

Van het huidige medisch model naar mensgerichte zorg in de toekomst

F.P. Velders

- Achtergrond** De geestelijke gezondheidszorg staat onder grote druk; het huidige systeem kraakt in al zijn voegen met wachttijden en bezuinigingen tegen de achtergrond van grote maatschappelijke transformaties.
- Doel** Vanuit de chaos in het heden probeer ik in dit essay een perspectief op de toekomst van de psychiatrie te schetsen.
- Methode** Met de theorie van grote transformaties en systeemverandering uitzoomen naar een complex systemisch perspectief om een beeld te schetsen van de psychiatrie over 10 jaar.
- Resultaten** Verschillende theorieën over grote systeemverandering suggereren dat de zorg zich beweegt van het huidige medisch model naar mensgerichte zorg vanuit een ecosysteem dat om de persoon is georganiseerd. Er zijn nu al nieuwe initiatieven die daar een begin mee lijken te maken. Desondanks laat de toekomst zich moeilijk voorspellen en zal de tijd ons leren waar we over 10 jaar staan.
- Conclusie** De grote transformatie in de zorg beweegt zich in de richting van mensgerichte zorg waarbij hoop en mogelijkheden zich aandienen voor een gezondere samenleving.

‘Neem nooit beslissingen gebaseerd op angst. Neem beslissingen op basis van hoop en mogelijkheden. Beslis op basis van wat er moet gebeuren, niet op basis van wat er niet mag gebeuren.’

– Michelle Obama

Wees gewaarschuwd, want dit speciale themanummer brengt risico's met zich mee! Communiceren over de toekomst betekent namelijk de toekomst beïnvloeden, registreren, en voor sommigen zelfs het manifesteren van de toekomst. Ongeacht het specifieke werkwoord staat vast dat wij samen onze toekomst maken, van actie naar actie. Deze speciale editie biedt ook een kans om vooruit te kijken, en om stil te staan bij de vraag wat we missen in het heden en waar we naar verlangen in de toekomst. Ik zou willen voorstellen dat we dit niet vanuit angst doen, maar naar de woorden van Michelle Obama, vanuit hoop, mogelijkheden en actie.

Mijn voorspelling is dat de gezondheidszorg de komende 10 jaar verder zal transformeren in de richting van *mensgerichte zorg*. Bij mensgerichte zorg staat de mens echt centraal en is de zorg georganiseerd in een ecosysteem. Dus niet langer de patiënt in een instelling, maar de

mens in zijn ecosysteem wordt het uitgangspunt. Is deze term de volgende verbale doodoener in de reeks van eufemismen die aan ons voorbijtrok, zonder dat er in de praktijk daadwerkelijk iets veranderde? Wat mij betreft niet. Daarom deel ik in dit artikel mijn perspectief op mensgerichte zorg en dat begint in het heden.

Het heden van waaruit wij de toekomst proberen te zien

De situatie van waaruit we de toekomst op dit moment proberen te voorspellen is behoorlijk complex en grimmig. Zoals de geschiedenis al voorspelde, volgt ook nu na een pandemie een onrustige tijd met oorlogen en crises. Daar zitten we nu in, en waarschijnlijk hebben we de bodem nog niet bereikt. Het wordt dus mogelijk eerst nog erger, en wat er daarna gaat gebeuren, ligt op ons te wachten in de toekomst. Oftewel, dat wat naar ons toekomt, of dat wat ons toekomt.

De complexiteit en grimmigheid in de samenleving van dit moment voelen wij ook in onze praktijk. Dat is ook de bedoeling, want als het goed is, staan wij met ons vak middenin de maatschappij. Wij signaleren, registreren en detecteren de mentale gezondheid van de mensen die onze hulp zoeken. Dat wat zij zoeken, zegt veel over onze maatschappij. Dat is mijn mening, gevormd door ervaringen uit mijn praktijk, die naar ik verwacht breed herkend zullen worden: mensen zoeken een diagnose

als erkenning wanneer het niet lukt om de ratrace bij te houden, medicatie voor concentratieproblemen omdat het niet lukt om in drukke klassen met te weinig docenten tot een uitstekende CITO-score te komen.

En hoe we reageren op de huidige crisis is bepalend voor de toekomst. Echter, om deze crisis te kunnen duiden en uit te zoomen naar een breder maatschappelijk perspectief, hebben we andere bronnen nodig, van buiten de psychiatrie.¹

Functie van chaos

Daarvoor neem ik u graag mee in een aantal perspectieven die mij helpen om richting te geven aan wat er moet gebeuren, en om mogelijkheden te blijven zien. Bijvoorbeeld het perspectief van prof. dr. Jan Rotmans, die zich als hoogleraar Transitie en duurzaamheid aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam bezighoudt met integrale analyses en oplossingen voor complexe vraagstukken zoals de klimaatcrisis. Hij schreef vele boeken, waaronder de bestseller *Omarm de chaos* in 2020 samen met Mischa Verheijden.² In dit boek geeft hij duiding aan ons gevoel van onrust en beschrijft de functie van deze chaos in vooruitgang en grote noodzakelijke systemische veranderingen. Rotmans vertelt ons dat: ‘... wij niet leven in een tijdperk van verandering, maar in een verandering van tijdperk’. Deze transformatie ondergaan we als maatschappij in diverse sectoren, en we kunnen deze ook zien als een kans, waarbij we bereid moeten zijn om ook onszelf opnieuw uit te vinden.

Van ego- naar het eco-systeemdenken

Op een nog hoger abstractieniveau neemt Otto Scharmer ons mee in de beweging van het ego- naar het eco-systeemdenken. Als econoom verbonden aan het Massachusetts Institute of Technology (MIT) houdt hij zich bezig met leiderschapsontwikkeling voor innovatie door sectoren heen. Hiervoor ontwikkelde hij met zijn team ‘Theory U’.³ Hij onderzocht hoe grote systeemveranderingen tot stand komen, onder andere door succesvolle *chief executive officers* (CEO’s) van grote bedrijven te interviewen over transformatieve momenten in hun carrière. Net als Rotmans ziet hij hoe wij worden geconfronteerd met de crisis in de huidige tijd en ‘dat de oude sociale structuren en denkwijzen ten einde lopen’. Op basis hiervan ontwikkelde hij zijn ‘matrix van sociale evolutie’.

Hierin beschrijft hij de verschillende fasen van organisatie waar een systeem zich in kan bevinden: de gecentraliseerde (fase 1), de gedecentraliseerde (fase 2), de fase met een focus op netwerken en belanghebbenden (fase 3) en als laatste de fase van een ecosysteem met de nadruk op collectieve cocreatie (fase 4).

In de zorg staan in fase 1 de klassieke arts-patiëntrelatie en de instelling centraal. De controle ligt in de top met geformaliseerde rollen, waarbij de ene persoon de expert is en voorschrijft aan de ander, de patiënt. In fase 2, die meer resultaatgericht is, wordt beleid gemaakt met meer oog voor de patiënten (de markt of de klant) en

waarbij *evidencebased* geneeskunde de boventoon voert. In fase 3 staat de patiënt al veel meer centraal met een focus op behoeften van belanghebbenden, en de relaties binnen een netwerk van samenwerking worden belangrijker. In de voorlopig laatste fase (fase 4) is sprake van een heel platte organisatiestructuur met een gemeenschappelijk doel, oog voor kennis van de gemeenschap zelf, met zicht op de onderlinge afhankelijkheid waarbij de zorg is gecentreerd rondom de burger en gericht is op het bevorderen van welzijn en gezondheid.

Waarom zouden we mee willen bewegen naar fase 4? Allereerst omdat het niet meer gaat zoals het nu gaat. Het systeem kan niet meer; de relaties van de zorg met de overheid en zorgverzekeraars zijn nog altijd complex.⁴ De zorg voor de jeugd en voor de kwetsbare en complexe patiënten staat steeds meer onder druk.^{5,6} Niet alleen in Nederland, maar wereldwijd worden deze problemen steeds duidelijker, en ook de Verenigde Naties roept op tot veranderingen.⁷ Als we zo doorgaan, krijgen we meer van hetzelfde: meer mensen die zich niet meer gezien en gehoord voelen in onze samenleving, meer mensen met psychische klachten, meer medicalisering, meer stigma, meer wachtlijsten en hogere kosten. En ten tweede: omdat het al gaande is.

Het gaat niet meer

Er is geen quick fix voor mentale problemen, de expert heeft de oplossing niet in pacht, en evidencebased geneeskunde gaat niet over iedereen. Daar bedoel ik mee dat er bepaalde evidentie kan zijn die heel moeilijk te vertalen is naar het individu dat ons om hulp vraagt. Dan moeten we ‘out of the box’ denken want de realiteit bevindt zich meestal buiten de box. Zowel fase 3 als fase 4 vraagt om een andere visie op mentale gezondheid. In plaats van grip te krijgen op complexiteit door deze op te breken in kleine stukjes, kunnen we de complexiteit maar beter omarmen, accepteren en waarderen. Immers, mentale klachten door maatschappelijke problemen vragen om een bredere aanpak dan een eenzijdige focus op wat dan ook. In fase 4 ligt de focus niet meer op de ziektegevallen, maar op het versterken van bronnen van gezondheid, en voor die verandering van organisatie van zorg zijn een andere mindset en een andere leiderschapscultuur nodig.

Ik hoor een aantal van u denken: ‘Aha, toch gewoon een DSM-basher in disguise’.

Helaas, dan moet ik u toch teleurstellen. Was de wereld maar zo zwart-wit, maar ook dit ligt genuanceerder.

Ik ben geen basher en geen goeroe. Zeker, ik heb vaak moeite met de manier waarop het classificeren met de DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) door ons gebruikt wordt, vooral wanneer dit botst met mensgerichte zorg.⁸

Ontzag voor complexiteit

Die botsing van gebruik van de DSM met mensgerichte zorg ontstaat met de aanname dat een groep mensen met dezelfde symptomen ook dezelfde aandoening heeft

en daarmee profijt zou hebben van dezelfde behandeling. Deze focus op biologie van groepen heeft ons veel geleerd. Ook ik heb geprobeerd om meer te begrijpen van menselijk gedrag door genetisch onderzoek in een zeer grote groep en heb daarvoor dankbaar gebruikgemaakt van de rijke data van het Generation R Cohort.⁹ Van kandidaatgenen naar grote genoombrede associatiestudies, naar gen-omgevingsinteracties. Toch had ik ook toen al mijn twijfels over onze reductionistische aanpak: als we uit al die *single nucleotide polymorphisms* (SNP's) wel de juiste kunnen kiezen voor een replicatiestudie, maar niet in staat zijn om de complexiteit van al die SNP's in interactie met elkaar en hun omgeving te bevatten, zeker niet voor een individu, wat zeggen de resultaten dan eigenlijk? En de gebieden tussen de exonen noemen we in die tijd nog de 'gene-desert', wat nu kinderlijk naïef lijkt omdat we inmiddels weten dat zich juist daar belangrijke regulerende genen bevinden. De moed zonk me helemaal in mijn schoenen toen de epigenetica opkwam, want zelfs genen bleken aan en uit te kunnen onder invloed van omgevingsfactoren.

Echter, met de moed in mijn schoenen, groeide ook mijn ontzag voor de complexiteit. Want natuurlijk blijkt de werkelijkheid keer op keer weer ingewikkelder dan we ooit zelf hadden kunnen bedenken, en we moeten met dit gegeven toch proberen om vooruit te komen.

Koude en warme data

Naast de focus op groepen volgt het probleem dat veel onderzoek naar gedrag van mensen zich richten op 'koude data'. Koude data zijn meestal kwantitatieve gegevens die gaan over eigenschappen, bijvoorbeeld geslacht of symptomen, die uit hun context worden gehaald en los daarvan worden geïnterpreteerd, bijvoorbeeld de SNP's en uitkomstmaten in mijn onderzoek, waarbij we losse SNP's probeerden te relateren aan gedrag. Dit geldt dus ook voor de classificatie met de DSM, waarbij we symptomen verzamelen en deze los van de context beoordelen. Bijvoorbeeld een symptoom als verminderde concentratie. Dit is meestal pas een probleem in interactie met een bepaalde context. Het begrijpen van de oorzaak van concentratieproblemen en het zoeken naar een oplossing lukken alleen door te kijken naar de context en naar de interacties in die context. Met andere woorden, daar hebben we 'warme data' voor nodig.

De termen 'koude' en 'warme data' zijn geïntroduceerd door Nora Bateson (<https://batesoninstitute.org>). Als kleindochter van William Bateson (bioloog) en dochter van Gregory Bateson (antropoloog en filosoof) richt zij zich in hun voetsporen op de vraag hoe wij onze perceptie van de complexiteit van de wereld kunnen veranderen, om daarmee ook onze interactie met onze wereld te verbeteren. Daarvoor hebben we warme data nodig die ons informeren over patronen van interactie en de relaties van alle elementen binnen een complex systeem.

Tijdens het bijwonen van haar workshop in 2020 op het congres van de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en

Gezinstherapie ervoer ik zelf deze kracht van warme data; een welkome verbindende ervaring tijdens de pandemie. Op zich niet verrassend, want wij mensen bestaan bij de gratie van interactie met de wereld om ons heen. Zonder interactie via onze zintuigen functioneren wij niet en zijn wij niets.¹⁰ Mentale problemen ontstaan ook in interactie met diezelfde omgeving. Mijn ervaring in de kinderpsychiatrie heeft me laten zien dat mentale problemen nooit alleen op het kind terug te voeren zijn, en de oplossing al helemaal niet. Dus ook bij het verminderen van mentale problemen is het nodig dat wij samen met de persoon om wie het gaat, zicht krijgen op diens omgeving, interacties en uitdagingen. Daarbij moeten we openstaan voor andere perspectieven en oplossingen, en inzien dat deze ook buiten ons vakgebied kunnen liggen. Johann Hari schrijft daar beeldend over in zijn boek *Lost connections*, waarin hij onderzoekt hoe sociale oplossingen individuele mentale problemen kunnen verminderen.¹¹

Het is al gaande

Er zijn al langere tijd signalen die laten zien dat we ook in de zorg met deze transformatie bezig zijn. De beweging van Machteld Huber over positieve gezondheid is daar een voorbeeld van.¹² De definitie van gezondheid is door haar verbreed naar de hele mens en gaat niet langer over de afwezigheid van ziekte. Ook het Integraal Zorgakkoord (www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samenwerken-aan-gezonde-zorg) stuurt aan op passende waardedreven zorg op de juiste plek en in samenspraak met de patiënt. De erkenning en de inzet van ervaringsdeskundigheid vormen een grote stap in nieuwe perspectieven op mentale gezondheid.

Verder zijn er landelijk diverse initiatieven die op hun eigen manier bijdragen aan de verandering, waaronder bijvoorbeeld het samenwerkingsverband Volante (www.volante.nl), Redesigning psychiatry (www.redesigning-psychiatry.org), de herstelondersteunende intake (www.ggz-nhn.nl/hoi) en de netwerkintake (www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake). Deze initiatieven hebben hun eigen karakter, maar zijn in grote lijnen gebaseerd op een meer systeemgeoriënteerde en netwerkgerichte aanpak. Zoals collega's Sabbe en Giltay recent beschreven in dit tijdschrift, is de verwachting dat dit complex dynamisch systeemdenken en de netwerktheorie kunnen bijdragen aan nieuwe inzichten gevoed door persoonlijke betekenisgeving van symptomen en behandelingen die meer afgestemd zijn op het individu.¹³ Menigeen van u zal denken; 'Ja maar, dat doe ik ook al mijn hele loopbaan!' En die reactie kan ik me voorstellen, want passende zorg is natuurlijk precies waar wij ons elke dag in de klinische praktijk voor inzetten. De kunst van ons vak is juist om aan te sluiten bij elk individu met diens specifieke wensen en noden in diens unieke omstandigheden. Echter, nu hebben wij vaak nog de rol van de expert tot wie iemand zich wendt. Nadat het is gelukt om de aanmeldprocedure en wachtlijsten te doorstaan om ten

slotte bij de expert te mogen komen. Dan ben je per definitie een patiënt bij wie de wanhoop en verwachtingen inmiddels hoog zijn opgelopen, en het eigen potentieel tot herstel uitgeput of onvoldoende is ingezet.

In een systeem van mensgerichte zorg krijgen wij een andere rol. De personen om wie het gaat, hebben zelf regie over hun gegevens, hun toegang tot hulp en wij komen op verzoek naar hen toe. De zorg wordt niet meer geboden vanuit een instelling, maar is georganiseerd in ecosystemen om mensen heen. Zorgverzekeraars hebben hier geen rol meer in; er zijn andere manieren van financiering gevonden en de controle ligt niet langer bij de centrale overheid. Dat kan wennen zijn, want dat betekent op onze handen zitten, luisteren, niet meteen oordelen en niet meteen oplossen. Het kan ook juist weer welkome ruimte geven en de werkdruk verlagen, omdat mensen minder afhankelijk worden van ons en andere bronnen van preventie en ondersteuning zichtbaar worden.

De beperkingen van dit verhaal mogen duidelijk zijn. Allereerst is dit een essay en geen systematische review van de literatuur. En ondanks de veranderingen die nu te zien zijn, laat de toekomst zich niet voorspellen. Het is inherent aan complexe systemen dat de uitkomst van processen zich moeilijk laat voorspellen.

Conclusie

Enerzijds is het gedurfd om vanuit de chaos in het heden naar de toekomst vooruit te blikken. Anderzijds is het juist hét moment want deze tijd biedt ons kansen voor transformatie van grote systemen in onze samenleving. Ik hoop dat het ons lukt om de beweging die al gaande is door te zetten op weg naar echte *mensgerichte zorg* waarin meer ruimte is voor complexiteit en waarin nieuwe perspectieven mogen ontstaan die ons als samenleving gezonder zullen maken.

Ik hoop ook dat we over 10 jaar zullen terugblikken op de huidige tijd en dat zal blijken dat Rotmans en

Scharmer gelijk hebben gehad. Dat de periode tussen 2015 en 2035 inderdaad geen gemakkelijke tijd was, een tijd van grote transformaties en een verandering van tijdperk. Maar dat we er doorheen zijn gekomen en dat het ons als samenleving verder heeft gebracht en gezonder heeft gemaakt.

En in de tussentijd? Omarm de chaos en wees aardig voor elkaar. Dat hoop ik voor onze mentale gezondheid van de toekomst. En u?

LITERATUUR

- 1 van der Hoek B. Een mentaal gezonde samenleving en de rol van de ggz. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1881-Een-mentaal-gezonde-samenleving-en-de-rol-van-de-ggz.pdf>.
- 2 Rotmans J, Verheijden M. Omarm de chaos. Amsterdam: De Geus; 2021.
- 3 Scharmer CO. Theory U. Leading from the future as it emerges. San Francisco: Berrett-Koehler; 2016.
- 4 de Koning C, van Dijk TS, Janssen R. De ggz in relatie tot zorgverzekeraars; een verkenning. Tijdschr Psychiatr 2024; 66: 24-9.
- 5 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028. 2023. <https://open.overheid.nl/documenten/addec5d5-279c-40de-b607-7b64e8441602/file>
- 6 Beekman ATF, van der Lee A. Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in huidig stelsel. Tijdschr Psychiatr 2022; 64: 411-5.
- 7 Keukens R. De stand van zaken in de ggz. TvZ Verpleegkundige praktijk en wetenschap 2018; 128: 56-7.
- 8 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 9 Jaddoe VW, Mackenbach JP, Moll HA, e.a. The Generation R Study: Design and cohort profile. Eur J Epidemiol 2006; 21: 475-84.
- 10 Scheepers F. Mensen zijn ingewikkeld. Amsterdam: De Arbeiderspers; 2021.
- 11 Hari J. Lost Connections: Londen: Bloomsbury; 2019.
- 12 Huber M, Knottnerus JA, Green L, e.a. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
- 13 Sabbe BGC, Giltay EJ. Psychopathologie als zelforganisatie van complexe dynamische systemen. Tijdschr Psychiatr 2024; 66: 259-64.

AUTEUR

Fleur Velders, kinder- en jeugdpsychiater, zorglijn Ontwikkeling in Perspectief, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Correspondentie

Fleur Velders (f.p.velders@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):76-79