de unieke waarde van Enik duidelijk naar voren, maar dit onderzoek richtte zich niet op 'effecten' op deelnemers. Momenteel loopt er een vierjarig (kosten)effectiviteits- en kwalitatief onderzoek door Tilburg University/Trimbos-instituut, waarvan we de resultaten in de komende jaren kunnen verwachten.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

Een blijvende uitdaging is het bewaken van de vrije ruimte die alleen ontstaat door het structureel en duurzaam kantelen van bestaande (machts)verhoudingen en het ontwikkelen van (of het strijden voor) nieuwe verhoudingen waarbinnen abstracte waarden en idealen rond herstel, peer support en zelfhulp zo nauwgezet mogelijk naar concrete praktijken kunnen worden vertaald. Onafhankelijkheid in financiële zin zou daaraan bijdragen, maar is vooralsnog onhaalbaar.

4.1.6 Geïntegreerde (netwerk)zorg en ondersteuning voor mensen met EPA

Voor mensen die een langere periode intensieve zorg en ondersteuning nodig blijven hebben, of als gedurende hun leven periodes van minder zorgbehoefte zich afwisselen met periodes van meer zorgbehoefte (al dan niet met opnames), is volgens geïnterviewden *continuïteit* het sleutelwoord. Zoals beschreven in hoofdstuk 2, signaleren geïnterviewden juist deze mensen met een langduriger zorgvraag in de huidige ggz vaak niet de juiste zorg krijgen. Door zorgverkaveling en -verschraling dreigt verwaarlozing van deze groep. Volgens geïnterviewden is snelle versterking van geïntegreerde, ambulante, herstel-ondersteunende zorg daarom noodzakelijk.

In plaats van ketenzorg (*van a naar b naar c, of: a of b of c*) moet het model van netwerk-psychiatrie leidend worden, waarbij zorg en begeleiding flexibel en naar behoefte met relationele continuïteit op- en afgeschaald kan worden. Dit omvat 'waakvlamzorg' met behoud van continuïteit die op het eerste oog weinig met behandeling of begeleiding te maken heeft.



Soms zie je aan die ene peuk in de asbak dat het misgaat en dat zie je alleen maar als je iemand heel lang kent en er bij betrokken blijft, ook als je feitelijk 'niks doet'. Dan kan je heel veel voorkomen. Maar het vervelende is: dat 'niks doen' vinden verzekeraars ingewikkeld. Ik zou het liefste hebben dat Optimaal leven gewoon in een hele kleine dosis langer door kan gaan. Misschien dat ik op een gegeven moment zeg: die casemanager gaan we ergens anders gebruiken. Je komt 1x in de maand, 1x in het halfjaar even bij mij langs of bij de psycholoog. Of mensen die je inderdaad naar de poh laat gaan maar dan wel met de verzekering: zodra er weer wat aan de hand is bel ons dan en dan stuur ik gelijk de casemanager die hem kent daarheen. Er zijn allerlei varianten mogelijk. (Psychiater en behandelcoördinator bij ggz-instelling).

Kenmerkend voor netwerkpsychiatrie is dat de persoon vanuit het positieve gezondheidsmodel, steeds vanuit een brede, integrale en contextuele blik wordt benaderd. "Geen gesteggel meer over 'hoor jij bij mij of niet'", aldus een geïnterviewde. Vervolgens worden oplossingsrichtingen gezocht vanuit diezelfde integrale blik, over de grenzen van classificaties en domeinen heen. Domeinoverstijgend werken is daarbij geen doel op zich maar een *middel* om beter aan te sluiten en 'mee te bewegen' met het proces van de persoon en zijn of haar netwerk. Om dit waar te maken is effectieve en structurele samenwerking nodig tussen disciplines uit de gezondheidszorg en het sociaal domein, bij voorkeur door deze disciplines samen te brengen in een team. Belangrijk is dat het centrale aanspreekpunt van de cliënt binnen zo'n fluïde samenwerkingsmodel steeds dezelfde blijft.²⁵ "Niet alleen cliënten hebben baat bij die continuïteit, ook voor professionals is het veel leuker werken," aldus een geïnterviewde.

25 De resourcegroepen uit bouwsteen 5 kunnen op een alternatieve manier voorzien in relationele continuïteit door de samenstelling ervan flexibel te laten meebewegen op geleide van de wens en behoefte van de cliënt.



Ik vind dat de mensen met EPA één vast iemand moeten hebben waar ze een relatie mee kunnen opbouwen, die heel goed het bio/psycho/sociale/existentiële snapt, en echt in staat is om mensen te volgen in hun ontwikkeling, levensloop en in hun reis door die verschillende sectoren. (Lector GGZ en Samenleving).

Qua uitwerking zien veel geïnterviewden aanknopingspunten in het versterken/verrijken van de FACT-infrastructuur. Daarvoor is allereerst het samenbrengen van behandeling, begeleiding en vroegsignalering binnen FACT nodig, zodat een FACT-team daadwerkelijk geïntegreerde zorg en ondersteuning kan bieden, een relatie met de cliënt en zijn netwerk kan aangaan en er kan 'zijn', in de leefwereld van de persoon om daar generieke, transdiagnostische zorg op maat te bieden die het herstelproces ondersteunt. Het conform de FACT-standaard bemensen van teams met sociaal werkers, ervaringsdeskundigen, job coach, en andere hulpverleners zoals een psychomotore therapeut, wordt toegejuicht, alsook het steviger verankeren van FACT in een wijk, waardoor FACT beter verbonden kan worden met de huisarts en initiatieven in de sociale basis.

Een uitdaging is het vinden van een goede balans tussen generalistisch en specialistisch werk in deze integrale teams. In de organisatie van specialistische (behandel)interventies dient oog te zijn voor het behoud van expertise (en werkplezier) van specialisten in een bepaald vakgebied én voor hun inbedding in het bredere (niet diagnose- of doelgroepspecifieke) team. Dit kan op verschillende manieren. Sommige geïnterviewden willen de expertise van specialisten in de integrale teams op peil houden en bevorderen via lerende netwerken. Andere geïnterviewden denken – mede gezien de huidige personeelsschaarste – aan een apart behandelhuis dat goed is aangesloten op diverse integraal opererende teams. Weer anderen denken dat deze uitdaging van het al dan niet bundelen van specialisten en generalisten onnodig geproblematiseerd wordt en met de benodigde cultuurverandering in ggz en sociaal domein aan urgentie zal verliezen.



Ik zeg niet dat alles in een team moet gebeuren, maar het is vaak wel de beste manier om effectief samen te werken. Als je iedereen in je team hebt en je bepaalt alles in je team, en je bespreekt alle patiënten met zijn allen, ja dat werkt verreweg het beste. En dan hoeven niet alle teamleden dezelfde werkgever of financier te hebben. Je moet de randvoorwaarden creëren zodat mensen uit verschillende organisaties als één team kunnen samenwerken. Het is ook zorgen dat je in je FACT-team iemand hebt die ECHT iets weet van schuldhulpverlening, en niet een spv'er die denkt dat ie dat weet. (Voorzitter bij Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).



In FACT-teams moet je zorgen dat je veel sociaal werkers inzet, en niet zoals nu vaak maar eentje. De kracht van FACT is die geïntegreerde zorg op alle leefgebieden, dus dan zul je moeten zorgen dat je daar sociaal werk en behandeling beter integreert. En je zou dat op- en afschalen, heel flexibel moeten kunnen doen. (Manager Zorg bij instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang).

Enkele geïnterviewden zijn van mening dat multidisciplinaire teams voor EPA-zorg niet per se onderdeel hoeven te zijn van de ggz, maar dat deze ook vanuit het sociaal domein kunnen worden opgezet. Voordeel daarvan is dat de verbinding met community building en gemeentelijk werk vanzelfsprekender is en er minder hiërarchische verhoudingen in de weg zitten om effectief samen te werken. Wel moet voorkomen worden dat er meerdere teams in de dezelfde regio gaan concurreren om de EPA patiënt.



Verzin een plan waarbij je duurzaam die veelomvattende hulpverlening, rondom klanten, de praktische hulp en de spelverdelersrol in de psychiatrie, maximaal tot wasdom laat komen. Er moet iets moois uitkomen. Maar dat je dus FACT-achtige teams, maar het hoeft geen FACT te zijn maar het mag ook iets anders eruitzien, bijvoorbeeld vanuit het sociaal domein. Maar dat je daarmee de verbinding en verantwoordelijkheid voor die groepen organiseert. Op een schaal die herkenbaar is. Maar dan ook met budget vanuit het zorgverzekeringsdeel, liefst op basis van de populatie en dus niet op het niveau van het individu. (Beleidsmedewerker bij gemeente).

In deze bouwsteen is de zorg voor mensen met EPA uitgelicht, omdat die groep volgens vele geïnterviewden te weinig prioriteit heeft kunnen krijgen in het huidige systeem. Dat betekent niet dat de essentie van bouwsteen 6 is voorbehouden aan deze doelgroep. Sommige geïnterviewden wijzen op ervaringen elders, zoals in Triëst en Lille, waarin de gehele ggz op deze leest is geschoeid, en zonder dat mensen met EPA daarin ondergesneeuwd raken. Dat niet-ondersneeuwen kan niet genoeg benadrukt worden. Een breder ingestoken team kan dermate druk zijn met intakes en het opstarten van behandelingen bij nieuwe cliënten, dat nieuwe kansen voor behandeling en herstel én dreigende terugval bij mensen die al lang in zorg zijn gemist worden.



Bouwsteen 6: Geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met EPA
Biedt mensen die langdurig, intensieve zorg en nodig hebben, *geïntegreerde zorg en ondersteuning*, door multidisciplinaire teams, gericht op maatschappelijke inclusie.

Stap af van de 'stepped care' ketenzorg met zijn door- en terugverwijzingen en ga over op netwerkgzorg waarin professionals uit het zorgdomein en het sociaal domein samen optrekken. Faciliteer deze samenwerking door de 'knip' die is aangebracht tussen behandeling en begeleiding te repareren.

Praktijkvoorbeeld: Optimaal Leven

Initiatiefnemer(s):

GGZ Drenthe, Cosis, Zilveren Kruis, VGZ, Verslavingszorg Noord Nederland, diverse Drentse gemeenten. (Er zijn diverse andere initiatieven om FACT te versterken vanuit het sociaal domein, zoals FACT+ in Friesland en Tilburg.)

Wat is het:

Ambulante teams, bestaande uit medewerkers uit zorg, begeleiding en welzijn, die geïntegreerde herstel- en persoonsgerichte zorg en ondersteuning bieden in de eigen omgeving.

Doelgroep(en):

EPA (dit is geen messcherpe afbakening, het model kan in principe evolueren naar een breder ggz-wijkteam)

Werkwijze:

In de Optimaal Leven werkwijze zijn drie pijlers te onderscheiden:

1. Integraal: Vanuit één team behandeling én begeleiding én welzijn. Daarbij geldt één cliënt = één plan. Zo hoeven er geen keuzes gemaakt te worden over welk probleem als eerste wordt opgepakt. Professionals werken multidisciplinair samen met elkaar en stemmen processen, werkwijze en expertise nauw op elkaar af. Dit maakt het ook mogelijk dat de aard en intensiteit van de geboden zorg en ondersteuning binnen het team laagdrempelig aangepast kan worden op de behoeften van de cliënt.
2. Herstelondersteunend: Zorg op maat gericht op zowel persoonlijk, maatschappelijk als klinisch herstel. Dit betekent dat zorg op meerdere levensdomeinen wordt gegeven. Eigen regie staat hierbij centraal. Net als laagdrempelig contact met hulpverleners, inzet van ervaringsdeskundigen en het betrekken van naasten bij de zorg en ondersteuning. Er wordt gebruik gemaakt van herstelgerichte instrumenten als de I.ROC en Mijn herstelplan.
3. Gebiedsgericht: Het Optimaal Leven team heeft een locatie in de wijk, dicht bij hun cliënten. Drie van de vier teams zijn gevestigd in een wijkcentrum samen met andere partners uit de wijk. Ook is er sprake van nauwe samenwerking met lokale samenwerkingspartners (zoals thuiszorg, huisarts, Wmo-loket gemeente).

Doelstelling(en):

- Ontschotting/integrale zorg.
- Verbeterde kwaliteit van leven (hoop, dagelijks functioneren, daginvulling, eigen regie, zingeving en weerbaarheid), meer stabiliteit en minder crisissen.
- Gelijkblijvende of afnemende kosten.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

- Optimaal Leven is gestart in 2018. Er zijn ambulante integrale teams opgezet in Assen, Emmen, Hoogeveen/De Wolden en Midden Drenthe. In deze proeftuinen hebben de Optimaal Leven teams de ruimte gekregen om vanaf de werkvloer, bottom-up, integrale zorg en ondersteuning vorm te geven.
- Kwalitatieve evaluatie vanuit de deelnemende instellingen (Nijdam, Diekman & Dorland, 2022) suggereert dat een Optimaal Leven aanpak tot stand is gekomen die bijdraagt aan meer passende zorg en ten goede komt aan het herstel en kwaliteit van leven van mensen met EPA zonder dat de zorgkosten toenemen. Cliënten hebben het gevoel dat zij meer als mens worden gezien, de ondersteuning aansluit op wat er voor hen toe doet en dat hij/zij de regie behoudt in hoe de ondersteuning eruitziet. Er is een verbeterde zorgintegratie en meer aandacht voor herstel in brede zin. Cliënten vallen minder snel tussen wal en schip en hebben minder last van schotten en aparte regels voor de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Cliënten kunnen laagdrempelig oefenen met lichtere zorg, de ondersteuning blijft uit hetzelfde team komen en een hulpverlener kan zo weer betrokken worden als dat nodig is. Medewerkers vinden dat zij met deze aanpak meer voor de cliënt kunnen betekenen.

Knelpunten/belemmeringen voor opschaling:

- Door de manier waarop het zorgstelsel in Nederland georganiseerd is, hebben domeinoverstijgende initiatieven als Optimaal Leven te maken met systeemproblemen; het gaat dan om het eigenaarschapsprobleem en dat het investeren in passende zorg niet loont (wrong pocket probleem). Deze problemen bemoeilijken een optimale domeinoverstijgende samenwerking en daardoor het vorm kunnen geven van een optimaal passend zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen met EPA.
- Blijvende aandacht voor de gewenste omvang en samenstelling van het team, in het bijzonder als het gaat om de inzet van medewerkers uit welzijnsorganisaties. En het vinden van de juiste balans in het verder ontwikkelen van de proeftuin: medewerkers kunnen niet te veel dingen tegelijkertijd structureel anders gaan doen, dat vergt meer tijdsinvestering buiten productie om.
- Wachtijd- en capaciteitsproblemen zijn in de OL-teams fors, zij het minder groot dan in de (nog niet geconverteerde) FACT-teams in Drenthe. Dit belemmert de integrale werkwijze.

Praktijkvoorbeeld: Welkracht

Initiatiefnemer(s):

Wij Zijn Traverse Groep

Wat is het:

Zelf organiserende, (fluïde) multidisciplinaire ggz-teams naar het voorbeeld van FACT, maar opgericht vanuit een welzijnsorganisatie, gepositioneerd in de wijk, waarin professionals met verschillende achtergronden, geïntegreerde zorg en ondersteuning bieden.

Doelgroep(en):

Mensen met EPA, dus met een psychische kwetsbaarheid en verslavingsproblematiek die op meerdere levensgebieden langdurige uitdagingen ervaren.

Werkwijze:

- Teams bestaande uit psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en ervaringswerkers.
- Herstelondersteunende intake en één integraal plan.
- Korte lijnen + veel samenwerking met het lokale welzijns- en maatschappelijk werk in de wijk.

Doelstelling(en):

- Cliënten weer aansluiten in de maatschappij.
- Medicalisering tegengaan.
- 'Gezondere' gezondheidszorg.

Resultaten/ervaringen tot nu toe:

Welkracht is zeer recent (januari 2022) begonnen in zeven verschillende gemeenten in West-Brabant en Zeeland. Eerste resultaten laten nog op zich wachten.

Knelpunten, belemmeringen voor opschaling:

- Stroeve samenwerking met ggz-partners, waaronder FACT.

4.2 De verwachte opbrengsten van de bouwstenen

De zes bouwstenen komen bovenal voort uit inhoudelijke/morele overwegingen: het toewerken naar een beter uitgebalanceerd en verbonden veld van preventie, (zelf)hulp en zorg, dat minder medicaliseert, en beter aansluit bij de noden van de huidige generaties. Dat dit nodig is, daar zijn alle geïnterviewden het over eens. De meeste geïnterviewden verwachten echter dat geschetste oplossingsrichtingen niet alleen *inhoudelijke* opbrengsten hebben maar ook een effect zullen hebben op de toekomstige druk op/omvang van de ggz, en dus een oplossing vormen voor de in hoofdstuk 3 geschetste problemen. Zij voorzien een gaandeweg mentaal gezonder wordende en meer weerbare samenleving die beter in staat zal zijn een antwoord te bieden op psychische gezondheidsvraagstukken, waardoor mogelijk op de langere termijn een afname van bepaalde type zorgvragen in de ggz kan worden waargenomen. Als bovendien een deel van de mensen dat nu in de ggz geholpen wordt, in de toekomst volledig of deels elders (bijv. in het sociaal domein, in de eerste lijn of in herstelacademies) kan worden bediend, kan ook dat tot leiden tot minder druk op de ggz, en kan de ggz zich weer richten op de (kleinere groep met de) meest complexe problematiek, zo verwachten zij. Dit is in lijn met de premisse van het GEM-model (Ecosysteem Mentale Gezondheid) waarbij een verlichting van de druk op de ggz en zelfs een uiteindelijke reductie als logisch gevolg wordt gezien van de opbouw (en het onderling verbinden) van voorzieningen in het sociaal domein, de eerste lijn en een meer flexibel in te zetten ggz.



We rekenen het door in het boek²⁶, en wat we daar zien is dat uiteindelijk geld gaat lekken uit de ggz. Wat nu in de specialistische ggz zit, dat gaat naar de herstelondersteunende intake, naar een publieke ggz van e-communities, naar groepstherapieën gegeven door ervaringsdeskundigen en professionals, naar recovery colleges, naar sociale experimenten en organiseren van social holding vanuit de Wmo. Dus dat je een soort herverdeling krijgt van gelden in het ecosysteem en dat we ook zien dat in de recovery colleges een niet gering deel van het specialistische behandelaanbod wordt overgenomen. In de vorm van stemmenhoordersgroepen, medicatiemanagementgroepen, ondraaglijk-lijdengroepen, en ook dat er veel meer contact gaat ontstaan met sociaal ondernemen. Daar waar nu behandelgeld is, gaat dat zijn weg vinden naar sociaal ondernemen. (Hoogleraar Psychiatrie en Publieke ggz).

Wel waarschuwen verschillende geïnterviewden er expliciet voor dat het belangrijk is om niet op *voorhand* een reductie van de ggz in te boeken. Eventuele financiële opbrengsten zijn op zijn vroegst over veel jaren zichtbaar en worden mogelijk deels tenietgedaan door andere ontwikkelingen. Zo vermoeden enkele geïnterviewden dat een remmend effect op de toestroom wellicht deels gecompenseerd zal worden (of zal

26 Os, J.van., Spronsen, M. van. (2021) Wij zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Lannoo Campus.

moeten worden) door inspanningen (en investeringen) om toegang en kwaliteit van de specialistische ggz te verbeteren voor de groep mensen die gebaat is bij (herstelondersteunende) ggz-expertise, maar die hulp nu niet of niet voldoende krijgt. Andere geïnterviewden denken dat de inzet op mentale gezondheid en domeinoverstijgend kijken en werken, effect zullen hebben maar de ggz toch onverminderd belangrijk blijft. Weer anderen wijzen erop dat een toegenomen aandacht voor preventie en vroegsignalering paradoxaal genoeg ook tot een *grotere* toestroom naar de ggz kunnen zorgen. Ten dele bedoeld (als de noodzaak voor behandeling sneller aan het licht komt), ten dele onbedoeld, wanneer meer mensen zich bewust worden van hun mentale kwetsbaarheden en die gaan bestempelen als iets dat (door de ggz) 'gefixst' moet worden.



Ik geloof wel dat de ggz kleiner kan worden als je je alleen gaat richten op de meest zieken. Tegelijkertijd, als je kijkt naar het percentage mensen dat ernstige psychiatrische problemen heeft, kom je volgens mij ook nog ergens tussen de 6 en 8% van de bevolking uit. Waarvan je toch wel kan zeggen dat ze serieuze problemen hebben. Dus als je 6% van de NL-bevolking zou nemen, dan kom je alsnog op 1 miljoen mensen. En nu worden er in de totale ggz 1.2 miljoen behandeld waarvan een groot deel door de poh-ggz. Daar zitten nu ongetwijfeld mensen bij die niet de ggz in thuishoren, maar andersom is er ook een groep die misschien geen zorg krijgt en daar wel recht op heeft. Dus of het echt kleiner kan, dat is maar de vraag (Voorzitter bij Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).



Terwijl we erover praten denk ik, als je veel gaat investeren in het 'voorveld' dan gaat dat onherroepelijk effect hebben op het 'achterveld'. Maar voorlopig even niet! Dus je kunt nu niet zeggen: als je genoeg doet aan de voorkant, dan hoeft er niks te gebeuren aan die achterkant. Plus, de winst zit niet alleen in uiteindelijk eventueel minder zorg, maar ook bijvoorbeeld dat mensen langer kunnen blijven werken, mantelzorg kunnen doen, vrijwilligers zijn, niet voor een criminele carrière kiezen, dus de maatschappelijke opbrengst is veel groter dan dat stukje 'minder zorg'. Het kan zelfs zijn dat je beslist tegelijkertijd meer in zorg te investeren, omdat de opbrengst van allemaal kunnen blijven werken, meer gezonde jaren, zo belangrijk wordt in de toekomst dat we daar op elke manier vol op moeten inzetten. (Bestuurder bij @ease).

Enkele geïnterviewden zijn het in zijn geheel niet eens met de politieke teneur dat de ggz te groot is of zal worden. Zij zijn van mening dat er, in verhouding tot somatische zorg, weinig geld gaat naar de ggz, en waarschuwen voor een sfeer van wantrouwen en negativiteit richting specialistische zorg, waar uiteindelijk mensen met ernstige problemen (wederom) de dupe van zullen worden. Zij achten inhoudelijke veranderingen in het hele veld van preventie tot aan EPA-zorg noodzakelijk en pleiten ervoor om dit geheel los te koppelen van (de verwachting van) financiële koerscorrecties in de ggz.



Ik vind dat er heel weinig geld naar de ggz gaat. Volgens mij gaat er van de 100 miljard die we hebben voor de zorg, nog geen 10 naar de ggz. Dus dat vind ik extreem weinig. Ik vind de ggz vergeleken met de somatische zorg extreem goedkoop. Kost bijna niks. Ik heb in mijn familie te maken met zowel somatische als psychische problemen. Als ik dan kijk naar mijn zusje dat een chronische vorm van beenmergkanker heeft, nou die heeft me wel eens gezegd hoe duur de pillen zijn die ze per week slikt, dat is duizenden, en de behandeling en de zorg die ze krijgt, en ongelooflijk veel aandacht van iedereen. En dan vergeleken met mijn zusje dat een chronisch psychiatrische aandoening heeft; die wordt heen en weer gesleept, en krijgt geen passende zorg. Het is peanuts vergeleken met wat mijn zus met kanker krijgt. Die ook nog enorm hoge uitkeringen krijgt vanwege haar voormalig inkomen. Mijn zus met psychiatrie zit op een minimum. Ik vind het idee dat de ggz duur is flauwekul. Ik vind de ggz zorg enorm goedkoop vergeleken met somatische zorg. Alleen je kan je afvragen of de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen voldoende zorg krijgen. Ik denk het niet. (Lector GGZ en Samenleving).

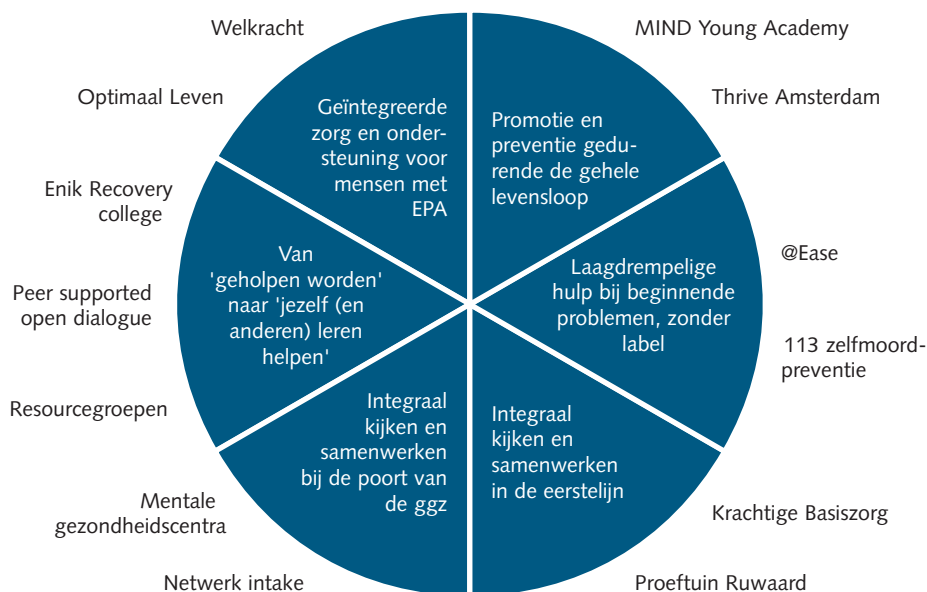
4.3 Samengevat

De roep om herijking en hervorming van de ggz en het hele omliggende veld, is breed gedragen en heeft een breed bereik: veranderingen zijn nodig vanaf het gebied van de hele vroege preventie, feitelijk de samenleving an sich, tot aan gespecialiseerde EPA-zorg, én alles wat er tussen ligt. Een omvangrijke opgave waarbij veel verschillende partijen nodig zijn om die veranderingen te bewerkstelligen. Concreet wijzen geïnterviewden allereerst op het belang van meer (collectieve) mogelijkheden in het sociaal domein op het gebied van mentale gezondheid. Deze voorzieningen moeten zo min mogelijk medicaliserend zijn, toegankelijk en in verbinding staan met een goed ontwikkeld netwerk van peer support en de mogelijkheid tot vrijblijvende consultatie van professionals. De automatische route van huisarts naar ggz moet veranderen door eerstelijnsvoorzieningen veel sterker met elkaar te verbinden en te positioneren binnen de wijk. Door dit alles, kan (op de langere termijn) een deel van de mensen die nu naar de ggz wordt doorverwezen, met name het deel waarbij psychische problemen eigenlijk een sociale oorsprong kennen (bijv. eenzaamheid of identiteitsvraagstukken), beter worden ondersteund.

Dit betekent niet er in de ggz zelf niets hoeft te gebeuren. De ggz moet zich erop toeleggen weer toegankelijker te worden voor, en primair in dienst te staan van, mensen met ernstigere psychiatrische problemen, maar wel vanuit een integraal kader, zich niet beperkend tot behandeling, en vooral gericht op het mensen leren zelf, met hun naasten, een antwoord te vinden op psychische ontwrichting. Herstelondersteunend werken wordt over de hele linie de basis. Door middel van netwerkpsychiatrie, herstelruimtes en een verdere opschaling van FACT (achtige) teams waarin professionals uit verschillende windrichtingen samenwerken, worden mensen met langdurige problematiek

ondersteund bij het hervinden van een plek in de samenleving en het voorkomen van chroniciteit. Eigen regie, verbondenheid, samenwerking, en een integrale benadering zijn over de hele linie de kernwoorden. Geïnterviewden verwachten dat een inhoudelijke verschuiving naar bovenstaande elementen, noodzakelijk is om te komen tot een gezond en passend landschap van preventie, hulp en zorg. Of dit uiteindelijk leidt en moet leiden tot een kleinere ggz, daarover zijn de meningen verdeeld.

Figuur: bouwstenen en (bijbehorende) praktijkvoorbeelden



5 Randvoorwaarden van het hervormingsnarratief

In het vorige hoofdstuk zagen we dat er veel draagvlak is voor hervorming van de ggz en het omliggende veld aan de hand van principes als positieve gezondheid, integraliteit, domeinoverstijgend samenwerken en een grotere inzet op preventie en mentale gezondheidsbevordering, en dat er ook concrete ideeën zijn over hoe dit er in de praktijk uit kan/zou moeten zien, zich momenteel uitkristalliserend in diverse proeftuinen en praktijken. In de beschrijvingen van de bouwstenen en praktijken kwamen daarbij diverse voorwaarden naar voren. In dit hoofdstuk gaan we daar verder op in. We richten ons op de vraag welke randvoorwaarden volgens de geïnterviewden²⁷ over het geheel van de hervormingsbeweging nog op orde moeten worden gebracht om het welslagen een kans te geven. We werpen eerst een blik op de praktijkvoorbeelden uit het vorige hoofdstuk; wat gaat goed en waar lopen zij tegen aan? (§5.1) en gaan vervolgens in op wat geïnterviewden zeggen over de mate waarin essentiële randvoorwaarden aanwezig zijn (§5.2).

5.1 Veel proeftuinen, weinig opschaling

In hoofdstuk 4 passeerden verschillende beloftevolle praktijkinitiatieven de revue. Hoewel de initiatieven zich op verschillende doelgroepen richten en daardoor andere specifieke kenmerken hebben, valt op dat er ook veel overeenkomsten zijn. Zo zijn de meeste theoretisch onderbouwd door positieve gezondheid en/of het herstelconcept, gericht op de wisselwerking tussen psychische en sociale (on)gezondheid, gericht op samenwerken tussen partners uit verschillende, gericht op verbinding (binnen de wijk, met de eerste lijn, behandelaanbod, algemene en maatwerkvoorzieningen Wmo, ervaringsdeskundigheid), en hebben ze veelal vergelijkbare doelstellingen: normaliseren, hulp dichtbij, fragmentatie tegengaan, verbeteren van kwaliteit van leven van cliënten, met minder wachtlijsten, en liefst bij een afname van of gelijkblijvende kosten.

Voor een systematische evaluatie van opbrengsten zijn de initiatieven veelal nog te pril of kleinschalig²⁸. Wel kunnen we uit (hoofdzakelijk kwalitatieve) evaluaties opmaken

27 Het merendeel van de interviews vond plaats voordat het Integraal Zorgakkoord uitkwam, al waren sommigen van de contouren op de hoogte. In het volgende hoofdstuk betrekken we ook het IZA in de analyse van randvoorwaarden.

28 Zelfs van de meest 'hard' en op brede schaal onderzochte aanpak, de resourcegroepmethode, weten we nog niet of de positieve effecten blijven opgaan bij het opschalen naar een hele instelling of regio.

dat initiatieven over het algemeen positief worden ontvangen door gebruikers en professionals, en dat positieve resultaten op het gebied van kwaliteit van leven, gezondheid en veranderingen in zorggebruik (incl. minder gebruik maken van specialistische zorg) mogelijk zijn. Positieve resultaten lijken te kunnen worden toegeschreven aan een aantal succesfactoren waaronder: inzet op mensgericht werken, ruimte voor lokale creativiteit, elkaar kennen als basis van samenwerking, toewijding van organisaties om dingen anders te doen, en aandacht voor het werkplezier van professionals.

Ondanks de positieve ervaringen en waarderingen, valt op dat er van opschaling van initiatieven naar structurele, duurzame (beleids)oplossingen nog geen sprake is. De initiatieven lopen aan tegen vergelijkbare belemmerende factoren waaronder het ontbreken van borging, inbedding en duurzame financiering, de moeizame samenwerking tussen partijen en systeemprakkijken die averechts werken. Hierdoor leunen initiatieven sterk op (lokale) bereidheid en commitment van betrokkenen om initiatieven in de lucht te houden, vooral wanneer de pilotfase voorbij is. Behouden en delen wat is geleerd is uitdagend, laat staan het uitbreiden en opschalen van initiatieven. Ook het feit dat aan de hand van gangbare methodologieën moeilijk hard te maken is dat initiatieven werken, speelt een rol. De discrepantie tussen de manier waarop initiatieven publiek geprezen en gewaardeerd worden en de daadwerkelijke inspanningen om de randvoorwaarden voor initiatieven op orde te brengen en inzichtelijk te maken dat ze ook het beoogde effect hebben is over de hele linie opmerkelijk te noemen.

5.2 Welke voorwaarden moeten volgens geïnterviewden nog op orde worden gebracht?

Volgens geïnterviewden kan uit het feit dat proeftuinen en pilots ondanks positieve eerste resultaten maar mondjesmaat worden opgeschaald worden opgemaakt dat een aantal essentiële randvoorwaarden voor duurzame veranderingen in het veld, nog onvoldoende aanwezig zijn. De belangrijkste passeren hier de revue.

5.2.1 Sociaal domein equiperen voor aanpak mentale gezondheid

Een van de centrale uitgangspunten van het nieuwe hervormingsnarratief is dat er op het gebied van mentale gezondheid, veel wordt verwacht van partijen *buiten* de ggz, met name in het sociaal domein. Geïnterviewden zijn positief over het feit dat er de laatste tijd meer aandacht ontstaat voor mentale gezondheid als zijnde een onderwerp 'van ons allemaal', onder andere in het regeerakkoord, en juichen een grote(re) rol van het sociaal domein toe. Tegelijkertijd waarschuwen zij er voor dat van een toereikende financiële basis, een heldere en congruente aanpak (met ruimte voor couleur locale) en de benodigde legitimering vanuit andere domeinen nog onvoldoende sprake is.

Zo veronderstelt het hervormingsnarratief een sterk ontwikkelde sociale infrastructuur, verbonden met de eerstelijns gezondheidszorg, de ggz en andere relevante sectoren. De

geïnterviewden wijzen er op dat juist die sociale infrastructuur in de afgelopen decennia onder druk is gekomen. Onder invloed van de beweging naar doelmatigheid binnen de zorgsector, werd de positie van het sociaal domein onzekerder, en verloor ze relevantie in de keten. De drang naar doelmatigheid ging gepaard met een afbraak van (vooral de collectieve) voorzieningen en een kleinere rol voor sociale professionals in de zorg voor mensen met psychosociale problematiek. Ook werd het systeem in toenemende mate ingericht aan de hand van tegengestelde prikkels. Met de invoering van de Wmo in 2007 en uitbreiding van de reikwijdte daarvan in 2015 werd de opdracht van gemeenten en het sociaal domein weliswaar groter en kregen zij de taak om mensen te ondersteunen en te helpen wanneer zij het door uiteenlopende problemen niet redden, maar de retoriek die daarbij klonk suggereerde het tegenovergestelde: gemeenten moesten mensen vooral zelfredzaam maken, 'in hun kracht' te zetten en daarmee de behoefte aan (professionele) ondersteuning terugdringen. Dit ging soms gepaard met ontmoedigingsbeleid en het uitoefenen van drang en dwang in aanpalende terreinen²⁹ (met effect op vaak dezelfde burgers), om mensen, bijvoorbeeld, uit sociale uitkeringen te krijgen. De sociaal-maatschappelijke dimensie die de sector voorstaat, werd zo steeds verder gelijkgesteld aan hetgeen de sociale gemeenschap 'op eigen kracht' kan oplossen, en de synergie in het veld verdween. Voor de huidige oproep tot een grotere rol voor het sociale domein in mentale gezondheid is die synergie in het sociaal domein noodzakelijk. Het is van belang dat de sociale infrastructuur weer in ere wordt hersteld, met een heldere visie op mentale gezondheid in de diverse beleidsterreinen (mental health in all policies), én met congruente financiële prikkels. De aanname dat dit vanzelf wel gebeurt, achten veel geïnterviewden naïef.



De hele preventieve keten in gemeentelijk domein is eigenlijk onvoldoende ontwikkeld voor deze opdracht, sterker nog, die is helemaal ontmanteld, daar wordt nu weer naar gekeken onder druk van de transformatie in 2015, maar dat doen ze nu pas weer voor het eerst. Dus dat is denk ik een ander belangrijk stuk wat er speelt. Als je zegt, er komen mensen verkeerd terecht in die ggz.... Ja... Mogelijk wel. Mogelijk zijn er andere oplossingen. Maar dan moet die preventieve keten beter op orde zijn (Bestuurder Stichting HerstelTalent).



Ik heb het dan vooral over het traditionele opbouwwerk. Daar is enorm op bezuinigd. En dat is ongelooflijk zonde. We hebben het over preventie. Je moet in de wijken in de gaten krijgen: waar gaan gezinnen mis, waar gaan systemen mis, daar moet je iets op verzinnen, omdat je anders constant bezig bent met symptoombestrijding van gevolgen van hele ernstige deprivatie, ontworping van mensen die je had kunnen voorkomen als je in die wijk vingers aan de pols hebt. (Manager Zorg bij instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang).

29 Denk aan de eveneens in 2015 ingevoerde Participatiewet.



Mijn ervaringen na ruim zeven jaar in het sociaal domein in de gemeentes waar wij werkzaam zijn: ik ben me regelmatig wezenloos geschrokken over de wijze waarop vanuit bepaalde instanties mensen worden bejegend. Dat heeft er mee te maken dat zij vanuit wetgeving en inzet op rechtmatigheid, bijna onmenselijke gesprekken voeren. Niet van mens tot mens maar vooral vanuit de procedures en het juridisch kader. Dan denk ik: Denk je nou echt dat mensen hiervan op een gegeven moment denken: ik word gezien, bejegend en ondersteund ik ga maar weer eens actief worden? Als je zegt we voeren de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet uit maar we hebben het liefst zo min mogelijk mensen aan onze balie. Dan zie je het contact met inwoners in kwetsbare posities vooral als een kostenpost en niet als een investering om mensen weer zoveel mogelijk in hun eigen regie te ondersteunen zodat ze juist weer zo gezond en onafhankelijk als mogelijk kunnen zijn van gemeenten, instanties en welzijns- en zorgorganisaties. Gelukkig zie ik steeds meer in onze regio dat de lijn van investeren in de sociale basis voor kwetsbare inwoners vanuit een meer duurzame, doordachte lange termijnvisie wordt gekozen. Deze basisgedachte zie ik echter nog onvoldoende verwoord en verankerd in de onlangs gesloten landelijk akkoorden als IZA en WOZO. (Bestuurder bij organisatie voor maatschappelijk welzijn).

Geïnterviewden signaleren dat het niveau van sociale voorzieningen nu weliswaar, na een lange periode van afbraak, weer wordt opgebouwd en er ook meer inspanningen worden gericht om regionaal de samenwerking op te zoeken, maar ook dat er grote verschillen ontstaan tussen regio's. De kwaliteit van en hoeveelheid en verscheidenheid aan aanbod tussen regio's loopt erg uiteen. Op zichzelf is regionale diversiteit niet verkeerd; het is immers van belang dat het aanbod aansluit bij regionale behoeften. Maar, zo waarschuwen geïnterviewden, de verschillen tussen regio's worden nu eerder veroorzaakt door lokale financiële afwegingen, en lokaal gebrek aan kennis en kunde, dan door aansluiting bij de lokale situatie. Omdat het sociale aanbod dat nu wordt ontwikkeld, vaak nog een structurele financiële basis mist, is de situatie ook erg veranderlijk: aanbod wat er in een bepaalde subregio, het ene moment nog is, kan het volgende moment verdwenen zijn; soms wordt het aanbod per wijk ingekocht, ander aanbod is stadsbreed. In veel gemeenten vormt het aanbod daarom ook nog onvoldoende een logisch geheel, maar bestaat het uit losse, onzekere elementen. Al met al leidt dat tot versnippering en gebrek aan continuïteit binnen het gemeentelijk veld.



De verschillen tussen gemeenten zijn ontstellend groot geworden in de loop van de jaren, ook in hoe zij omgaan met kwaliteit. En op heel veel plekken, op een zeer zorgelijke manier. Zeker ook op een aantal plekken heel goed, maar het kost veel moeite om die goede voorbeelden, blijvend te laten worden. (Voorzitter bij Nederlands Instituut van Psychologen).



Die pilots... Daar hebben wij ook last van. Het helpt niet dat het steeds tijdelijke pilots zijn in het sociaal domein, want het kost juist tijd om een samenwerking op te starten en die moet duurzaam kunnen zijn. (Onderzoeker en Voorzitter CWO bij Landelijke Vereniging POH-GGZ).



Een ander probleem is, er gebeurt ontzettend veel in de sociale basis, bijvoorbeeld vanuit peer support, maar dat dat geen structurele verankering krijgt in de gemeentelijke financiering. Dus het is soms heel plat, maar daar zit een financiële component aan. Dus incidentele subsidies, ik zie een aantal initiatieven die vooral van ZonMw gelden afhankelijk zijn, iedere keer weer een pilot draaien, maar als het structureel moet worden dan is steeds de vraag wie moet dat betalen, waar moet dat bekostigingsinitiatief vandaan komen? Terwijl die ontzettend waardevol zijn. Maar wie moet die kosten dragen? Idealiter zou voor een groot deel het sociaal domein de kosten moeten dragen. Maar ik realiseer me ook dat de gemeentes vooral voor de uitvoering van de taken in het sociaal domein, al ontzettend krap zitten. Dus dat vind ik ook een gevaarlijke uitspraak, dat het sociaal domein het moet dragen. (Projectleider bij Movisie).



Wat ik heel interessant vind is het optimisme waarmee gekeken wordt naar 'mensen met psychische kwetsbaarheid gaan landen in een wijk' en 'daar zijn mensen en voorzieningen die hen gaan opvangen'. (.) Het is maar net of je een gemeente hebt die initiatieven de ruimte biedt om te kunnen groeien. En of je contacten hebt met een zorgkantoor of zorgverzekeraar. Is ook niet bij iedere gemeente zo goed op orde. Kennis, bereidheid en samenwerking over domeinen heen bij de gemeente is een voorwaarde. (Beleidsmedewerker bij gemeente).

De bottlenecks die hiervoor werden genoemd, hebben ook gevolgen voor het imago van het sociaal domein. Zo maakt de veranderlijkheid en versnippering in het veld dat het ingewikkeld of zelfs ondoenlijk is voor (huis)artsen, poh's-ggz en ggz-medewerkers om een voldoende actueel beeld van de mogelijkheden in het sociaal domein te hebben. Het is dan volgens geïnterviewden niet verrassend dat er een teneur van vrijblijvendheid in stand wordt gehouden waarbij artsen het gevoel hebben er 'niet op te kunnen terugvallen'.



Ik denk wel dat veel poh's-ggz zich bewust zijn van andere opties dan behandeling, maar het verschilt per persoon hoe je daar mee omgaat en wat je als eerste inzet. Ik werk bij een praktijk waarbij de huisartsen terughoudend waren om mee te doen aan een pilot met het sociale domein. Dat was een horde voor mij. Dus daar moest ik me eerst hard voor maken. (Onderzoeker en Voorzitter CWO bij Landelijke Vereniging POH-GGZ).



Het fenomeen Welzijn op recept, op zich een heel mooi concept, maar het lukt alleen als een huisarts dat ook ziet zitten. Dat doen we niet handig in Nederland. Veel meer zaken waar het bijvoorbeeld gaat over licht psychiatrische ondersteuning via Welzijn op recept, kunnen heel erg goed vanuit het sociaal domein, opgepakt worden. Want laten we wel wezen, huisartsen weten vaak ook wel dat de slaapproblemen niet opgelost worden met een slaaptabletje, maar door de schulden op te lossen. Vaak heeft het te maken met vertrouwen van de huisarts: heeft dat sociaal domein voldoende kwaliteiten dat ik met een gerust hart mijn patiënt daarnaar toe kan sturen? En dat gaat over relaties. Als je in die huisartsenpraktijk zit met je kennis van algemeen maatschappelijk werk, dat die huisarts denkt: zo nou die maatschappelijk werker is er vandaag en die is er volgende maand nog, daar bouw ik een relatie en een samenwerking mee op. En als ik een patiënt doorzet dan krijg ik ook heel keurig netjes teruggekoppeld wat daar mee gebeurd is. Dus als die mevrouw dan weer bij mij op het spreekuur komt dan weet ik wat er in de tussentijd is gebeurd. (Directeur-bestuurder bij Brancheorganisatie Sociaal Werk NL).

5.2.2 Faciliteren van een cultuur van samenwerken

Een tweede uitgangspunt van het hervormingsnarratief is dat verschillende aspecten van gezondheid en ziekte (psychisch, medisch, sociaal, existentieel) met elkaar in wisselwerking staan. Logische gevolgtrekking daarvan is dat zorg en ondersteuning zo moeten worden ingericht dat deze pluriformiteit te allen tijde erkend en geadresseerd wordt, ofwel: hulpverleners moeten de mogelijkheid hebben om holistischer/integraler te kijken naar een persoon én samen te werken met hulpverleners uit andere disciplines en domeinen, om op een effectieve wijze aan hulpvragen van cliënten te voldoen.

Volgens geïnterviewden is het hele idee van integraal, domeinoverstijgend samenwerken prachtig in theorie, maar in de praktijk vaak ontzettend ingewikkeld. Verschillende domeinen en vakgebieden die met elkaar dienen samen te werken, hanteren verschillende taal, grondslagen en paradigma's over de centrale 'subject matter'. In de praktijk komen verschillende perspectieven over wat er aan de hand is met een persoon, en wat er moet gebeuren, regelmatig in botsing. Dit wordt versterkt door de context van de verschillende rationales van de Wmo, Zvw en Wlz en door de polarisatie van het debat over de verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen de ggz en het sociaal domein³⁰. Volgens geïnterviewden is het zelfs zo dat als je organisaties en professionals letterlijk samenbrengt, in een gebouw, of in een team, het nog steeds niet gezegd is dat ze elkaar daadwerkelijk gaan vinden, kennen en snappen.

30 Geïnterviewden signaleren dat er een spanning bestaat tussen zij die vast willen houden aan een medisch-specialistisch paradigma, vaak vanuit overtuiging dat dat het beste is voor de cliënt, soms vanuit een angst om 'minder relevant' te worden (beroepseer) en zij die juist pleiten voor een veel meer sociale insteek, met een grotere rol van het sociaal domein. Door het eerste 'kamp' wordt het sociaal domein als vrijblijvend en ondeskundig ervaren. Aan de andere kant van het spectrum ontstaat er een sentiment waarbij alles wat medisch-specialistisch is juist als 'helemaal verkeerd' wordt bestempeld. Specialisten worden door dit tweede 'kamp' als dominant en arrogant ervaren. Uiteraard is er ook een grote middengroep die oproept tot de *synthese van verschillende perspectieven*, maar de polarisatie domineert het debat.



Er is gewoon nog steeds een scherpe scheiding tussen het sociaal domein en de klinische ggz. Het blijven verschillende werelden en het kost heel veel tijd om ze bij elkaar te brengen. Het voelt weliswaar als 'de way to go' om het aan elkaar te verknopen alleen de tijd die het kost om die werelden op elkaar te laten aansluiten dat vergt een lange adem. Er was laatst die brandbrief, die ging er ook over dat het echt twee verschillende werelden zijn met ieder een eigen jargon, en dat dat heel erg separaat wordt opgepakt. (Beleidsmedewerker bij gemeente).



Beschermd Wonen zit met de ggz in één gebouw en die hebben allerlei meningsverschillen bijvoorbeeld over hoe toegankelijk het gebouw moet zijn, want de een wil camera's, wil dichte deuren, de ander niet. En dan vraag je: werken jullie wel samen? 'Ja zo nu en dan...'. Ik bedoel, je moet het durven met elkaar te gaan leren, hoe je die relatie met elkaar, en met die cliënt, aangaat. (Beleidsadviseur Ervaringsdeskundigheid bij Branchevereniging Valente).



Het is lastig om mensen uit de verschillende kaders uit de loopgraven te krijgen. Verbinden is heel moeilijk. Het is taai. (Strategisch adviseur bij gemeente).

De ingewikkeldheid van samenwerken, speelt overigens niet alleen tussen verschillende domeinen. Zo signaleren geïnterviewden dat binnen de ggz momenteel twee simultane, maar tegengestelde bewegingen gaande zijn: een beweging richting integraler en contextgericht kijken (reeds ingezet bij de opkomst van het herstelconcept) en een tegenovergestelde beweging richting verdere toespitsing en specialisering (gebaseerd op het idee van 'schoenmaker, hou je bij je leest'). Hoewel in onze niet-representatieve steekproef van geïnterviewden, de weegschaal uitslaat richting een voorkeur voor de eerstgenoemde beweging, signaleert men dat in de praktijk beide stemmen (breed/generalistisch en smal/specialistisch) even luid klinken. Het ligt veelal aan het bestuur van organisaties welke beweging de meeste ruimte krijgt. Maar welke beweging ook dominant is, het levert hoe dan ook frictie en spanningen op, omdat geheid niet alle neuzen dezelfde kant op staan.



Je merkt wel dat spanningsveld op het moment dat je een bestuurder hebt die overtuigd is van het herstelconcept en die beweging gaat maken, dan zet je de bestaande overtuigingen op spanning, onder druk, en dan ontstaan er allerlei soorten bewegingen binnen je eigen organisatie, waarbij de belangen opeens tegenover elkaar lijken te staan. (Bestuurder bij ggz-instelling).



Het is gevoelige materie, je wordt snel in een hokje gezet van 'voor- of tegenstander van', weetje wel? Dat gebeurt heel snel in de psychiatrie. (Hoogleraar Innovatie in de ggz).

Al met al is domeinoverstijgend werken niet iets dat vanzelf gebeurt als je er maar hard genoeg toe oproept. “Het is een niet te ontkennen bottleneck in de hele beweging waar we nu inzitten”, aldus een van de geïnterviewden. Geïnterviewden denken dat het komen tot een cultuur van samenwerken een lang proces vergt dat zorgvuldig, inhoudelijk en procesmatig gefaciliteerd dient te worden. Het is daarbij van essentieel belang dat professionals niet andermaal iets ‘opgelegd’ krijgen maar zelf de ruimte krijgen om te reflecteren op hun eigen rol en op hoe deze zich verhoudt tot anderen. Het teruggrijpen naar de kern van het mensenwerk: feitelijk het bijstaan van een ander in nood met wat er ook nodig, kan daarbij behulpzaam zijn.

Ook het creëren van ruimte en tijd om zich te verdiepen in andere zienswijzen en professies is essentieel. Dat betekent heel basaal: meer ruimte in de agenda. Momenteel hebben professionals gewoonweg te weinig tijd voor reflectie. De opdracht is vaak om zoveel mogelijk cliënten te zien, en daarom zit de agenda vaak de hele dag vol met cliëntcontact. Daarbij is de administratieve druk nog steeds fors. Binnen zo’n schema is het voor professionals maar zeer beperkt mogelijk om zich een nieuwe aanpak eigen te maken, zich te verdiepen in de sociale kaart, om andere professionals te betrekken, of gesprekken met naasten te voeren.



Als ik naar mijn eigen praktijk kijk, dan merk ik dat het lastig is om samen te werken met de gemeente. Met name omdat ik als poh-ggz 11 consulten heb op een dag, en tussendoor heel weinig tijd voor andere activiteiten en dus om samen te werken of te overleggen. Poh-ggz is vaak een parttime functie, dus dat is ook een horde voor samenwerking. (Voorzitter CWO bij Landelijke Vereniging POH-GGZ).



En de laatste factor is dat professionals geen tijd hebben om na te denken. Op een patiëntenzorgdag zit ik elke minuut helemaal dichtgemetseld. En tussendoor bel ik nog met huisartsen. Om acht uur log ik in, en om half zes log ik uit, en dan denk ik, wat is me overkomen vandaag. Iedereen werkt over en niemand heeft tijd. Dus ik heb heel veel compassie naar mijn collega's, de gemiddelde collega die heeft helemaal geen tijd om na te denken, en dan kun je ook niet nadenken: is wat we hier doen eigenlijk wel ok? Als ik een groepje professionals krijg en ik heb een uurtje met ze, en geef ik een lezing over Redesigning Psychiatry voor deskundigen. Ze zijn het allemaal eens, ze zien het allemaal, maar ze gaan de dag erop gewoon weer doen wat ze deden. Want zo doen we dat nu eenmaal. Ze hebben geen tijd om het anders te doen. Dat is een hele belangrijke instandhouder, die maakt dat het moeilijk is om dingen verder te brengen. (Onderzoeker en klinisch psycholoog bij ggz-instelling).

5.2.3 Aanpassingen in het financieringssysteem/averechtse prikkels wegnemen

In voorgaande paragrafen zagen we dat diverse mechanismen een beweging richting mentale gezondheid en domeinoverstijgend samenwerken in de weg zitten. Toch kunnen we vaststellen dat ook op plekken waarin er een duidelijke intentie en commitment is om

op deze zaken in te zetten, dit in de regel moeizaam verloopt. Volgens geïnterviewden komt dat omdat het hele idee van collectiever, integraler en domeinoverstijgend kijken en handelen, radicaal botst met een rationale die jarenlang bepalend was – en nog steeds is – voor het gehele systeem en de financiering. Daardoor is het moeilijk om tijd en ruimte te vinden om anders aan de slag te gaan. Men gaat iets 'nieuws' doen, terwijl alle prikkels nog steeds de andere kant op werken. De principes van marktwerking versterken dit.



We zitten natuurlijk nu in een super ingewikkelde liminale fase, een overgangsfase, waarbij we nieuwe dingen willen doen terwijl 'het oude' nog gewoon de basis van alles is. Het effect van 'het nieuwe' is pas veel later zichtbaar. Dit is gewoon een hele lastige fase om deze transitie te maken. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).



Die implementatie van nieuwe initiatieven is super ingewikkeld. Omdat de systemen natuurlijk niet ingericht zijn om die andere kijk te faciliteren. (Hoogleraar innovatie in de ggz).

Allereerst is het een obstakel dat de financiering van de ggz nog volledig is ingericht aan de hand van een individueel model van psychisch lijden, met andere woorden, een model dat ervan uitgaat dat psychisch lijden *in* een individu zit, en *in* dat individu 'gefikt' kan worden. Integraal kijken gaat uit van context en interactie, en omarmt pluriforme en collectieve oplossingen voor psychisch lijden (bijvoorbeeld in de vorm van peer support). Dat staat dus haaks op elkaar. Het is dan ook begrijpelijk dat, alle goede intenties ten spijt, veel pilots en projecten geen lang leven gegund zijn. Zodra incidentele projectfinanciering opdroogt, is het ingewikkeld de ontwikkelde werkwijze door te zetten. Financiële opbrengsten komen vaak niet ten goede van de partijen die de inspanningen leveren, omdat de winst in een ander domein zit. Geïnterviewden benadrukken dat voor het daadwerkelijk in de praktijk brengen van huidige ideevorming, een systeemverandering nodig is, waarbij uitgangspunten rond mentale gezondheid, integraliteit en samenwerken over de hele linie gefaciliteerd, en (financieel) aantrekkelijk gemaakt worden. Dit vereist inspanningen om de verschillende wetten nader tot elkaar te brengen en zo een netwerkbenadering en 'shared savings' mogelijk te maken. Veel wordt verwacht van gebiedsgebonden financiering; geïnterviewden roepen dan ook op tot het breed onderzoeken van de mogelijkheden daarvan.



Wat je ziet is dat de nudging die van het systeem uitgaat, gericht is op individualiseren en medicaliseren. Dan kun je wel zeggen dan moeten we een andere beweging in gaan, die gemeentes betrekken, mooie initiatieven op dat snijvlak gaan organiseren, maar als die nudging de verkeerde kant op gaat dan komt het onvoldoende van de grond. Er zitten geen prikkels in die de andere kant op gaan. En daarom is het ontzettend lastig om mensen hier enthousiast voor te krijgen, zeker ook als je de bakens daarvoor moet verzetten. Dus tegen de stroom in zo lijkt dat.

Het is financieel niet aantrekkelijk om dit te doen. Het past niet zo goed in wat als wij in de gemeente gewoon zijn. Het past niet zo goed in wat de zorgverzekeraar wil. Het is allemaal ingewikkeld en het vraagt erg veel inzet. (Beleidsmedewerker bij gemeente).



Van kerk, naar staat, naar marktwerking, naar mislukking, naar community. Markt werkte niet, nu willen we inzetten op het versterken van communities en integraler werken. Dit wordt alleen enorm belemmerd door het feit dat we mentale gezondheidsproblemen blijven reduceren tot individuele problemen. Het hele systeem is gebouwd op de aanname dat mentale gezondheidsproblemen altijd individueel zijn. Dat vraagt om een gigantische systeemshift. (Strategisch adviseur bij gemeente).



Iets heel wezenlijks in de ggz wat belemmerend werkt voor innovatie is het uitgangspunt dat zorg uit de Zvw altijd op een individu moet terug te leiden zijn. Als je die lijn doortrekt, vanuit het idee dat de ggz verstopt zit omdat we te veel zijn gaan individualiseren, in plaats van collectief met elkaar aanpakken en structurele oorzaken bestrijden. Dus dat dat individu steeds behandeld moet worden en dat we niet de maatschappij behandelen, of de context bekijken en daarop reflecteren, dan zit dat gewoon in de essentie van het stelsel, want de Zvw draait nu eenmaal om een individu, en dat geldt ook steeds meer voor Wmo die ook met individuele indicaties is gaan werken, en dan is het gewoon ontzettend ingewikkeld om individu en collectief te laten samenwerken. Als ik even vanuit de sociale basis redeneer, het voorliggende veld, dan is het centrale kenmerk dat het juist vanuit het collectief redeneert en werkt, en dat matcht dus niet. (Projectleider bij Movisie).

Daarnaast roepen (de meeste) geïnterviewden ook op tot een kritische reflectie op de geldende marktprincipes. Marktwerking en samenwerking gaan nu eenmaal niet goed samen. Perverse financiële prikkels zorgen ervoor dat samenwerking, voor afzonderlijke partijen, niet aantrekkelijk is. Geïnterviewden signaleren dat veel organisaties dat best anders zouden willen zien, maar dat de verantwoordelijkheid om “de eigen toko te beschermen” het vaak uiteindelijk wint van inhoudelijke overwegingen. Het denken vanuit de eigen bedrijfsvoering is in het huidige systeem “een logische reflex”, maar zorgt er echter wel voor dat partijen in een sfeer van concurrentie en wantrouwen blijven zitten, en het ingewikkeld blijft om zich te committeren aan een gezamenlijk belang/verhaal, aldus geïnterviewden.



We hebben allemaal een perverse prikkel bij ons met een vergoedingsstructuur rond een aantal zittingen. Om optimaal met elkaar samen te willen werken en passende zorg te leveren, zal de financieringsstructuur anders opgebouwd moeten worden óf moet je jezelf als organisatie financieel in de vingers durven te snijden voor het leveren van de beste zorg. (Voorzitter Nederlandse Vereniging Psychosomatische fysiotherapie).



Ik doe hier geen politieke uitspraak, maar het inbouwen van marktwerking is het inbouwen van wantrouwen. En dat zorgt voor enorm veel extra lasten. (Bestuurder bij ggz-instelling).



Het probleem is dat iedereen zich op zijn eigen kleine stukje bedreigd is gaan voelen, met name door de marktwerking denk ik, dat dat slechte invloed heeft. Dan gaan psychiaters naar binnen keren, want die moeten de beroepsgroep beschermen, 'ik mag zo meteen alleen nog maar pillen voorschrijven, dat wil ik niet' en de psychotherapeut zegt 'help de klinisch psycholoog wordt belangrijker, ik moet zorgen voor mijn bestaansrecht'. En ondersteuners die hebben het gevoel dat ze niet worden gewaardeerd, want de behandelaars vinden dat alleen zij het goede werk doen. De polarisatie in ons vakgebied, zowel binnen als buiten de ggz is enorm, en dat is echt een handicap waardoor we bijna nooit met één mond praten en het gemeenschappelijk belang naar buiten toe kunnen uitdragen. Alle betrokken professionals zijn naar binnen gekeerd ter bescherming van hun eigen domein, maar daarmee is de verbinding met het grote geheel echt zoekgeraakt en dat is wat er fout is gegaan en wat nu moet worden rechtgezet. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).



Wat je ziet, bij ggz maar ook bij ziekenhuizen: die zitten hun eigen positie te optimaliseren, hun eigen belang, territoriumdrift, nog meer investeren, nog belangrijker, nog groter, dus die verheffen hun organisatorisch verband tot doel in plaats van middel. Dat is een dood spoor. Dat is precies waar je vanaf moet. Maar het is begrijpelijk! Kijk als ik baas zou zijn van een ggz-instelling dan zou ik een enorme verantwoordelijkheid hebben, middels de wet, voor patiëntenzorg, dan word ik ook gedwongen om heel veel te doen om dat waar te maken. (Voorzitter bij zorg-verzekeraar).



Ten eerste moet je om de samenwerking te verbeteren iets met de financiering en het feit dat je concurrent bent, want de gemeente wil natuurlijk wel graag dingen over de schutting gooien want dan moet de Zvw het betalen en andersom (Lector GGZ en Samenleving).

5.2.4 De beweging van evidentie voorzien

Een volgende essentiële randvoorwaarde die nog ontbreekt volgens geïnterviewden is eenduidige evidentie die de beweging die is ingezet in het zorglandschap, ondersteunt en verder brengt. Welke innovatieve aanpakken, mentale gezondheidsbevorderingsprogramma's en manieren van (samen)werken werken wel en niet? Hoe werken ze? Wat leveren ze op? Op dit type vragen is volgens geïnterviewden nog beperkt een antwoord beschikbaar. Er gebeurt wel onderzoek naar nieuwe initiatieven en interventies maar in de praktijk ontstaat er een spanning omdat het tempo waarin resultaten beschikbaar komen en de toepassing ervan in beleid niet gelijk lopen. Gevolg is dat het beleid vaak een 'shot in the dark' is, met incidentenpolitiek of een jojo-risico tot gevolg,

bijvoorbeeld een net ingevoerde netwerkaanpak (conform bouwsteen 5) die weer moet plaatsmaken om de sociale basis te kunnen versterken (conform bouwsteen 1).



In heel Nederland wordt die beweging omarmd en krijgt het ook al vorm: denk aan de herstel ondersteunende intake, mentale gezondheidscentra en het ontwikkelen van een ecosysteem mentale gezondheid. Maar het is ontzettend belangrijk dat we de lessen uit dit soort innovaties trekken en zorgen dat we, in een on-Nederlands tempo, opschalen wat bewezen effectief is. Waarbij de balanceer-act is dat we tegelijkertijd ruimte laten voor de couleur locale. In de praktijk moet het gebeuren. (Strategisch Adviseur bij Zorgverzekeraars Nederland).

Het gebrek aan evidentie komt volgens geïnterviewden ook door methodologische kwesties, die het moeilijk maken om de effectiviteit van nieuwe initiatieven aan te tonen. Vanuit het medisch model zijn we gewend om over effectiviteit te denken in termen van lineaire, causale verbanden. De randomized controlled trial met een experimentele en een controleconditie werd de gouden standaard in de ggz. Deze is bij uitstek geschikt voor effectonderzoek naar afgebakende interventies bij een patiënt, maar veel minder geschikt of uitvoerbaar bij preventieve, integrale en collectieve aanpakken, laat staan om aan te tonen of verschillende aanpakken *in onderlinge samenhang* in een wijk of regio de gewenste effecten hebben (of elkaar deels ook in de weg staan). Er spelen in dit soort initiatieven immers zo veel (individuele, en collectieve, contextuele) factoren mee, dat het moeilijk wordt duidelijk aan te wijzen waar een eventueel effect (of een gebrek aan effect) aan toegeschreven kan worden. Deze kwestie vraagt om inspanningen van het kennisdomein om te komen tot passende onderzoeksmodellen, vanzelfsprekend ondersteund door passende onderzoeksfinanciering.



Het is heel lastig te onderzoeken hoor. Het is heel lastig. Ik denk dat het wel kan maar je bent er jaren mee bezig. (...) En we hebben dat met netwerkgzorg veel vaker gehad. De verzekeraars die dan zeiden: ja toon maar aan dat het kostenefficiënt is. Ja daar ben je echt vijf jaar mee bezig. En voordat je dat hebt aangetoond, zijn er alweer twee stelselwijzigingen, waardoor je eigenlijk niet weet waar wat nou door komt. Dus heel ingewikkeld om dat aan te tonen, en ja het maakt ook dat dus niemand daar echt aan begint, aan dat type onderzoek. (Hoogleraar innovatie in de ggz).



Preventie en werken aan sociale verandering, zijn zo ontzettend moeilijk te meten, die impact daarvan, dus ik denk dat we daar heel voorzichtig in moeten zijn. Ook de hele GGD zit natuurlijk in dat preventieveld, en die worstelt daar ook mee. Wat is onze input, maar wat is die van de oorlog in Oekraïne? Maar ook life events op individueel niveau kunnen van invloed zijn, Het is heel moeilijk te voorspellen. Soms maakt een tv-programma meer indruk op een groep mensen, dan een heel jaar programma via een schoolklas laten volgen, zo ongrijpbaar is het. (Projectleider bij Thrive Amsterdam Mentaal Gezond).

5.2.5 Middelen en capaciteit om de beweging op gang te krijgen

Tot slot roepen geïnterviewden op tot een passend financieel overgangsregime. Instellingen en organisaties die zich inspannen om te innoveren, hebben vaak geen extra middelen en capaciteit om dit te doen, of slechts tijdelijke ad hoc budgetten, vaak zonder mogelijkheid om meer mensen aan te nemen, terwijl het in eerste instantie wel extra investeringen vereist om een andere kijk en samenwerking te organiseren en faciliteren. Hoewel de schaarste aan middelen en personeel een impuls kan geven aan innovatie (wat het ook doet), is het andersom zeer ingewikkeld om in tijden van schaarste daadwerkelijk duurzame veranderingen door te voeren, en met name om succesvolle pilots op te schalen. De neiging is om eventuele financiële opbrengsten van de innovatieve aanpakken direct bij de start in te boeken, en er dus van uit te gaan dat aanvankelijk geen extra investeringen nodig zijn. Dat maakt de beweging kwetsbaar.



Sinds de decentralisering, zorginnovaties, initiatieven rond poh-ggz, is er een bepaalde projectstructuur gegenereerd en al een aantal jaren leven we daar in met zijn allen, dat we van project naar project gaan. Ongelooflijke hoeveelheid projectsubsidies van tijdelijke aard wordt afgegeven, terwijl structurele financiering over een langere periode, er eigenlijk niet is. Het is goed die tijdelijke pilots; die zijn ideaal om uit te proberen, maar als er niet een implementatie opvolgt of er is niet een grotere ontwikkelagenda waar je dat project aan kan hangen, dan verzandt het. Dan hebben we ontzettend veel miljoenen erin gestopt... (Voorzitter sectie Jeugd bij Nederlands Instituut van Psychologen).



De capaciteit is een enorme uitdaging. We moeten de nieuwe manieren van werken met dezelfde capaciteit van de grond krijgen. Er is geen uitbreiding mogelijk, die kunnen we niet vinden, maar daar hebben we het geld ook niet voor, dus je moet het doen vanuit bestaande capaciteit. Dus dit is gewoon een heel spannende tijd. En dan nog corona waarbij het ziekteverzuim groter is. Het is een uitdaging. (Directeur Behandelzaken bij ggz-instelling).



Ik heb bij die beweging naar een nieuwe manier van werken last van personeelstekort waardoor ik nu een wachtlijst heb. Dat vind ik eigenlijk heel slecht en dat zou ik eigenlijk niet willen. Aan alles is er een tekort: psycholoog, psychiater, verpleegkundige, casemanager. Maar die mensen vinden dat is lastig en ook om ze te houden. Door de tekorten kom ik behandelmogelijkheden te kort. Ik vind het heel lastig om traumabehandelingen en schematherapieën ook echt weggezet te krijgen. Psychodiagnostisch onderzoek is ook best lastig door de schaarste te regelen. De menskracht is bij ons elke keer de beperkende factor. (Psychiater en behandelcoördinator bij ggz-instelling).

5.3 Samengevat

In dit hoofdstuk zagen we dat een aantal essentiële randvoorwaarden voor het nieuwe hervormingsnarratief (zoals beschreven in hoofdstuk 4) nog niet op orde zijn. Innoverende initiatieven zijn succesvol vanwege hun mensgerichte- en creatieve benadering, met veel ruimte voor lokale betrokkenen, maar leunen daarom sterk op de (lokale) bereidheid en commitment van betrokkenen om initiatieven in de lucht te houden, vooral wanneer de pilotfase voorbij is. Behouden en delen wat is geleerd, is uitdagend, laat staan het uitbreiden en opschalen van initiatieven. Dit zegt iets over de slagingskansen van de gehele exercitie.

Om de beweging een kans te geven is het nodig dat:

- de sociale infrastructuur wordt versterkt, met een heldere visie hoe andere beleids-terreinen (zoals armoedebeleid, huisvesting, participatie) de mentale gezondheid kunnen beïnvloeden en bevorderen (mental health in all policies). Versnippering en fragmentatie van sociale voorzieningen moet worden tegengaan, zonder de colour locale te verliezen.
- er met realisme (voorbij een kampenstrijd waarin verschillen uitvergroot worden) wordt toegewerkt naar een cultuur van samenwerken in het gehele veld. Professionals moeten ruimte krijgen voor reflectie op hun eigen professionaliteit en het verdiepen in andere zienswijzen en domeinen. Dat betekent ook heel basaal: meer ruimte in de agenda en minder administratieve druk.
- het financieringssysteem zo wordt ingericht dat uitgangspunten rond mentale gezondheid, integraliteit en samenwerken over de hele linie gefaciliteerd en financieel aantrekkelijk gemaakt worden. De beweging roept daarbij op tot bezinning op de principes van gereguleerde marktwerking en het werken met afgebakende zorgproducten.
- de innovaties die in proeftuinen worden uitgetest worden niet alleen op de kleine schaal van het eerste experiment, maar duurzamer en in samenhang gemonitord op inspanningen en opbrengsten. Deze kwestie vraagt om toepassing en (verdere) ontwikkeling van daarbij passende onderzoeksmodellen, waarvoor vanzelfsprekend ook daarop toegesneden onderzoeksfinanciering beschikbaar moet komen.
- er een passend financieel overgangsregime is om veranderingen in het veld duurzaam te bewerkstelligen.

6 Reflectie: Wat kunnen we leren van eerdere hervormingen?

In dit hoofdstuk verlaten we het interviewmateriaal en zoomen we uit. Gaan de gedroomde oplossingsrichtingen het antwoord zijn voor de huidige knelpunten? Halen we hiermee de ggz uit de knel? We reflecteren op deze vragen door een blik te werpen op hoe het hervormingsnarratief momenteel wordt vertaald naar beleid (IZA) (§6.1) en door het hervormingsnarratief in een historische context te plaatsen (§6.2). We leggen een aantal mogelijke valkuilen bloot die kunnen helpen om de discussie over de toekomst van de ggz met scherpere te kunnen voeren. Voor dit hoofdstuk zijn diverse beleidsdocumenten gebruikt, aangevuld met wetenschappelijke literatuur.

6.1 Het hervormingsnarratief en de vertaling naar beleid

In voorgaande hoofdstukken tekende zich een duidelijk beeld af van de inhoudelijke en systeemproblemen in de ggz, alsook een inhoudelijk kader voor herijking en hervorming in het gehele veld van vroege preventie tot aan EPA-zorg. Veel van de omschreven knelpunten én oplossingsrichtingen die door geïnterviewden werden aangedragen, zijn ook onderwerp van recente beleidsontwikkelingen, die voor zover het de zorg aangaat zijn vervat in het Integraal Zorgakkoord (IZA).³¹

6.1.1 Het Integraal Zorgakkoord

Het IZA start met een uiteenzetting dat de spanning tussen vraag en aanbod in de gehele zorg toenemen, met als gevolg dat zorgprofessionals overbelast raken en dat mensen niet altijd (tijdig) de juiste zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Om aan deze problemen tegemoet te komen, zet het IZA in op 'passende zorg' als veelbelovend concept voor de inrichting van een zorgveld aan de hand van principes als waardegedrevenheid, evidence-based care en een focus op gezondheid in plaats van op ziekte.

31 Enkele van de geïnterviewden waren zelf ook betrokken bij de totstandkoming van het IZA.

Passende Zorg

Passende zorg is zorg met een optimale balans van (verwachte) effectiviteit van zorg en de daaraan verbonden kosten, op basis van gezamenlijke besluitvorming tussen professional en patiënt, zo dichtbij huis als mogelijk en is gericht op positieve gezondheid. In de gezamenlijke besluitvorming worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken. Zelfzorg en informele zorg worden beschouwd als de basis en formele zorg sluit pas aan als dit onvoldoende is. Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levenssterreinen. Digitale opties worden benut. Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen. Ook is het zorgen voor een prettige werkplek voor professionals een belangrijk inhoudelijk speerpunt.

Specifiek over de problemen in de ggz staat in het IZA: "Het aantal mensen met psychische klachten dat een beroep doet op ondersteuning bij gemeenten, de huisartsenzorg en/of de ggz stijgt al jaren. Dit zet deze voorzieningen in combinatie met een schaarste aan personeel onder hoge druk. Vanwege lange wachttijden zijn huisartsen lang verantwoordelijk voor mensen met een complexe ggz-hulpvraag. Professionals in het sociaal domein ervaren een toename van het aantal mensen met complexe problematiek dat geen of geen tijdige behandeling kan krijgen. Tegelijkertijd zien we dat de ggz zich nog te vaak direct richt op behandeling van psychische klachten, die voortkomen uit problemen op andere levensgebieden. Ook is het in de praktijk vaak moeilijk om snel de juiste expertise te organiseren. Een van de oorzaken hiervan is dat de samenwerking in de driehoek sociaal domein – huisarts/poh-ggz nog niet altijd en overal optimaal verloopt."

In de paragraaf over de toekomst van de ggz zet het IZA vooral in op het versterken van de preventieve en mentale gezondheid bevorderende functie van het sociaal domein en de sociale basis (met nadruk op zelfhulp- en herstelcentra, lotgenotencontact/e-communities), het veranderen van de toegangsprocedure naar de ggz (via het 'verken-nend gesprek') en het verbeteren van de domeinoverstijgende samenwerking (o.a. door domeinoverstijgende bekostiging). De algemene hoop en verwachting is dat door het investeren in deze zaken, de inhoudelijke- én strategische knelpunten die momenteel bestaan in de ggz, als twee vliegen in een klap, *gelijktijdig* kunnen worden opgelost.

6.1.2 Herhaalt de geschiedenis zich?

De rationale van het IZA is in lijn met een al langer bestaande trend om met beleidsmaatregelen te pogen tot een veld te komen dat beter aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met psychische aandoeningen zelf maar óók duurzamer (kosteneffectiever) is voor de samenleving als geheel. De diverse transities die het veld in de afgelopen twee decennia heeft doorgemaakt, zoals de invoering van de Zvw en de gereguleerde

marktwerking (2006), de vervanging van intramurale door ambulante zorg (2012), de invoering van de basis-ggz en stimulering van het aandeel van de poh-ggz (2014), en de overheveling van de financiering van jeugdhulp en beschermd wonen naar gemeenten (2015), kunnen als uitdrukking hiervan worden gezien. Vaak was hierbij de rationale dat met een solide aanbod van kwalitatief hoogwaardige, laagdrempelige, 'lichtere' vormen van zorg, 'zwaardere' zorg kan worden voorkomen. Hoewel inhoudelijke motieven (minder mentale klachten, betere ondersteuning voor mensen met psychische problemen), leidend waren in deze transitie, waren de diverse opstellers steeds ook duidelijk in hun onderliggende beweegredenen: de zorgsector zal in de nabije toekomst de enorme groei van de zorgvraag niet meer kunnen opvangen, dus het *moet* anders. Daarom werd er ook steeds nadrukkelijk gezocht naar mogelijkheden voor beheersing van kostenontwikkelingen waarbij de onderliggende gedachte van veel maatregelen was dat het er toe zal leiden dat (kwetsbare) burgers een kleiner beroep zullen doen op (kostbare/schaarse) professionele en specialistische zorg.

Ook in het IZA is deze dubbele doelstelling te herkennen: "Om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen, moet deze passen binnen de beschikbare mensen en middelen. Passende zorg is daarmee ook arbeidsbesparende zorg. Partijen streven daarmee te voorkomen dat het nodig is om 'harde' pakketmaatregelen te nemen, zoals het niet meer uit de basisverzekering vergoeden van bepaalde vormen van zorg, ongeacht de indicatie of mate van effectiviteit van zorg." Wat echter tot bezinning stemt is dat de grote koerswijzigingen uit het verleden eenzelfde tweeledig oogmerk hadden, en kennelijk niet het beoogde effect hadden, de zorgkosten toch verder opliepen en toch een nieuwe koerscorrectie nodig was.

Om greep te krijgen op deze kennelijke herhaling van zetten, vergelijken we in de volgende paragraaf de actuele ideevorming en (beleids)ontwikkelingen met ideevorming en (beleids)ontwikkelingen van twee decennia terug. Toentertijd kwam het rapport 'Zorg van Velen' (2002) uit, met een visie op de toen ontstane problemen in de ggz. We beschouwen Zorg van Velen en de beleidsreactie daarop als een tamelijk willekeurig voorbeeld van de hervormingen van de afgelopen decennia. Als er zo veel parallellen in geschetste problemen en beleidsoplossingen zijn, die dus kennelijk toch niet de gewenste effecten hadden, wat kunnen we daaruit leren?

6.2 Déjà vu van het hervormingsnarratief: Zorg van Velen

"Met een zekere regelmaat wordt ons land opgeschrikt door alarmerende berichten als zou de geestelijke gezondheid van de bevolking achteruit gaan. Nu eens zijn cijfers over psychische arbeidsongeschiktheid en het aantal aanmeldingen bij de geestelijke gezondheidszorg de aanleiding voor deze ongerustheid, dan weer zijn het ervaringen van toenemend geweld op straat, of mededelingen van hulpverleners over de ernst van de problematiek van hun cliënten, die de publieke aandacht trekken."

Deze passage zou de start van dit rapport kunnen zijn, maar is de opening van het rapport 'Zorg van Velen' uit 2002 van de landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. De commissie was in 1999 door minister Borst van VWS ingesteld met de opdracht "een analyse uit te voeren van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de ggz en aanbevelingen te doen over de wijze waarop zowel door de overheid als maatschappelijke organisaties kan worden bijgedragen aan verbetering van de geestelijke volksgezondheid". Zoals al gememoreerd in hoofdstuk 2 was het aantal wachtenden op hulp destijds al even fors als nu en eveneens aanleiding voor een actieplan. En ook toen was de progressie in de reductie van wachttijden veel minder geweest dan tevoren bedacht.

6.2.1 Analyse en aanbevelingen van Zorg van Velen

Het rapport Zorg van Velen startte met een beschouwing over het begrip geestelijke volksgezondheid die vervolgens ook weer doorklonk in de oplossingen die de commissie voor ogen had. In plaats van psychische stoornissen bij individuen te willen voorkomen, zou men, zo betoogde onder meer psychiater Trimbos eind jaren vijftig, zich meer moeten richten op bedreigende factoren in de samenleving die de gezondheid in de weg staan. Sociale verhoudingen en de maatschappijstructuur zouden moeten worden geoptimaliseerd, zodat zo veel mogelijk mensen geestelijk gezond zouden kunnen leven en geestelijke gezondheid als algemene waarde in alle sectoren van de samenleving zou worden onderkend.

De commissie boog zich over de trends in prevalentiecijfers van psychische aandoeningen en zag geen eenduidig bewijs dat Nederland in de afgelopen twintig jaar (psychisch) zieker was geworden. Tegelijk was er tussen 1980 en 1997 wel een ruime verdubbeling van het aantal aanmeldingen en behandelingen bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg geweest, dus wat was er aan de hand?

Om te beginnen constateerde de commissie dat er veel verschillende visies en verklaringen waren, zowel binnen de ggz als daarbuiten. De commissie achtte – met een slag om de arm – de volgende verklaringen de meest waarschijnlijke voor de stijgende zorgconsumptie:

- Een deel van de stijging stond niet voor een daadwerkelijk hoger zorggebruik, maar voor meer zorgtransities als gevolg van het door de overheid ingezette transmutalisatiebeleid. Opnamen duurden korter, met een grotere kans op heropname, terwijl bij ontslag andere instellingen betrokken raakten bij de zorg. Dit betrof weliswaar een beperkte groep, maar deze ontwikkeling had een stevige invloed op het stijgende aantal aanmeldingen binnen de ggz.
- De huisarts bood gaandeweg minder zorg voor mensen met psychische problemen, al dan niet samenhangend met Riagg-vorming en opkomst van de eerstelijnspsychologen in de voorgaande decennia. En de ggz werd laagdrempeliger.

De commissie wees ook op veranderingen in de samenleving die het zoeken van hulp konden hebben beïnvloed. Als gevolg van individualisering (meer zelfstandigheid en eigenheid) en mondialisering had de rol van de traditionele lokale leefwereld terrein verloren. Dat was aangenaam voor degenen die voor hun sociale contacten niet afhankelijk waren van de buurt, maar het nieuwe buurtregime pakte veel minder goed uit voor de mensen voor wie zelfstandig leven een opgave is, zoals psychiatrische patiënten. Binnen de traditionele lokale samenleving werden problemen gesignaleerd en werd vervolgens in collectieve verantwoordelijkheid naar oplossingen gezocht. De ontvlechting van de leefwereld ging gepaard met ontvlechting van deze zorg. Door de extramuralisering en vermaatschappelijking kwamen psychiatrische patiënten terecht in toch al zwakke wijken die hen weinig kansen boden voor de zo gewenste maatschappelijke integratie, terwijl zij op hun beurt de wijken eerder tot last waren.

De ggz legde zich, aldus de commissie, steeds meer toe op deze groep: "De zorg voor de langdurig zorgafhankelijke patiënten is een van de stokpaardjes van de ggz geworden en soupeer naar verhouding een steeds groter deel van het budget op." De samenleving vroeg dat ook van de ggz: zij wenste dat de ggz integrale verantwoordelijkheid nam voor deze groep, zeker als deze tot last werd. De commissie vond de ggz hierbij halfslachtig. Enerzijds koos de ggz voor vermaatschappelijking, anderzijds hield zij vast aan integrale zorg. Er werd dan wel gezegd dat gemeente en eerste lijn een deel van de zorg zouden moeten overnemen, maar in de praktijk zocht men weinig samenwerking, laat staan dat men cliënten overdroeg. Anders gezegd: de ggz hechtte te veel aan een categorale, additieve aanpak; aanbod op basis van nieuwe inzichten werd toegevoegd aan het al bestaande in plaats van de noodzakelijke fundamentele keuzes te maken. De ggz trok een te grote broek aan en raakte losgezongen van het welzijnswerk. En dat was ook wel weer enigszins te begrijpen, omdat het welzijnswerk in de jaren tachtig drastisch was afgeslankt. De overheid verloor destijds het vertrouwen dat er overheidsbemoeienis nodig was om welzijn te bevorderen.

Bovenstaande betreft met name de mensen met ernstige psychische problemen, destijds 'langdurig zorgafhankelijken' geheten. De commissie boog zich ook over de zogenaamde tijdelijke zorgvragers. Ook hier oordeelde de commissie dat de ggz gevangen zat in een krachtenveld van dilemma's en paradoxen, en halfslachtige keuzes maakte. Enerzijds positioneerde zij zich als hoofdaanbieder voor eenieder met psychische problematiek. Anderzijds was er een tweedelijnsfunctie ontstaan: zorg vond plaats na uitvoerige diagnostiek, via een multidisciplinaire aanpak. Beide aanpakken veronderstelden specialistische kennis. Anderen beschouwden zich per definitie minder deskundig en waren daarom geneigd hun handen van de psychische problemen af te trekken. Problemen werden al met al door de ggz toenemend medisch-psychiatrisch behandeld en gedecontextualiseerd, dus los van iemands leef- en arbeidssituatie.

Ook in de zorg voor tijdelijke zorgvragers was er dus sprake van een additieve aanpak. Dit was niet alleen het gevolg van halfslachtige keuzes in de ggz, maar overheid, cliënten en naasten hechtten volgens de commissie ook aan deze pluriformiteit. Onder tussen voelden ggz-professionals zich vervreemd door kwaliteitsmaatregelen, interne bureaucratie en wet- en regelgeving. In de ogen van de commissie stimuleerde de pluriformiteit zorgafhankelijkheid van cliënten en hun naasten; de suggestie van steeds meer gespecialiseerde alternatieven in de zorg werkte in de hand dat burgers zelf steeds minder deden om problemen te lijf te gaan.

De commissie wilde een eind maken aan deze halfslachtigheid en pleitte voor radicale keuzes. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid was te zeer belegd bij de ggz. Dit zou een zorg van velen moeten zijn. Er moest een vergaande echelonnering en decategoralisering worden doorgevoerd volgens de principes van stepped care. De bestaande ggz moest worden ontmanteld en ingepast binnen algemene gezondheidszorg en welzijn. In de nulde lijn zouden burgers toenemend voor hun eigen en elkaars gezondheid zorg moeten dragen, met een steun in de rug van maatschappelijke organisaties, zoals scholen en werkgevers. Het ging immers meestal niet om exclusief psychische problemen, maar om psychosociale problemen. Deze aanpak zou moeten bijdragen aan de zo gewenste demedicalisering. De ggz zou grotendeels vanuit de huisartspraktijk moeten worden aangeboden, met steun van andere eerstelijns werkers. Deze zou geflankeerd moeten worden door nieuw te ontwikkelen contextuele zorg, bijvoorbeeld arbeidsgerelateerde hulpverlening en hulpverlening rond opvoeding, gezin en relaties. De tweedelijns-ggz zou bij voorkeur moeten worden onderbracht in het algemeen ziekenhuis. Behandeling zou moeten worden gericht op het opheffen van de stoornis en vermindering van acute problematiek. En als ook deze behandeling niet volstond, was specialistische vervolgbehandeling in de derde lijn geboden.

Deze getrapte zorg zou niet moeten leiden tot splitsing van verantwoordelijkheden. De commissie pleitte voor stevige samenwerking tussen de verschillende echelons, vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid. De tweedelijns-ggz zou de eerste lijn moeten bijstaan via consultatie, bijscholing en protocollen. Behandeling in de tweede lijn diende nadrukkelijk zo kort mogelijk en afgebakend te zijn. Tijdens de tweedelijnsbehandeling zou de eerste lijn betrokken moeten blijven bij behandelbeslissingen.

6.2.2 Beleidsreactie

Na wikken en wegen³² nam de overheid de aanbevelingen uit het rapport Zorg van Velen in 2004 over. De vertaling daarvan is te lezen in de beleidsvisie over de ggz uit 2006. In de opening van deze beleidsvisie herkennen we dan ook de aanbevelingen uit Zorg van Velen: "Hoofdboodschap van deze beleidsvisie is dat de behandeling en begeleiding van mensen met een psychische stoornis naast een aanbod van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ook zorg- en welzijnsfuncties vergt die geboden worden door andere aanbieders: de ggz is onderdeel van een netwerk van zorg en welzijn (kortweg zorgnetwerk). De ggz is primair gezondheidszorg en heeft binnen het zorgnetwerk als kerntaak het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen in het dagelijks functioneren van mensen met psychische stoornissen. Het accent bij de verdere ontwikkeling van de ggz ligt dan ook voor een belangrijk deel op de (verdere) ontwikkeling en verbetering van zorgnetwerken rond de patiënt. Om deze netwerken optimaal te laten functioneren zijn wijzigingen in de organisatie, structuur en financiering nodig."

Van fusiestimulans naar het doorbreken van het ggz-monopolie

Vanaf het midden van de jaren negentig waren ggz-instellingen in hoog tempo gaan fuseren. Eerst regionaal tussen Riagg en psychiatrisch ziekenhuis, soms ook met PAAZ en/of beschermd wonen, in een tweede golf gevolgd door bovenregionale fusies. Deze fusiebeweging werd aanvankelijk door het ministerie gestimuleerd en in beleidsvisies onderschreven. De bundeling bevorderde de al zo lang gewenste ontschotting tussen psychiatrisch ziekenhuis en ambulante zorg, de vermaatschappelijking van zorg en de ontwikkeling van regionale zorgcircuits, zo was de gedachte.

In lijn met het rapport Zorg van Velen kwam men daar in de (aanloop naar de) beleidsvisie van 2006 weer op terug. Met de groter wordende instellingen kwam de keuzevrijheid van patiënten in het gedrang. De instellingen waren dermate druk met fuseren terwijl de zorgkosten bleven stijgen, dat het vragen opriep over efficiëntie en kwaliteit van het aanbod. De monopoliepositie van de ggz-instellingen moest daarom worden doorbroken. Toetreding van nieuwe aanbieders en onderlinge concurrentie werd gestimuleerd. Het belangrijkste instrument daarvoor was de start met gereguleerde marktwerking via overgang van het curatieve deel van de ggz van de Awbz (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) naar de Zvw. Gevoegd bij andere stelselwijzigingen hadden de geïntegreerde instellingen vanaf dat moment niet langer met één maar met vier stelsels van doen: Awbz, Zvw, Wmo en Justitie.

32 Dit had mede te maken met de korte zittingsperiode van kabinet Balkende 1 en een tussentijds aftredende minister van VWS.

Het was ook het afscheid van landelijk overheidsbeleid dat zich richtte op de ggz als sector: “Het beleid richt zich niet meer op de ggz als sector, maar op de vraag hoe de hulpbehoefte van de verschillende patiëntengroepen het best kan worden georganiseerd. Voor de patiënten leidt dit tot meer eenheid en continuïteit in het aanbod van zorg en waar nodig, welzijnsfuncties, passend bij de verschillende aspecten van hun zorgvraag. Dit wordt bevorderd door de organisatie van zorgnetwerken”. De ggz-afdeling binnen VWS werd opgeheven en de dossiers werden verdeeld over naar de diverse stelsels geordende directies.

Terug naar de kerntaak: behandeling

Nauw verbonden met het vorige punt is dat de geestelijke gezondheidszorg beschouwd moest worden als een onderdeel binnen de gezondheidszorg. Kerntaak van de ggz was het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen voor het dagelijks functioneren. Door deze curatieve ggz in de Zvw onder te brengen, zou tevens de zo gewenste integrale aanpak van lichamelijke en psychische aandoeningen worden bevorderd. Inhoudelijk kreeg de curatieve ggz een impuls via onder meer de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen.

Vraagtekens bij het netwerk van zorg, welzijn en preventie

Hoewel samenwerking in een integraal netwerk met welzijnspartners een algemeen oogmerk van Zorg van Velen en deze beleidsnota was, werd niet verder uitgewerkt hoe dit gestalte kon krijgen. Het hoofdstuk over het “netwerk van zorg en welzijn” handelde niet over de sociale infrastructuur, maar over de openbare geestelijke gezondheidszorg met aandacht voor bemoeizorg aan zorgwekkende zorgmijders en een stevige impuls voor de maatschappelijke opvang via het Plan van Aanpak in de grote vier steden om daklozen een beschermd thuis te bieden. Wel werd melding gemaakt van de aankomende preventienota en de invoering van de Wmo met een grotere mogelijkheid voor de gemeente om regie te nemen. De desbetreffende nota's gingen echter al evenmin in op overstijgende acties.

Opheffen budgetmaximalisatie

Er speelden meerdere problemen tegelijk die niet eenvoudig met één samenhangend beleid konden worden aangevlogen. Zoals gezegd kampte de ggz destijds net als tegenwoordig met forse wachttijden. Tegelijk met het beleid gericht op het terugdringen van de rol van de ggz werd daarom in 2003 een andere maatregel getroffen: het opheffen van de budgetplafonds van instellingen. De feitelijke productie bepaalde de eerstkomende jaren de bekostiging.

6.2.3 Bedoelde en onbedoelde effecten

We noemen vier grotere ontwikkelingen die zich na het ingezette beleid voltrokken:

- Een grotere ggz: Wachttijden in de ggz werden na opheffing van de budgetplafonds teruggedrongen. De ggz bereikte nieuwe doelgroepen met 'lichtere' problemen en de sector werd in termen van aantallen behandelde cliënten en kosten – anders dan

beoogd - juist aanmerkelijk groter. De stijgende kosten (die na de kredietcrisis extra knelden) maakten dat rond 2012 opnieuw fors werd ingegrepen in de bekostiging van de ggz.

- Psychosociale innovatie: Net als in het decennium ervoor hikte de ggz op twee gedachten. Enerzijds werd de toespitsing op behandeling niet heel strikt genomen. De ggz-sector werkte – onder de vlag van het streven naar herstel én toepassing van evidence-based practices, mede dankzij een groot ggz-programma van ZonMw – aan de ontwikkeling en implementatie van overstijgende praktijken, zoals FACT, geïntegreerde behandeling van psychische en verslavingsproblemen, arbeidsreïntegratie volgens het IPS-model en de inzet van ervaringsdeskundigen.
- Voorbij de behandeling? Parallel daaraan ging men zich meer toeleggen op focale behandeling op basis van een DSM-classificatie. De behandeling werd – mede gestuurd door zorgverzekeraars – per persoon korter, ambulanter en minder intensief. Maar ook deze ontwikkeling had zijn keerzijde. De focus op behandeling kon onbedoeld ook uitmonden in medicalisering van menselijk lijden. Waar Zorg van Velen kritiek had op de toenemende decontextualisering van problemen, zonder oog voor iemands levensverhaal, woon- en werksituatie, kwam dit proces na de introductie van de Zorgverzekeringswet onbedoeld in een nieuwe stroomversnelling. Dat ware minder problematisch geweest als ggz-hulpverleners zouden zijn ingebed in een samenhangend zorg- en welzijnsnetwerk, maar dat kwam (nog) niet van de grond.
- Wie is verantwoordelijk? De stimulans voor concurrentie van nieuwe toetreders leidde tot de oprichting van vele nieuwe ggz-bedrijven naast de grote geïntegreerde instellingen. Binnen de grote instellingen ontstonden specifieke merken gericht op deelmarkten, zoals Fivoor, PsyQ en Indigo. Dit alles vergrootte de mogelijkheden voor een toegesneden aanbod per doelgroep, waarop in de beleidsnota was gehoopt. Nadelig effect was dat het zorglandschap onoverzichtelijker werd, met meerdere regisseurs (zorgverzekeraars en gemeenten) zonder duidelijk belegde regionale samenhang en verantwoordelijkheid. Hoe in tijden van concurrentie en nieuw aangebrachte stelselschotten meer regionale samenwerking moest worden bereikt, bleek een wel erg forse uitdaging. Dit trof mensen die op allerlei gebieden problemen ondervonden, tegenwoordig mensen met complexe problemen genoemd. Dat wil zeggen: hun problemen waren voor aanbieders complex omdat ze over DSM-diagnoses, zorgprogramma's en financieringsstelsels heen gingen.

Al met al waren er dus belangrijke paradoxale effecten: de ggz werd niet ontmanteld, maar groeide, het geestelijke volksgezondheidsperspectief raakte verder uit zicht en de samenhang in het algehele zorg- en welzijnsnetwerk verzwakte.

6.2.4 Wat kunnen we van Zorg van Velen leren voor de huidige hervormingen?

De geschetste analyse en oplossingen tonen een aantal opmerkelijke parallellen met de huidige dominante visie over problemen en gewenste aanpak, zoals ook verwoord in het Integraal Zorgakkoord:

- Zorg en ondersteuning moeten meer oog hebben voor de context.
- Te veel problemen komen op het bord van de ggz terecht en zouden vooral of uitsluitend elders aandacht moeten krijgen.
- Preventie, eerste lijn en de sociale basis dienen te worden versterkt.
- Domeinoverstijgende samenwerking is geboden.

Er is overigens ook een belangrijk verschil:

- Daar waar Zorg van Velen koerste op ontmanteling van de ggz is in het Integraal Zorgakkoord een regierol weggelegd voor de grote geïntegreerde ggz-instellingen om de toegang naar de ggz fundamenteel te veranderen. Het is daarom niet verwonderlijk dat GGZ Nederland het rapport Zorg van Velen destijds afwees, terwijl de huidige Nederlandse ggz het Integraal Zorgakkoord onderschrijft.

Op metaniveau is er een andere opvallende parallel in de situatie van 2002 en 2022: we weten wel wat er misgaat en tot op zekere hoogte waarom dat zo is, maar of de aanbevelingen daadwerkelijk een stap vooruit zullen zijn in het streven naar passende zorg, is onzeker. Bij Zorg van Velen zien we de volgende logica:

- Het gebruik van ggz en de daaraan verbonden kosten stijgt.
- De huisarts verwijst mensen met psychische problemen vaker door naar de ggz.
- Het ene deel van de ggz heeft veel energie gestoken in zorgvernieuwing met meer aandacht voor continuïteit en vermaatschappelijking van zorg. Een ander deel is toenemend medisch-psychiatrisch georiënteerd en verwacht grote doorbraken in de nabije toekomst.
- Beide hebben te weinig aansluiting met het bredere netwerk van zorg en welzijn. Voor de eerste groep is dat omdat men (mede door het verdwijnen van alternatieven) zelf meer is gaan oppakken, voor de tweede vanwege de focus op symptomen van psychische aandoeningen en niet op de mens in diens context.
- Tegelijk vallen er meer mensen tussen wal en schip (zoals een stijgend aantal daklozen) en hebben mensen die eerder in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven en nu in een woonwijk, daar vaak geen sociaal netwerk kunnen opbouwen. Menigeen is eenzaam en alleen.
- Conclusie: dat het met deze mensen niet goed gaat, komt omdat de ggz te veel probeert te doen en daar wel in moet falen. Er is een radicale verandering nodig met ontmanteling van de huidige ggz en wederopbouw vanaf de huisartsenzorg. De ggz moet terug naar de kerntaak van behandeling, en de openbare geestelijke gezondheidszorg (actieve en ongevraagde signalering en opvang) moet apart worden georganiseerd.

Nu is het goed denkbaar dat de wederopbouw van de ggz vanaf de huisartsenzorg een stap vooruit zou zijn geweest, maar dat het ggz-gebruik in de jaren negentig toenam, mensen tussen wal en schip vielen en dat de inclusie niet op gang kwam had met evenveel recht toegeschreven kunnen worden aan falend sociaal-maatschappelijk beleid als aan een falen van de ggz. Ofwel: er werd geen (empirisch) fundament geboden voor de beleidsoplossingen. Psychiater Van Hemert (2002) vatte het bij het uitkomen van het rapport treffend samen: "Na deze bespreking van het rapport resteert de vraag op grond van welke bevindingen de commissie nu met deze ingrijpende aanbevelingen komt. De commissie speculeert op de mogelijkheid dat mensen met psychosociale problemen, door de afbraak van het welzijnswerk, nu meer dan voorheen ten onrechte de ggz consulteren. Het is zeer wel mogelijk dat dit het geval is, maar feitelijke gegevens om deze opvatting te staven worden niet aangedragen. De commissie valt eenvoudig terug op de oude ideologie dat het volksgezondheidsbeleid vorm moet krijgen in een sterke geestelijke gezondheidszorg, geflankeerd door een facetbeleid van welzijnswerk. Het is oude wijn in nieuwe zakken, maar wel wijn uit een goed jaar." Ofwel: de oplossing is sympathiek, maar onvoldoende onderbouwd.

Omdat Zorg van Velen zo veel parallellen heeft met het huidige hervormingsnarratief, zien we een aantal lessen bij de huidige beleidsvoornemens die ook aansluiten bij de randvoorwaarden voor het hervormingsnarratief volgens de geïnterviewden in hoofdstuk 5:

- Voorbij de maakbare werkelijkheid. We realiseren ons dat de beleidsopgave toen en nu geen eenvoudige is. De commissie achter Zorg van Velen had een hooggeleerde samenstelling, terwijl er met de kennis van nu het nodige op het advies valt af te dringen. De beleidsvisie uit 2006 benoemde al de nodige gevaren van marktwerking en schotten die – aldus de opstellers – om zorgvuldige monitoring en bijstelling vroegen. Desalniettemin konden de risico's niet worden afgewend. In het Integraal Zorgakkoord klinkt opnieuw een maakbaarheidsvertrouwen door dat de belangrijkste problemen in de ggz met een oproep tot betere samenwerking en enkele goed gekozen ingrepen als herstel/zelfregiecentra en het verkennend gesprek kunnen worden opgelost. Wij denken dat er meer nodig is.
- 'Mental health across all policies' met congruente financiële prikkels. Zowel in Zorg van Velen als in het IZA valt op dat de 'buitenparagraaf' - wat moet er nu buiten de ggz gebeuren qua preventie en het versterken van de sociale basis om het beroep op de ggz terug te dringen - niet is ingevuld. Daarvoor wordt naar andere nota's verwezen. Samenhang in zorg en welzijn behoeft echter niet alleen een beleid in de afzonderlijke deelterreinen en sectoren (zoals toen en nu met aparte nota's voor preventie, zorg en welzijn waar het IZA er één van is), maar vooral ook beleid dat een verbinding daartussen legt. Ook Zorg van Velen was doordeesemd met noties over samenwerking met het sociaal domein en de juiste zorg op de juiste plek, maar de prikkels die vervolgens in het systeem werden aangebracht werkten eerder tegengesteld. In het IZA wordt regionale visievorming aan de hand van een regiobeeld voorgestaan. Dat is nuttig, maar niet voldoende. Cruciaal is dat toekomstige plannen

voorzien zijn van congruente systeemprikkels die professionals verlossen van het vraagstuk 'in welk hokje' hun hulp past, samenwerking en 'shared savings' (inspanningen op het ene terrein die ten goede komen aan een ander terrein) aantrekkelijk maken en het afschuiven van verantwoordelijkheden helpen voorkomen.

- Oplossingen buiten én binnen de ggz: Een overeenkomst tussen Zorg van Velen en het IZA is dat de signalen van toenemende hulpvragen en wachttijden niet leiden tot een pleidooi om de ggz zelf beter toe te rusten en aan te sturen, maar oplossingen op het snijvlak met andere sectoren en een goede verbinding daarmee. Als de ggz een probleem heeft, ligt de oplossing elders, zo lijkt de gedachte. Het hervormingsnarratief pleit voor én-én. Als het volgens adviesorganen vooral misgaat in de zorg voor mensen met complexe problemen, is daarvoor nu gerichte aandacht nodig. Zij profiteren zelf immers niet direct van preventie en een beter ingerichte voordeur, want dat stadium zijn ze al lang voorbij. De hoop lijkt te zijn dat zij indirect zullen profiteren: als preventie en voordeur hun werk doen, komt er meer tijd voor hen vrij. We weten echter simpelweg niet in welk tempo dergelijke effecten op grotere schaal verwacht mogen worden.
- Van ketenzorg naar netwerkzorg. Zorg van Velen bepleitte stepped care en echelonnering. Dit was voor sommige doelgroepen adequaat, maar stond voor andere doelgroepen, denk aan jeugdigen met een vroegpsychose, de kortste weg naar passende zorg in de weg. Dit beleid stimuleerde bovendien sequentiële of/of-zorg met door- en terugverwijzingen, die oplopende wachtlijsten en fragmentatie in de hand werkten. Er vielen gaten in de zorg, waarbij iedereen verantwoordelijkheid voelde voor de eigen cliënten, maar niet voor de zorg in de regio als geheel. In het huidige denken wordt daarom samenwerking in een netwerk aanbevolen (Mulder e.a., 2021) wat zowel in het IZA als het hervormingsnarratief wordt benoemd.
- Blickverbreiding beperkt zorgkosten. Wil er meer oog zijn voor 'heel de mens' in diens persoonlijke context, dan werkt een 'schoenmaker, hou je bij je leest' aanpak van de ggz, zoals sinds Zorg van Velen ingezet, eerder averechts. Dit wordt in het IZA aangepakt via het verkennend gesprek aan de voordeur. Een bredere blik op mentale problemen in context is echter niet alleen nodig aan de voordeur van de ggz of in herstelcentra, maar door alle lagen heen. Dit betekent niet dat de ggz (nog) meer moet doen. Ervaringen in binnen- en buitenland leren dat als er meer opgetrokken wordt met het informele netwerk en er meer oog is voor sociale problemen, verantwoordelijkheden daadwerkelijk meer kunnen worden verdeeld (Tjaden, 2022; Muusse e.a., 2020). Dat vergt flexibiliteit. Een te strikte invulling en afgrenzing van ggz-taken is daarbij niet bevorderlijk.
- Realiseer: een perfecte organisatie van de ggz bestaat niet, maar voorkom tweeslachtigheid. Elk nadeel heeft zijn voordeel. Dat vraagt om zo verstandig mogelijk laveren naar een optimum met historisch bewustzijn. In de beleidsvisie van 2006 werd de ggz ondergebracht in het stelsel van de algemene gezondheidszorg om een integrale aanpak van lichamelijke en psychische problemen te bevorderen. Tegelijk werden er op andere fronten schotten geplaatst die we nu weer graag zouden overbruggen. Integratie op het ene vlak betekent vrijwel altijd fragmentatie op een andere dimensie.

Destijds was het idee dat het monopolie van ggz-instellingen moest worden doorbroken, nu is de een voor het radicaal doorzetten van dit principe (zoals in het Ecosysteem Mentale Gezondheid) en de ander juist voor meer regie vanuit de ggz (zoals in het IZA). Voor beide is iets te zeggen. Regie bij een partij die het meest te maken heeft met de doelgroep is een logisch antwoord op de huidige fragmentatie, maar alleen als de blik écht verbreedt en samenwerking in gelijkwaardigheid wordt gezocht. Een ecosysteem met veel spelers kan tot samenhangende innovatieve oplossingen leiden, maar ook – mede afhankelijk van de randvoorwaarden – tot los zand en nog meer cherry picking. Voorkom onnodig oplopende kosten door tweeslachtigheid (een beter geïntegreerde ggz *naast en los van* een op behandeling toegesneden ggz van vele aanbieders) te overstijgen. Het is geen tijd voor een kampenstrijd, maar voor overbrugging van inzichten.

- Monitor op verschillende niveaus op basis van een theory of change: Uit het voorgaande volgt: maak de logica en verwachtingen van het beleid expliciet, monitor op basis van die logica en versterk het empirisch fundament. Het is daarbij niet voldoende om op systeemniveau te kijken naar veranderingen in verwijsstromen, zorggebruik en wachttijden. De verbinding moet worden gelegd met gerichte tests op het primaire niveau: mensen in mentale knel, hun omgeving en professionals op de werkvloer. Bijvoorbeeld in het geval van de mentale gezondheidscentra: niet alleen vaststellen of de verwijsstromen veranderen, maar ook of het welbevinden van zorggebruikers meer toeneemt dan met de gebruikelijke aanpak en alert zijn op ongewenste gevolgen voor professionals en zorggebruikers op andere plaatsen in de zorg³³.

6.3 Samengevat

Twintig jaar terug, aan de vooravond van de invoering van de Zorgverzekeringswet, golden veel van dezelfde beleidsaanleidingen en -ambities als nu verwoord in het Integraal Zorgakkoord. Dat we nu haast jaloers zijn op de problemen van 2002 betekent dat het beleid van destijds niet de gewenste gevolgen heeft gehad. Ook nu past erkenning dat er geen zekerheden zijn of de ggz-paragraaf van het IZA zal uitpakken zoals bedoeld, en van de termijn waarop de gevolgen zichtbaar zullen worden. Dat geldt ook voor de, weliswaar (terecht) breder ingestoken ideeën en praktijkinitiatieven van de door ons geïnterviewden, al was het maar omdat wezenlijke elementen nog verder worden ingericht, laat staan dat vooraf inzichtelijk kan zijn hoe zij tezamen uitpakken. Dat vraagt de komende jaren om een zo verstandig mogelijk laveren naar een optimum, met historisch bewustzijn. We gaven daarom in de vorige paragraaf verdere verdieping aan de randvoorwaarden om de kans op succes van hervormingen vergroten.

33 Bijvoorbeeld: door herverdeling van middelen naar de voordeur van de ggz is er te weinig aandacht voor mensen met complexe problemen die al in zorg zijn.

7 Tot slot

We begonnen dit rapport met de grote uitdaging waar de ggz zich momenteel voor gesteld ziet staan: de ggz zit in de knel; de vraag naar en het beroep op de ggz groeit, teveel mensen wachten te lang op hulp en het personeelstekort is nijpend. Ons onderzoek had als doel om inzichtelijk te maken waar die knelling vandaan komt en welke oplossingsrichtingen daarvoor worden opgeworpen. Daartoe analyseerden we trends in toegankelijkheid en gebruik van de ggz en het ggz-gerelateerde sociaal domein, interviews met 44 stakeholders en diverse actuele en historische beleidsdocumenten.

We kunnen constateren dat er diverse mechanismen in de sector zijn geslopen (soms als gevolg van doelbewust beleid, soms als een onbedoeld bij-effect van beleid dat juist het tegenovergestelde beoogt, en soms door maatschappelijke ontwikkelingen) die de problemen in de ggz veroorzaken én in stand houden. Meest opvallend is de neiging die is ontstaan tot overbehandelen van personen met relatief lichte zorgvragen, en het onderbehandelen van mensen met complexere zorgvragen. Opvallend is ook de sterke eensgezindheid waarin het veld oproept tot verandering.

Er is consensus over de noodzaak tot het doorvoeren van veranderingen, in de ggz én daarbuiten. Er wordt daarbij veel verwacht van een beweging richting demedicaliseren, positieve gezondheid, domeinoverstijgend (samen)werken en preventie. Deze beweging kenmerkt zich door het idee dat (toenemende) mentale problemen niet uitsluitend meer op individuele basis kunnen worden aangepakt en dat alternatieven naast de ggz moeten worden opgezet, doorontwikkeld en benut. Als mensen een beroep op zorg doen, moet goed worden gekeken of de oplossing in de ggz ligt of dat er passender alternatieven buiten de ggz zijn, danwel of verschillende oplossingsrichtingen van *binnen* en *buiten* de ggz kunnen worden gecombineerd, om de kans op succesvol (persoonlijk & maatschappelijk) herstel te vergroten.

We kunnen echter ook constateren dat een aantal essentiële voorwaarden voor bovengenoemde beweging nog niet of onvoldoende op orde zijn. Dit wordt onder andere zichtbaar in de analyse van beloftevolle initiatieven, proeftuinen en pilots. Deze initiatieven zijn aansprekend vanwege hun mensgerichte- en creatieve benadering, met veel ruimte voor lokale betrokkenen, maar leunen sterk op de (lokale) bereidheid en commitment om initiatieven in de lucht te houden, vooral wanneer de pilotfase voorbij is. In de huidige context en regelgeving verloopt het innoveren taai en moeizaam. De systemen zijn niet ingericht om een integrale kijk daadwerkelijk te faciliteren, samenwerking met andere partijen is vaak stroef o.a. door individuele deelbelangen, structurele financiering ontbreekt meestal en het is methodologisch uitdagend om de (kosten) effectiviteit van nieuwe initiatieven in kaart te brengen.

Geïnterviewden roepen daarom op om in ieder geval, en zo snel mogelijk, werk te maken van de volgende zaken:

- Het versterken van de sociale infrastructuur in het gemeentelijk domein.
- Het met realisme (voorbij een kampenstrijd waarin verschillen uitvergroot worden) toewerken naar een cultuur van samenwerken in het gehele veld.
- Het bieden van ruimte (ook in de agenda) aan professionals voor reflectie op hun eigen professionaliteit en het verdiepen in andere zienswijzen en domeinen.
- Het zodanig inrichten van het financieringssysteem dat uitgangspunten rond mentale gezondheid, integraliteit en samenwerken over de hele linie gefaciliteerd en financieel aantrekkelijk gemaakt worden. Geïnterviewden roepen op tot bezinning op de principes van gereguleerde marktwerking en het werken met afgebakende zorgproducten.

In het slot van het rapport, verlieten we het interviewmateriaal en plaatsten we de resultaten in een historische context. Dit in een poging om de huidige ontwikkelingen naar waarde te schatten. Immers, we zijn anno 2022/2023 niet voor het eerst op een punt beland dat het vastloopt in de ggz, en, het hervormingsnarratief dat zich nu aftekent, is ook zeker niet het eerste hervormingsnarratief met de belofte dat de situatie daarmee beter wordt. Waarom zou het nu wel lukken?

Opmerkelijk zijn de parallellen tussen het actuele hervormingsnarratief, de neerslag daarvan in het Integraal Zorgakkoord (2022) en analyses en beleidsvoornemens van de afgelopen decennia. Zo werd in de analyse en plannen rond 2002, in de aanloop naar de Zorgverzekeringswet, óók gehoopt dat met een beweging naar meer preventie en benutting van het sociaal domein de belangrijkste problemen in de ggz (op dat moment, net als nu: zorgen over de houdbaarheid en wachtlijsten) zouden kunnen worden opgelost. In de neerslag van deze ideeën in beleid, werd er vanuit gegaan dat inhoudelijke- en strategische doelstellingen probleemloos samengaan ('het kan beter én goedkoper'). Dat leidde er toe dat inhoudelijke veranderingen, gepaard gingen met beheersingsmaatregelen, een principe dat we ook in latere hervormingen, zoals rond de transitie naar de Wmo 2015, kunnen waarnemen, en ook weer terugkeert in het huidige Integraal Zorgakkoord (onder de noemer van 'passende zorg'). Dat we echter na hervormingen steeds op hetzelfde punt aanbelden, waarna zich een nieuw hervormingsnarratief aftekent, noopt tot bezinning.

Wat kunnen we leren van de geschiedenis? Er zijn verschillende mogelijke manieren om hiernaar te kijken. Wij, de auteurs van dit rapport, concluderen dat er een risico ligt in een te sterke maakbaarheidswens, waarbij kostenbeheersing niet als mogelijk *gevolg* of mogelijke *opbrengst* van de inhoudelijke beweging wordt zien, maar eerder als *startpunt*. Deze beoogde maakbaarheid is weliswaar aantrekkelijk maar houdt geen rekening met de complexe werkelijkheid: de vele factoren die de zorgbehoefte van de populatie beïnvloeden en de structurele- en systeembelemmeringen die verandering in de weg zitten. Wat ons betreft past de erkenning dat het streven naar een kleinere

(of grotere) ggz als primaire insteek van hervormingen onvruchtbaar is en dat er geen zekerheden zijn over de gevolgen van het geschetste hervormingsnarratief en ook beleidsvoornemens in het IZA, al was het maar omdat wezenlijke elementen verder worden ingericht en nog niet op de gevolgen voor kwaliteit van leven en ggz-gebruik zijn onderzocht, laat staan dat vooraf inzichtelijk is hoe zij tezamen uitpakken in een, eveneens, veranderende maatschappij.

Daarnaast heeft de historische analyse ons doen inzien dat in beleidsuitwerkingen van een hervormingsnarratief, vaak enkele elementen bovenmatig veel aandacht krijgen, en als dé oplossing worden gepresenteerd voor het gehele probleem, waarbij de samenhang tussen aanpakken op verschillende niveaus uit het zicht raakt. In het IZA zien we dit ook weer gebeuren: het verkennend gesprek bijvoorbeeld, in onze analyse naar voren komend als één van de elementen van de gewenste beweging, wordt breed uitgelicht, en gepresenteerd als centrale oplossingsrichting, waar veel andere essentiële elementen (laat staan randvoorwaarden) niet worden ingevuld (de lezer wordt verwezen naar beleid in andere nota's, bijv. rond preventie). Op grond van onze eigen analyse concluderen we dat juist een overkoepelende, samenhangende analyse en aanpak noodzakelijk is. Het gaat daarbij om én-én-én: vernieuwing binnen de ggz én buiten de ggz én de stimulering van de onderlinge samenhang daartussen, leidend tot een sector waarin:

- er oog is voor de gehele mens en de wisselwerking tussen mentale gezondheid en sociale en economische factoren in de samenleving.
- professionals met meer werkplezier hun werk kunnen doen en waar instellingen uit de financiële kramp raken die innovatie in de weg staat.
- er goede samenwerking is binnen een beter toegerust zorg, preventie- en welzijn-snetwerk.
- het financieringssysteem bovenstaande als uitgangspunt heeft en faciliteert (wat meer is dan: niet in de weg staat).

Dat we nog een lange weg te gaan hebben, is evident, maar wat ons betreft is het de enige manier om de ggz daadwerkelijk duurzaam 'uit de knel' te halen.

Bijlage 1 Lijst geïnterviewden

Noot vooraf: Het Trimbos-instituut is een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het rapport heeft niet het karakter van een consensusdocument. De verschillende geïnterviewden en de organisaties van waaruit zij afkomstig zijn, hebben zich niet gecommitteerd aan de integrale analyse. De affiliaties hieronder betreffen de voor het onderzoek relevante affiliaties (dus niet een volledige opsomming van de verschillende rollen die een persoon bekleedt) en golden ten tijde van het interview. Een aantal personen is inmiddels elders werkzaam³⁴.

Majda Azzougarh	Gemeente Utrecht
David van den Berg	VU Amsterdam/Parnassia Groep/Redesigning Psychiatry
Guus van Bork	Zorgverzekeraars Nederland
Jeroen van den Born	Diversion/MIND Young Academy
Jeannette van de Bunte	GGNet/GEM-Proeftuin Doetinchem
Daantje Daniëls	Iriszorg/Vereniging Ervaringsdeskundigheid
Thirza Douglas	Nederlandse Vereniging Psychosomatische Fysiotherapie
Julliëtte van Eerd	GGZ Breburg
Irene van de Giessen	Stichting Hersteltalent
Timo de Grefte	GGZ Friesland
Gloria Gribling	GGZ Breburg/Mentale gezondheidscentra
Katinka Hellweg	MIND/Herstel Dichtbij
Juul van Hoof	Gemeente Amsterdam/Thrive
Ineke van Hooff	Kwintes Begeleiding en Opvang
Flore Joskin	Universiteit Maastricht/@Ease
Monique Kavelaars	113 Zelfmoordpreventie
Saskia Keuzenkamp	Movisie
Esther Kok	Gemeente Amsterdam/Thrive
Martijn Kole	Valente/Peer-supported Open Dialogue
Jack van der Kruijs	Gemeente Eindhoven/Ggz-vriendelijke wijk
Gerard Lohuis	BuurtzorgT
Tessa Magnée	Landelijke Vereniging POH-GGZ, Nivel, Fortagroep
Jasper van Marle	GGZ Drenthe/Optimaal Leven
Theo Meulman	GGNet/GEM-Proeftuin Doetinchem
Tom van Mierlo	Reinier van Arkel
Marianne Molenaar	Gemeente Utrecht

34 Waaronder: Timo de Grefte (nu HCW Consultancy), Nic Vos de Wael (nu Bureau Lenz), Ruben Wenselaar (nu InEen), Elnathan Prinsen (nu Parnassia groep), Susanne Smits (nu Verandermoedlt), Daantje Daniels (nu Jan Arends).

Vera Naber	Nederlands Instituut van Psychologen
Rens van Oosterhout	Wij Zijn Traverse groep/Welkracht
Pelle Oosting	Dimence/GEM-Proeftuin Deventer
Jim van Os	Umc Utrecht/Leerstoel Psychiatrische epidemiologie
	Publieke ggz/GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid)
Elnathan Prinsen	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Ad van Rijen	Wij Zijn Traverse groep/Welkracht
Floortje Scheepers	Umc Utrecht/Leerstoel Innovatie in de ggz/Netwerk Intake
Susanne Smits	Robuust/Proeftuin Ruwaard
Lex Staal	Sociaal Werk Nederland
Hans de Veen	Nederlands Instituut van Psychologen
Paul van der Velpen	@Ease
Nic Vos de Wael	MIND
Alie Weerman	Hogeschool Windesheim, Lectoraat GGZ & Samenleving
Ruben Wenselaar	Zorgverzekeraar Menzis
Stef van de Weerd	Gemeente Tilburg
Ernst-Jan Wind	Netwerk Krachtige Basiszorg/Impulsor.health
Yolanda Schellekens	Gemeente Oss (tevens betrokken bij Proeftuin Ruwaard)
Frank Zaadnoordijk	Movisie

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2020). Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Amsterdam Mentaal gezond – Thrive Terugblik 2019-2021. <https://openresearch.amsterdam/nl/page/84735/thrive---amsterdam-mentaal-gezond-2019-2021>

Bon-Martens, M. van, Schokker, D., Linthorst, M., Bos, N., Duenk, A., Shields-Zeeman, L., & Storm, I. (2022). Landelijke en lokale ambities mentale gezondheid en preventie. Verdiepende consultaties voor het thema mentale gezondheid in het Nationaal Preventieakkoord. Bilthoven: RIVM.

Blom, A., & Bressers, J. (2022). Eindevaluatie Proeftuin Ruwaard. Auke Blom projectmanagement.

Brinkmann, J., d’Fonseca, L., & van der Stel, J. (redactie) (2022). GGZ NHN in verandering; op weg naar een op herstel gerichte praktijk. Heiloo: GGZ Noord-Holland-Noord.

Broek, A. H. S. van den, de Vroege, L., Metz, M., Gribling, G., de Ridder, A., & van Eerd, J. (2022). Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: Mentale gezondheidscentra. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(2), 101-107.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatric services*, 70(1), 46–59. doi.org/10.1176/appi.ps.201800236

Hemert, B. van (2002). Geestelijke volksgezondheid: een zorg van velen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 146(40), 1864-7.

Hoek, B. van der (2018). Een mentaal gezonde samenleving en de rol van de ggz Een verbindend perspectief vanuit gemeenschappelijke waarden en gebruik makend van nieuwe initiatieven in het sociaal domein en in de ggz. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., & Muusse, C. (2014). Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg (2022). Actiz, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, et al.

Kemp, W., Wunderink, C., & W. Diekman (2020). Optimaal Leven. Herstelgericht werken in de wijk in Drenthe. *Participatie en Herstel*, 29(4).

Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M., & MacInnes, D. (2022). Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC psychiatry*, 22(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>

Kroon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., & de Lange, A. (2021). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020. Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Leemrijse, C., & Korevaar, J. Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd: ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken. Utrecht: Nivel, 2021.

Leijdesdorff, S. M. J. (2021). Ain't no mountain high enough: How to improve access to youth mental health care. [Academisch proefschrift, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20210409sl>

Leijdesdorff, S. M. J., Rosema, S., Klaassen, R. M. C., Popma, A., & van Amelsvoort, T. (2022). Who is @ease? Visitors' characteristics and working method of professionally supported peer-to-peer youth walk-in centres, anonymous and free of charge. *Early intervention in psychiatry*, 16(12), 1391–1397. <https://doi.org/10.1111/eip.13294>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (2006). Beleidsvisie GGZ. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). Discussienota Zorglandschap GGZ. Den Haag: Ministerie van VWS.

Mulder, C.L., van Weeghel, J., Delespaul, P.A.E.G., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., van Mierlo, A.F.M.M. & Kienhorst, G.H.M. (redactie)(2021). Netwerkpyschiatry. Samenwerken aan herstel en gezondheid. Amsterdam: Boom.

Muusse, C. & Boumans, J. (2016). Ruimte voor Peer Support! Een onderzoek naar de totstandkoming van Enik Recovery College. Utrecht: Lister.

Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C. L., & Pols, J. (2020). Working on and with Relationships: Relational Work and Spatial Understandings of Good Care in Community Mental Healthcare in Trieste. *Culture, medicine and psychiatry*, 44(4), 544–564. <https://doi.org/10.1007/s11013-020-09672-8>

Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland (2020). Samenwerken aan Passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. Diemen/Utrecht, NZa/ZIN NI.

Nijdam, F., Diekman, W., & L. Dorland (2022). Gewoon doen wat nodig is? Een meervoudige casestudie naar de meerwaarde van integrale Optimaal Leven teams voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. <https://ggzdrenthe.nl/media/02-documenten/optimaalleveninfographic.pdf>

Os, J. van. & Spronsen, M. van (2021). Wij zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Amsterdam: Lannoo Campus.

Panteia, SEOR, & Etil (2013). Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ. Eindrapport Onderzoeksfase 1. Zoetermeer: Panteia.

Peer-supported Open Dialogue in Nederland Evaluatie van het eerste jaar POD in 4 GGZ organisaties (2017).

Raad Volksgezondheid en Samenleving (2022) Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Den Haag: RVS.

Tjaden, C.D. (2022). Better Together: On meaning, effectiveness and costs of resource groups for people with severe mental illness. Academisch proefschrift Tilburg University.

Tuynman, M. & Planije, M (2014). Het kan dus! Een doorbraak in het Nederlandse dakloosheidsbeleid. Evaluatie Plan van Aanpak maatschappelijke opvang in de vier grote steden, 2006-2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Volte (2015). Het 4D-model, de Virtuele Patiënt en de implementatie ervan. Stichting Volte.

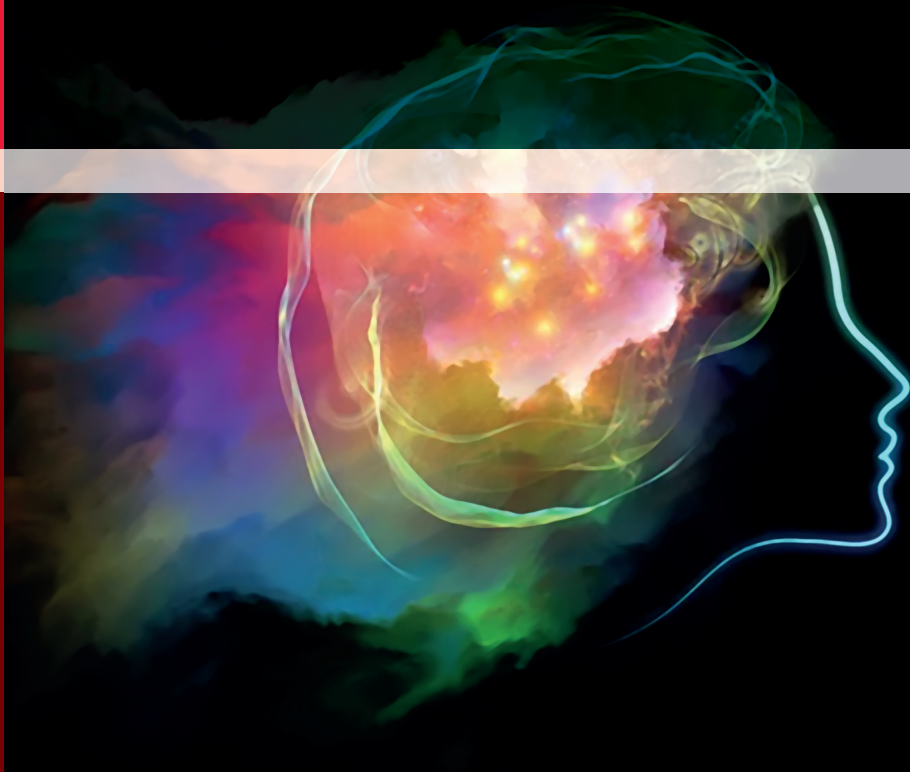
Wang, Y., Henriksen, C. A., Ten Have, M., de Graaf, R., Stein, M. B., Enns, M. W., & Sareen, J. (2017). Common Mental Disorder Diagnosis and Need for Treatment are Not the Same: Findings from the NEMESIS Study. *Administration and policy in mental health*, 44(4), 572–581. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0745-2>

Wessels, K., & van Eersel, L. (2022). Over de drempel. Het Mentaal Gezondheidscentrum.. Breburg: GGz Breburg.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Kiezen voor houdbare zorg . Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR rapport 104. Den Haag: WRR.

Wever, E. & Verhoeven, G. (2015). Verdieping Wachttijden ambulante curatieve ggz 2010-2012. Bijlage bij Marktscan ggz 2014, deel B. Utrecht: NZa.

Winter-Koçak, S., de, Vugt, R., van, & Klooster, E. (2019). MIND Young Academy, Evaluatieonderzoek'. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.



De ggz zit in de knel. De vraag naar ggz groeit, nu al wachten teveel mensen te lang op hulp en het capaciteitstekort is structureel. Het moet dus echt anders. In dit rapport wordt op basis van een analyse van interviews met sleutelfiguren uit het veld, praktijkvoorbeelden, trends en beleid verkend waar de knelling vandaan komt en wat er nodig is om die te doorbreken. Bouwstenen voor een breder perspectief op mentale gezondheid en psychisch lijden worden op een rij gezet en naar waarde geschat. Een historische reflectie maakt inzichtelijk hoe we kunnen en moeten leren van eerdere hervormingspogingen.