

Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra

A. van den Broek, L. de Vroege, M. Metz, G. Gribling, A. de Ridder, J. van Eerd

- Achtergrond** De stijgende zorgbehoefte in Nederland van de komende jaren heeft impact op de zorgkosten en wachtlijsten en vraagt om toenemende personele capaciteit. De huidige organisatie van zorg, waarbij een marktgedreven gezondheidszorgstelsel de basis vormt, bemoeilijkt kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. De vraag is hoe de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hierop reageert en of ze adaptief vermogen heeft om hier adequaat op in te spelen.
- Doel** Inzicht in ontwikkelingen en knelpunten, zodat de juiste aanpassingen kunnen bijdragen aan realisatie van passende zorg in de ggz.
- Methode** Overzicht en beschouwing van literatuur over ontwikkelingen in de gezondheidszorg en vertaling ervan naar benodigde aanpassingen in de ggz.
- Resultaten** Gepaste zorg is waardegedreven, gericht op gezondheid (in plaats van op de afwezigheid van ziekte), laat de regie bij de cliënt en diens netwerk, is toegankelijk en betaalbaar en wordt geboden op de juiste tijd en plaats. Met de ontwikkeling van mentale gezondheidscentra (MG's) geven GGZ Breburg (specialistische ggz), Indigo Brabant (basis-ggz) en de zorgverzekeraar samen met netwerkpartners op innovatieve manier vorm aan een duurzame coalitie gericht op verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ggz. Daarbij is niet alleen capaciteitsbegroting een antwoord op de toenemende zorgvraag, maar juist een andere manier van inzet van expertise in combinatie met een duidelijke visie op gepast gebruik.
- Conclusie** De MG's bieden als regionaal netwerkmodel een wenselijk antwoord op de vraag naar een passende en toekomstbestendige ggz.

De komende jaren neemt de zorgvraag toe door o.a. bevolkingsgroei, vergrijzing, hogere welvaart, technologie, een veranderende maatschappij en epidemiologische verschijnselen (KPMG 2020a). De vergrijzing heeft tot gevolg dat de prevalentie van chronische aandoeningen en mensen met multimorbiditeit toeneemt. Een stijgende zorgvraag leidt tot toename van zorgkosten. Tevens is er sprake van een toenemend capaciteitsprobleem. Personeel in de zorgsector is schaars, ziekteverzuim onder personeel neemt toe en het verloop onder personeel in de zorg is hoog (Terpstra 2020). Dit leidt tot toename van wachtlijsten.

De ggz is op zoek naar een manier van organiseren die doelmatig (efficiënt), doeltreffend (effectief) en toekomstbestendig is. Om te blijven voldoen aan de publieke waarden van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg (van de Ven & Schut 2008) moet men beter aansluiten bij de krachten en eigen hulpbronnen van cliënten, inzetten op preventie en gecoördineerde

zorg op meerdere levensgebieden leveren (Leamy e.a. 2011; Huber e.a. 2016; Couwenbergh & Van Weeghel 2020). Ook moet men investeren in ontwikkeling en verbinding van zorgprofessionals, waardoor het werkklezier toeneemt en men deskundig personeel behoudt en aantrekt voor de sector (Lips-Wiersma & Morris 2011). Het zorglandschap van de Nederlandse ggz moet zich aanpassen aan een context in beweging. Deze ontwikkelingen leiden tot de volgende vraagstelling:

Aanpassing mogelijk?

In hoeverre is de Nederlandse ggz in staat om zich aan te passen aan een dynamische en turbulente context, zodat voor de toekomst een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare ggz gewaarborgd wordt?

Naar aanleiding van de COVID-pandemie pleitten Durski e.a. (2020) voor veerkrachtige en adaptieve gezondheidszorgsystemen. Deze zouden niet alleen gericht moeten zijn op beheersing van ziekten en zorg, maar moeten

AUTEURS

Anneloes van den Broek, klinisch psycholoog/P-opleider en senior onderzoeker, Breburgacademie en afd. Angst & Stemming, GGz Breburg.

Lars de Vroege, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog en senior onderzoeker, afd. Angst & Stemming, GGz Breburg en Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo, Tilburg University.

Margot Metz, senior onderzoeker en verpleegkundige, GGz Breburg en Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo, Tilburg University.

Gloria Gribling, psychotherapeut/GZ-psycholoog, directeur Behandelzaken, GGz Breburg.

Alex de Ridder, psychiater, lid raad van bestuur, GGz Breburg.

Julliette van Eerd, voorzitter raad van bestuur, GGz Breburg.

Correspondentie

Dr. Anneloes van den Broek
(a.vandenbroek@ggzbreburg.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-10-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(2):101-107

een duurzaam fundament vormen voor een gezonde wereldbevolking op lange termijn.

De Nederlandse gezondheidszorg beschikt over een behoorlijk adaptief vermogen. Tijdens de COVID-pandemie kwam dit vermogen zichtbaar tot uiting: de digitalisering van de zorg werd bespoedigd en de capaciteit van de ziekenhuiscare supraregionaal uitgebreid. Ook werden in korte tijd effectieve en flexibele samenwerkingen opgezet in het sociaal domein en tussen ziekenhuizen en ggz gericht op mentale ondersteuning en behandeling van de toenemende psychische problemen mede als gevolg van de pandemie (de Vroege e.a. 2020).

De Nederlandse ggz trekt eveneens op vergelijkbare wijze lering uit de ervaringen tijdens deze zorgcrisis: zorg voor professionals, samenwerking tussen diverse domeinen en inzet op e-health zijn voorbeelden. De pandemie maakte zichtbaar dat de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de ggz fors onder druk kwamen te staan. Dit leidde tot zorgen over de capaciteit (de Nederlandse ggz 2020). Bovendien werd duidelijk dat samenwerking op regionaal en (inter)nationaal niveau, inzet op preventie en herstelgerichte zorg en een betere samenwerking met de cliënt en diens netwerk essentieel zijn om het zorgaanbod op peil te houden (Leamy e.a. 2011; Huber e.a. 2016; Couwenbergh & Van Weeghel 2020). Het belang van voldoende adaptief vermogen van de ggz werd door de pandemie onderstreept.

Organisatie van de ggz

Sinds 2008 valt de curatieve ggz onder de Zorgverzekeringswet. Dit bracht een verandering in de verhouding tussen de drie essentiële partijen, de zorgaanbieder, de zorgvrager en de zorginkoper. De belangrijkste doelen van de nieuwe wet waren het bevorderen van doelmatigheid, verbeteren van keuzevrijheid, het versterken

van de solidariteit en gelijktijdig behoud van de publieke waarden: toegankelijkheid, kwaliteit en duurzaamheid (van de Ven & Schut 2008). De Zorgverzekeringswet introduceerde gereguleerde marktwerking, waarbij zorgaanbieders moesten concurreren. Daardoor zouden de prijzen dalen en de kwaliteit zou verbeteren. De vraag was of de invoering van deze wet de verwachte uitwerking in de praktijk zou hebben.

Ruim 12 jaar na de invoering van de wet is duidelijk geworden dat een marktgedreven zorgstelsel niet vanzelfsprekend leidt tot betere patiëntenzorg omdat in een concurrentiemodel patiëntgerichte doelen lager in de rangorde staan dan in een samenwerkingsmodel. In een recent interview met *Trouw* (Kieskamp 2021) pleit De Jonge, demissionair minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor terugdringing van de marktwerking, vanwege het geringe effect op kosten en kwaliteitsverbetering van zorg. De Jonge pleit juist voor toename van samenwerking tussen zorgaanbieders en centrale regie bij de overheid. De aanbieders van zorg zijn echter terughoudend in het aangaan van samenwerkingsverbanden aangezien in het huidige concurrentiemodel de Autoriteit Consument en Markt (ACM) toetst in hoeverre organisaties zich aan de markttregels houden. De overgang van marktwerking naar samenwerking brengt tevens andere vragen naar voren. Marktwerking is effectiever bij een decentrale aansturing, en samenwerking vergt doorgaans een meer centrale aansturing. Een onderscheid bij het inzetten van marktwerking zouden we kunnen maken tussen direct noodzakelijke acute zorg (niet-planbare zorg) en 'electieve zorg' (planbare zorg). Voor acute zorg creëert marktwerking namelijk de verkeerde prikkels, terwijl voor electieve zorg marktwerking kan zorgen voor ondernemerschap en innovatie. Winkel (2017) pleit voor het organiseren van de zorg

vanuit klantwaarden. Winkels visie is dat de patiënt in ons huidig zorgstelsel, dat reageert op productieprikkels, onvoldoende centraal staat.

Paradigmaverschuivingen op weg naar passende zorg

We zien dus paradigmaverschuivingen waar het gaat om de zorg op het gebied van marktwerking en samenwerking. De balans tussen centrale en decentrale aansturing beweegt hierdoor mee. Van der Voort (2021) benoemt naast marktwerking en samenwerking twee andere paradigmaverschuivingen: de wijziging in de mate van zelfregie en evidencebased zorg. De ontwikkeling gericht op *evidence based medicine* (EBM) droeg in de ggz bij aan de ontwikkeling van stoornisgerichte multidisciplinaire richtlijnen en de organisatie van ggz-behandeling in diagnosegerichte zorglijnen.

Voordelen hiervan zijn toename van kennis en kunde wat betreft diagnosegerichte behandelingen. Nadeel hiervan is dat door een meer ‘verkokerd’ zorgaanbod gericht op diagnoses, de wachtlijsten voor deze behandelvormen landelijk sterk opliepen. De sterk symptoomgerichte, op richtlijnen gebaseerde behandelingen conform EBM brachten tevens een spanningsveld ten opzichte van de herstelbenadering (Leamy e.a. 2011). Deze heeft een bredere benadering en daarbij stelt men in plaats van de ziekte, de mens en de uitgangspunten van positieve gezondheid (Huber e.a. 2016) centraal (Koning 2021).

De genoemde paradigmaverschuivingen leiden tot structurele wijzigingen en sluiten nauw aan bij het verwezenlijken van passende zorg (Nederlandse Zorgautoriteit 2020).

Vier criteria NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) spreekt over zorg die voldoet aan vier criteria.

In de eerste plaats behoort de zorg *waardegedreven* te zijn (verbetering van gezondheid en levenskwaliteit voor een acceptabele prijs). Dit wordt ondersteund door Porter en Olmsted Teisberg (2006); ook zij pleiten voor gezondheidszorg die gericht is op waardecreatie voor patiënten door waardegedreven competitie, hetgeen leidt tot verbetering van de gezondheid en efficiëntie. Govindarajan en Ramamurti (2018) ondersteunen die visie en geven inzicht in de wijze waarop deze waardegedreven competitie in India al gerealiseerd is door enkele vindingrijke particuliere ondernemingen. Zij pleiten voor ‘omgekeerde innovatie’, een innovatief gedachtegoed in een minder ontwikkeld land, dat door een welvaartsstaat wordt overgenomen.

Op de tweede plaats is het belangrijk dat patiënten samen met hun naasten en behandelaars vanuit ieders expertise in dialoog besluiten over keuzes in de behandeling nemen (samen beslissen; *shared decision making*; SDM; Metz e.a. 2019). Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten die een actieve rol in de besluitvorming over hun behandeling hebben (SDM), meer achter de behan-

delbesluiten staan en meer controle ervaren. Daardoor kunnen zij de eigen mentale gezondheid beter managen, zijn meer therapietrouw, rapporteren een hogere kwaliteit van leven en laten betere resultaten op hun gezondheid zien.

Ten derde is het van belang dat de zorg op de *juiste plek* plaatsvindt, dichtbij als het kan en anders op afstand (denk aan e-health).

Ten vierde dient de zorg *gericht te zijn op gezondheid* en niet per definitie op afwezigheid van ziekte (nadruk op mogelijkheden van patiënt en preventie). Deze visie sluit aan bij de definitie van gezondheid van Huber e.a. (2016). In hun definitie moet gezondheid worden opgevat als ‘het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’.

Ondanks kritiek op deze definitie (Poiesz e.a. 2016) is een niet te onderschatten aspect ervan dat Huber e.a. de regie en leefstijl benadrukken die mensen kunnen inzetten in het managen van de eigen gezondheid, hetgeen (toename van) zorg kan voorkómen. De herstelgerichte benadering in de ggz sluit hier naadloos op aan, omdat bij deze benadering de focus ook verplaatst van enkel klinisch herstel (reductie van symptomen en afwezigheid van ziekte) naar maatschappelijk en persoonlijk herstel (Anthony 1993; Leamy e.a. 2011; Boevink 2012).

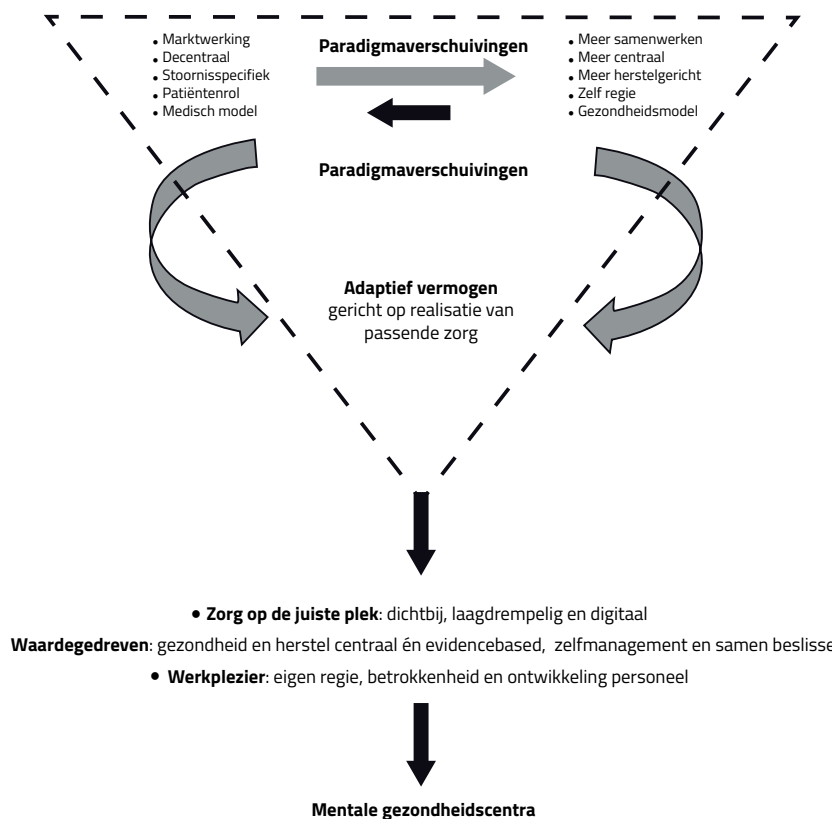
Een adaptieve ggz

De toename in psychische stoornissen, die vaak gepaard gaan met intensieve en langdurige zorg, brengt in Nederland zeer hoge zorguitgaven met zich mee (RIVM 2019). Volgens het Trimbos-instituut (2020) neemt bovendien de druk op de ggz toe omdat de samenleving steeds ingewikkelder en veeleisender wordt; enkelvoudige klachten kunnen onvoldoende aangepakt worden, waardoor ze verergeren en sociale problemen onvoldoende opgelost worden. Veel verantwoordelijkheid ligt bij de gemeenten, die hiervoor een krap budget hebben. Er is nog te weinig aandacht voor herstel waarbij het gaat om het verleggen van de focus van klinisch naar maatschappelijk en persoonlijk herstel, gericht op een bevredigend, hoopvol en zinvol leven, met het accepteren van eventuele beperkingen die een aandoening met zich meebrengt (Anthony 1993; Leamy e.a. 2011; Boevink 2012). Hierdoor behouden veel mensen de patiëntenrol onnodig lang, en wordt er niet goed samengewerkt met het netwerk rondom de patiënt. Tevens worden technologische opties onvoldoende benut en er is 10-15% afname van personeel per jaar (Trimbos-instituut 2020).

Mentale gezondheidscentra

Om de ggz in 2025 toegankelijk, kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden, moeten we een appel doen op haar adaptief vermogen. In de regio Midden- en West-Brabant spelen we hierop in met een vernieuwend initiatief, namelijk de inrichting van zogenoemde mentale gezondheidscentra (MG's). Met de MG's geven GGZ Breburg (specialistische ggz) en Indigo Brabant (basis-

Figuur 1. Van paradigmaverschuivingen naar adaptief vermogen en het realiseren van passende zorg



ggz), ondersteund vanuit een duurzame coalitie met de zorgverzekeraar, vorm aan wijkgerichte netwerkorganisaties gericht op mentale gezondheid.

Vanuit de principes van passende zorg en het uitgangspunt van de 'juiste zorg op de juiste plek' spelen we daarmee in op knelpunten in de organisatie van de ggz, waaronder wachtlijsten, beperkte behandelcapaciteit, veranderende zorgvragen, onvoldoende aandacht voor preventie en nazorg, weinig flexibiliteit in financieringsvormen en suboptimale samenwerking tussen partijen betrokken bij zorg voor cliënten met psychische klachten (KPMG 2020b). Belangrijke betrokkenen in de regio zoals huisartsen en verzekeraars ondersteunen deze beweging.

Door in te spelen op actuele (psychosociale) problematiek voordat een cliënt wordt doorverwezen, kan men verdere opschaling naar de sggz voorkómen (van Eerd 2021). De korte lijnen en intensieve samenwerking in het netwerk borgen dat dergelijke vraagstukken snel(ler) opgepakt worden en een behandeling in de ggz niet per definitie nodig is. Het onderscheidende aspect is dat deze gesprekken buiten het ggz-kader om plaatsvinden. De huisarts/POH is nog verantwoordelijk en verwijst nog niet naar de ggz, maar roept de expertise van de ggz in om mee te denken met cliënt over de best passende plek om een antwoord te vinden op de hulpvraag. Dat kan resulteren in een verwijzing naar de ggz, maar dat hoeft niet.

Verkennd gesprek

Het verkennend gesprek van de MG's is een verbijzondering van consultatie. Het is volledig aan de voorkant georganiseerd en breder opgezet dan bijvoorbeeld een herstelondersteunende intake in de sggz. Ook richten de MG's zich met de verkennende gesprekken op alle leeftijden, dus zowel jeugd, volwassenen als senioren. Daarbij wordt via het verkennend gesprek samen met de burger en diens naasten nagegaan wat de hulpvraag is, welke zorg vanuit welke netwerkpartners het meest passend is en of een verwijzing en eventuele ggz-intake (voor bggz én sggz) ook echt nodig is.

Op basis van het verkennend gesprek kunnen verdere passende vervolgstappen ingezet worden. Een deel van de burgers gaat in deze constructie dus géén verwijzing krijgen voor een intake bij de ggz. De focus van de MG's ligt daarbij dus sterk op het voorkómen van instroom naar de ggz en het vinden van andere passende hulp of zorg. In dat opzicht vertonen de MG's gelijkenissen met de Blauwe Zorg in de wijk, die is namelijk ook gericht op regionale samenwerking met netwerkpartners ter voorkoming van instroom. Echter, met de MG's wordt een volledige transitie bewerkstelligd, ook qua organisatievorm, in het gehele werkgebied en in de duurzame samenwerking met een zorgverzekeraar.

Omdat structurele bekostiging voor deze specialistische inzet nog niet geregeld is, zijn meerjarige afspraken, zowel inhoudelijk als financieel, met de zorgverzekeraar

gemaakt waardoor deze ontwikkeling nu mogelijk is. Er wordt gekeken naar mogelijkheden voor structurele bekostiging door afstemming met o.a. NZa en VWS.

In **figuur 1** is gevisualiseerd hoe de beschreven ontwikkelingen, knelpunten en paradigmaverschuivingen in de ggz leiden tot het benodigde adaptieve vermogen gericht op het leveren van passende zorg. Hierbij staan de uitgangspunten zorg op de juiste plek, waardegedreven zorg, samenwerking met de cliënt en diens netwerk, en werkplezier centraal. In de volgende paragraaf beschrijven we hoe de MG's hierop inspelen.

Werkwijze van mentale gezondheidscentra

In de regio Midden- en West-Brabant (met zo'n één miljoen inwoners) vormen de MG's lokaal in een aantal steden en gebieden netwerkorganisaties waarin cliënten, hun naasten, het informeel netwerk (voor de cliënt relevante betrokkenen), de huisartsen en professionals vanuit het sociaal domein, de basis-ggz (bggz), de sggz en de zorgverzekeraar een vernieuwende vraag- en wijk-gerichte samenwerking aangaan. Uitgangspunt hierbij is dat betrokkenen rondom de cliënt vanzelfsprekend uitgenodigd worden voor gesprekken.

Door in plaats van ziekte, de mens en uitgangspunten van positieve gezondheid (Huber e.a. 2016) en herstel (Leamy e.a. 2011) centraal te stellen en via MG's ervoor te zorgen dat betrokkenen intensiever en optimaler samenwerken, kunnen we aan burgers met mentale problemen eerder passende zorg en begeleiding bieden die aansluit op hun primaire hulpvraag. Ook wordt expertise vanuit bggz en sggz via de MG's toegankelijker voor huisartsen en andere professionals in de eerste lijn, waardoor zij beter worden geholpen met ggz-problematiek die zij in de praktijk tegenkomen. Mensen kunnen hierdoor op een andere manier een oplossing vinden voor herstel. Bijvoorbeeld door ondersteuning in verbetering van de dagstructuur door te werken of een opleiding te volgen. Andere vormen van hulp worden beter benut (denk aan schuldhulpverlening).

Mensen blijven in de eerste lijn en er hoeft geen ggz-behandeling opgestart te worden als bij aanwezigheid van ggz-professionals in het multidisciplinair overleg blijkt dat een medicatieadvies afdoende is. Dit is een gevolg van:

1. het eerder in beeld krijgen van mensen met psychische klachten en het voorkomen van (complexe) psychische problemen;
2. tijdige toegang tot zorg en een betere kwaliteit van de ggz in de regio aansluitend op de hulpvraag en gericht op herstel;
3. betere mogelijkheden tot nazorg na ggz-behandeling en betere voorwaarden voor uitstroom vanuit de ggz;
4. meer cliënten behandelen met een gelijk budget, terugdringen van wachtlijsten, verminderen van onnodige instroom in- en uitstroom vanuit de ggz;
5. medewerkers ondersteunen bij het samenwerken en inzetten van hun specifieke expertises, waardoor de werkdruk afneemt en het werkplezier toeneemt.

Bij deze ontwikkeling zijn waardegedreven zorg (*value based health care*) en transdiagnostische behandeling en zorg belangrijke uitgangspunten (Porter & Olmsted Teisberg 2006).

Het vernieuwende van de MG's is ook dat deze met een vraaggerichte werkwijze zowel herstelgerichte behandelingen aanbieden als ook de verbinding leggen met op EBM-richtlijnen gebaseerde behandelmodules. In dit model pakken we niet alleen de wachtlijstproblematiek aan, maar weten we ook de herstelbenadering te integreren met het meer stoornisgerichte aanbod in de expertisecentra van de sggz.

Ook consultatie en nazorg maken onderdeel uit van de werkwijze van de MG's. Dit is van belang om complexe problematiek tijdig te herkennen en verergering te voorkomen, en na behandeling in de sggz met nazorg via de MG's terugval zoveel mogelijk tegen te gaan. De MG's onderscheiden zich dus doordat men expertise vanuit de ggz naar de eerste lijn brengt, intensief samenwerkt met wijkteams, huisartsenpraktijken en welzijnsorganisaties en aansluit bij de rollen en hulpbronnen van de cliënt en diens naasten.

Wanneer de huisarts of de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) verwijzing naar de ggz overweegt, wordt eerst een verkennend gesprek gevoerd. Dit verkennende gesprek vindt plaats met cliënt (en naaste) waarbij men zich richt op de hulpvraag vanuit het perspectief van cliënt en hoe die met zijn of haar netwerk hier het beste mee om kunnen gaan. Verder bespreekt men benodigde hulp die passend is vanuit diverse domeinen zoals het sociaal domein, een eventueel behandeltraject in de ggz of (in combinatie met) een andere vorm van passende hulp zoals ervaringsdeskundige ondersteuning.

Pas indien bggz- of sggz-behandeling essentieel is voor het herstel van de cliënt, wordt deze verwezen. Behandeling kan laagdrempelig starten in de MG's, maar dat hoeft niet. Wanneer langer durende behandeling en/of specifieke expertise nodig zijn, wordt een cliënt laagdrempelig verwezen naar de expertisecentra in de sggz, en bij intensieve en acute problematiek is inzet vanuit de acute ggz-keten gewaarborgd.

Deze evidencebased behandelingen betreffen zowel individuele als groepsbehandelingen die ook blended aangeboden kunnen worden. Dit betreft onder andere cognitieve gedragstherapie, *eye movement desensitization and reprocessing*, schematherapie en bijv. een *competitive memory training*groep of VERS-training. Kortere lijnen met de expertisecentra maken dat we verwachten dat wachtlijsten korter zullen worden en door snel te kunnen acteren zal voor een deel van de cliënten opschaling niet noodzakelijk zijn.

In totaal zullen er negen fysieke MG's in het werkgebied van GGz Breburg opgezet worden. Elke MG bedient één eigen postcodegebied van circa 125.000 inwoners met gemiddeld 1250 verwijzingen. In deze centra werken zorgprofessionals van Indigo en GGz Breburg samen met burgers, naasten en diverse netwerkpartners in de wijk. De functiemix van de ggz-professionals is even

multidisciplinair als elders in de ggz en zal dus bestaan uit psychiaters, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen, psychotherapeuten, (GZ-)psychologen, verpleegkundigen en ervaringsdeskundigen. Bekostiging verloopt, afhankelijk van de leeftijd en type zorg, via de gemeente of de Zorgverzekeringswet (nu via de DBC en vanaf 2022 via het zorgprestatie-model). De eerste beperkte cijfers (over 125 verkennende gesprekken) laten zien dat 25% van de mensen na een verkennend gesprek niet in de sggz of bggz instroomt voor een intake. De komende tijd zullen we dergelijke uitkomsten en ervaringen blijven monitoren om te kijken of deze cijfers representatief blijken en ook om met opgedane inzichten de MG's verder door te ontwikkelen en optimaliseren.

De Nederlandse ggz ondersteunt de werkwijze voor meer ggz-expertise in de wijk (Mulder & van Weeghel 2020). Door intensivering van samenwerking op regionaal niveau tussen ggz-instellingen, gemeenten, huisartsen, welzijn en sociaal werk en het informele netwerk van cliënten, wordt vroegsignalering mogelijk. Daardoor kan men voorkómen dat problemen verergeren en cliënten te lang wachten om op de juiste plaats afdoende zorg te krijgen.

Andere aspecten

Zo optimaal en lang mogelijk participeren in de samenleving is een streven dat gestimuleerd wordt door ook ggz-cliënten de regie over hun eigen leven op te laten pakken. Deze visie wordt ondersteund door de genoemde definitie van gezondheid volgens Huber e.a. en herstelondersteunende zorg. De samenwerking met cliënt, naasten en (familie-)ervaringsdeskundigen is hierbij vanzelfsprekend.

In de context van herstelgericht werken en de regie bij cliënt en diens naasten is samen beslissen integraal onderdeel van het zorgaanbod. Metz e.a. (2019) verbinden hieraan onderzoek en implementatie, zowel binnen als buiten GGz Breburg.

Tevens is de inzet op preventie en gezond gedrag in samenspraak met de cliënt vanzelfsprekend binnen de MG's, om zorg te voorkomen en de cliënt de eigen regie te laten voeren. Preventie en ambulantisering dragen bij aan een afname van de bedbezetting enerzijds, maar intramuraal vergt dit anderzijds een concentratie van expertise omdat de complexiteit toeneemt. In de ambulante zorg neemt de schaalgrootte toe en dat uit zich onder andere in de groei van het aantal *flexible assertive community treatment* (FACT)-teams (van Veldhuizen e.a. 2015).

De inzet van techniek en digitalisering wordt logisch en acceptabel om het bereik van de groep cliënten te vergroten. De inzet van e-health, *virtual reality* en domotica vergt een cultuurverandering waarbij een jonge generatie professionals een grote rol kan spelen. Dit gebeurt zowel bij de digitale poli van GGz Breburg als in de MG's, expertisecentra en intensieve en acute keten.

Behouden van personeel

Ook de genoemde algemene trend van uitstroom van zorgpersoneel is zorgelijk. Werkplezier, betrokkenheid, sociale cohesie, autonomie van en goede randvoorwaarden voor de zorgprofessional moeten daarom blijvende aandachtspunten zijn, aangezien deze de basis vormen voor de veranderingen (Terpstra 2020).

De meer integrale benadering bij start van verwijzing en behandeling is iets wat veel (jonge) professionals aanspreekt. Dit model biedt voor hen de mogelijkheid om de brede vaardigheden op gebied van indicatiestelling, kortdurende behandeling en diagnostiek, zoals geleerd in de opleiding, toe te blijven passen. Vervolgens is deze te combineren met specifieke specialistische kennis die men vaak later in de carrière ontwikkelt. Deze kan ingezet worden binnen het werken in een expertisecentrum. Daar vinden de meer stoornisgerichte behandeltrajecten plaats (bijv. MBT of behandeling van ernstige eetstoornissen).

Conclusie

Aanpassing van de Nederlandse gezondheidszorg en specifiek van de ggz is onontkoombaar. De oprichting van MG's in Midden- en West-Brabant is een concreet voorbeeld van een wijkgerichte netwerkorganisatie, waarin cliënt en diens netwerk samen met de (expertise van) professionals centraal staan. De benodigde aanpassingen als antwoord op de knelpunten en paradigmaverschuivingen hopen we de komende periode te realiseren met de start van de MG's in onze regio. Ook starten we onderzoek naar het proces van samenwerking en de diverse uitkomsten.

Aansluitend op de (door)ontwikkeling en evaluatie van de MG's is een landelijk vervolg volgens ons een logisch vervolg. We nodigen andere instellingen van harte uit om mee te veranderen richting een adaptief aanbod binnen de ggz dat aansluit op de wensen en behoeften van cliënten en diens netwerk, waarbij samenwerking tussen netwerkpartners centraal staat en cliënten, naasten en professionals de regie hebben.

Wij verwachten dat deze innovatieve ontwikkeling binnen de ggz voor kortere wachtlijsten en kortere lijnen met de sggz zal zorgen. Daarnaast zal de zorg efficiënter worden en korter duren. Tot slot verwachten we dat deze nieuwe werkwijze het werkplezier van de zorgprofessional zal bevorderen.

 Prof. dr. Peter van de Voort en dr. Jacqueline Neve-Dolfing, academic directors van TIAS School for Business and Society, Tilburg University, speelden een consultatieve rol bij het schrijven van dit artikel.

LITERATUUR

- Anthony W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal* 1993; 16: 11-23.
- Boevink W. Tree: Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. New York: Palgrave MacMillan; 2012.
- Couwenbergh CPG, van Weeghel J. Voorkómen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz. Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 18-26.
- De Nederlandse ggz (dNggz): Geestelijke gezondheidszorg op maat én op tijd: Input verkiezingsprogramma's en contourennota VWS, mei 2020. <https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/97a70482-d22d-44b4-b10c-233c7336e96b/de-Nederlandse-ggz-Input-verkiezingsprogramma's-en-contourennota.pdf>
- Durski KN, Osterholm M, Majumdar SS, e.a. Shifting the paradigm: Using disease outbreaks to build resilient health systems. *BMJ Glob Health* 2020; 5(5): e002499.
- Eerd J van. Capaciteitstekort ggz is alleen op te lossen door anders te werken. *Zorgvisie* 6 aug 2021. <https://www.zorgvisie.nl/juliette-van-eerd-capaciteitstekort-ggz-is-alleen-op-te-lossen-door-anders-te-werken/>
- Govindarajan V, Ramamurti R. Reverse innovation in health care. Harvard: Business Review Press; 2018.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, e.a. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open* 2016; 6: e010091.
- Kieskamp W. De Jonge: Minder markt, meer centrale regie nodig in de zorg. *Trouw* 21 februari 2021.
- Koning MB. Herstelondersteuning, de behandelrelatie en het risico van onderbehandeling. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 159-61.
- KPMG. Healthcare reimagined. Trends, voorspellingen en actiepunten om koploper in de zorg te zijn. KPMG; 2020a. <https://home.kpmg/be/nl/home/insights/2021/02/ps-kpmg-healthcare-re-imagined.html>
- KPMG. Wie doet het met wie. Krapte vraagt creativiteit. KPMG Health; 2020b. <https://docplayer.nl/200122708-Wie-doet-het-met-wie-krapte-vraagt-creativiteit-kpmg-health.html>
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier Ce.a. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 445-52.
- Lips-Wiersma M, Morris L. The map of meaning: A guide to sustaining our humanity in the world of work. Sheffield: Greenleaf; 2011.
- Metz MJ, Veerbeek MA, Elfeddali I, e.a. Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 487-97.
- Mulder N, van Weeghel J. Netwerkpsychiatrie. 1 ed: Amsterdam: Boom Lemma; 2020.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Advies stimuleren van passende en digitale zorg. NZa; 2020. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316526_22/1/
- Poiesz T, Caris J, Lapré R. Gezondheid een definitie? *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 2016; 94: 252-5.
- Porter ME, Olmsted Teisberg E. Redefining health care. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- RIVM. Kosten van ziekten. RIVM; 201. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/kosten-van-ziekten>
- Terpstra D. Groot verloop onder zorgpersoneel. 2020. <https://www.medischondernemen.nl/artikel/groot-verloop-onder-zorgpersoneel>
- Trimbos-instituut. Hervorming van de ggz. 2020. <https://www.trimbos.nl/kennis/hervorming-ggz>
- Ven WP van de, Schut FT. Universal mandatory health insurance in the netherlands: A model for the united states? *Health Aff (Millwood)* 2008; 27: 771-81.
- Voort P van der. Paradigma verschuivingen in de zorg. In: TIAS, red. Tilburg; 2021.
- Veldhuizen R van, Polhuis D, Bahler M, e.a. Handboek (flexibele) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. 2 ed. Utrecht: de Tijdstroom; 2015.
- Vroege L de, Gribling G, van den Broek A. 'Vergeet jezelf niet, als je voor een ander zorgt'; mentale ondersteuning van zorgprofessionals tijdens de COVID-19-crisis. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 424-6.
- Winkel E. Aantrekkende zorggroei stelt komende kabinet én aanbieders voor uitdagingen. *HEADline* 2017; 34: 22-3.

SUMMARY

Adaptation to changing needs in mental health care: mental health centers

A. van den Broek, L. de Vroege, M. Metz, G. Gribling, A. de Ridder, J. van Eerd

- Background** The increasing healthcare needs in the Netherlands lead to increasing healthcare costs and waiting lists and warrants sufficient (staff-)capacity. The current market-driven organization of care affects qualitative, accessible, and affordable care. Whether the Dutch mental healthcare system can adapt efficiently is questioned in this article.
- Aim** Gaining insight into the developments and bottlenecks that can contribute to the realization of appropriate care in mental health.
- Method** An overview of literature is given regarding developments and necessary adjustments in mental healthcare.
- Results** Appropriate care is value-driven, focused on health (instead of the absence of illness), based on management of health of the client and his network, is accessible, affordable and is offered at the right time and place. The collaborative innovation of Mental Healthcare Centers, in which GGz Breburg (specialized mental health care), Indigo Brabant (general mental health care), and health insurance company, form a sustainable coalition which is presented as a solution for manageability of the mental healthcare system. This coalition aims to improve the public values of mental healthcare as a response to the required paradigm shift and future model of mental healthcare.
- Conclusion** As a regional network model, the Mental Healthcare Centers offer a desirable answer to the demand for an appropriate and future-proof mental healthcare. w