



TOEKOMSTWIJZER GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Redactie mr. drs. J.J. Brouwer



Prof. Dr. P. Delespaul, hoogleraar Innovaties in de Geestelijke Gezondheidszorg, Universiteit Maastricht

Prof. DR. M. van der Gaag, hoogleraar Klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

Prof. Dr. N. Mulder, Hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Erasmus universiteit Rotterdam

Prof. Dr. J. van Os, Hoogleraar in de psychiatrische epidemiologie en de publieke GGZ, UMCU

Dr. Dr. J. van der Stel, lector psychische gezondheidszorg Hogeschool Leiden, Leiden



INLEIDING

Voor u ligt de Toekomstwijzer GGZ. Deze toekomstwijzer is tot stand gekomen op basis van gesprekken met een aantal deskundigen in samenspraak met de betreffende denktanks. Het is een van de vijf Toekomstwijzers die het platform Koplopers in de Zorg in het voorjaar van 2019 wil publiceren. De andere Toekomstwijzers zijn de Toekomstwijzer Kwetsbare groepen, de Toekomstwijzer Ouderen, de Toekomstwijzer Jeugd en de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg. Alle Toekomstwijzers worden besproken op invitationale conferenties van de respectievelijke denktanks. Op deze invitationale conferenties worden de Toekomstwijzers vertaald naar de praktijk van organisaties, professionals en gemeentes. De thema's die daar uit naar voren komen, worden onderdeel van de Agenda voor de toekomst, de meerjarige roadmap van het platform Koplopers in de Zorg.

BEWEGING 2025/AGENDA VOOR DE TOEKOMST

KOPLOPERS IN DE ZORG

Koplopers in de Zorg heeft op verzoek van een aantal organisaties begin 2019 twee projecten geïnitieerd, te weten Beweging 2025 en Agenda voor de toekomst.

Beweging 2025

De Beweging 2025 is een vereniging i.o. met als doel de zorg een volgende stap in zijn ontwikkeling te laten zetten. Uitgangspunten van Beweging 2025 zijn:

- meer vertrouwen in mensen en organisaties en daardoor minder bureaucratie
- minder administratieve lasten en daardoor meer vrijheid voor mensen in de zorg
- politieke beslissingen die getoetst zijn op zinvolheid en ervaringsfeiten
- gebruiken van wetenschappelijke inzichten om besluiten te onderbouwen
- ontwikkelen en uitdragen van een inspirerend en uitdagend beeld van de zorg in de toekomst.

De vereniging zorgt er voor dat de uitgangspunten levend blijven en inspireert mensen en organisaties om het anders te gaan doen. Om haar doelen te bereiken wil de vereniging de denk- en doekrachten van de wetenschappers, professionals, organisaties en cliënten rondom een aantal strategische thema's bundelen. De toekomstwijzers vormen daar de basis van. Er zijn toekomstwijzers voor de sectoren Kwetsbare groepen, GGZ, Ouderen, Jeugd en Ziekenhuiszorg.

Agenda voor de toekomst

Beweging 2025 heeft ook een eigen agenda om van denken naar doen te komen, de *Agenda voor de toekomst*. De Agenda wordt gevoed door de thema's uit de Toekomstwijzers en hun vertaling naar zorgorganisaties, thema's die door zorgbestuurders worden benoemd en thema's die cliënten aandragen. In deze Agenda analyseren wij met onze partners deze thema's en gaan na hoe we het beste op deze thema's kunnen inspelen met inachtneming van de uitgangspunten van Beweging 2025. Een en ander gebeurt in de vorm van zogenaamde zorgtafels en themagroepen.

Aan de *zorgtafels* zijn (vertegenwoordigers van) alle stakeholders te vinden: zorgbestuurders, cliënten, medewerkers, overheid en wetenschap. De zorgtafels hebben als doel om knelpunten op macroniveau te identificeren, analyseren en van een oplossing te voorzien. Door alle partijen rond de tafel te zetten moet het mogelijk zijn om een gezamenlijke taal te ontwikkelen, samen onderwerpen te analyseren en samen stappen te zetten naar de oplossing.

Themagroepen werken specifieke onderwerpen met betrekking tot management, organisatie en medewerkers uit, ze werken van denken naar doen en zoeken praktische handvatten.

Voorbeelden van onderwerpen zijn bijvoorbeeld 'netwerkcentrisch werken', 'procesgestuurd organiseren', 'modern leiderschap', 'digitalisering van de zorg' et cetera. In de themagroepen zijn bestuurders, managers, medewerkers en cliënten te vinden.

Als u geïnteresseerd bent om lid te worden van Beweging 2025 of partner van de Agenda voor de toekomst, dan kunt u contact opnemen met het secretariaat: secretariaat@koplopersindezorg.nl

In de volgende hoofdstukken gaan we allereerst in op marktwerking en de daaruit voortvloeiende bureaucratisering en de effecten die deze combinatie hebben op de zorg, organisaties en professionals. In het tweede hoofdstuk gaan we in op de zorg zelf, de diagnostiek en de gevolgen van evidence based werken en de nieuwe vormen van GGZ-zorg die aan het ontstaan zijn en van belang voor de toekomst van de GGZ zijn. In het laatste hoofdstuk gaan we in op technologische ontwikkelingen en de vele interessante mogelijkheden die dit biedt.



1. DE MARKT, ORGANISATIES, PROFESSIONALS EN SCHAARSTE

In dit hoofdstuk gaan we in op de marktwerking in combinatie met de daaraan gekoppelde bureaucratisering en de effecten die dit heeft gehad op GGZ-organisaties en professionals werkzaam in de GGZ. Een belangrijk thema is de schaarste die hier uit voortvloeit: schaarste aan medewerkers en schaarste aan tijd en in het verlengde hiervan het verminderen van het kennisniveau en innovatievermogen van de sector.

1.1 Marktwerking en schaarste

Al weer enige jaren geleden is de marktwerking geïntroduceerd in de zorg. Het is echter een misvatting dat er zoiets als een markt kan bestaan in de zorg, vanwege het feit dat de vraag vele malen groter is dan het aanbod (Delespaul, 2016). Daarnaast kent deze markt een aantal verstorende elementen. Allereerst is er het element van de schaarste: als er sprake is van een grote vraag naar expertise, dan ontstaat er vanzelf schaarste en degene die beschikken over deze expertise bevinden zich in een machtspositie. In het verlengde daarvan verhogen zij conform de wetten van de markt hun prijs en in het verlengde daarvan hun omzet (zie [deze link](#)). Het idee dat dus de markt zorgt voor een optimale kwaliteit tegen de laagste kosten wordt op deze wijze geloochenstraft. Dit mechanisme zie je één op één terug in de GGZ, waar professionals binnen de instelling tegen allerlei bureaucratische belemmeringen aanlopen, die er het werken er niet aangenamer op maken. Omdat zij hun marktwaarde kennen, besluiten zij hun heil buiten de instelling te zoeken en zelfstandig verder te gaan: de vraag in de markt is zo groot dat er altijd werk te vinden is. Expertise en innovatiekracht komen daardoor niet meer samen binnen een organisatie, raken gefragmenteerd waardoor de kennis verschaalt.

1.2 Bureaucratie in de zorg

De bovenbeschreven combinatie van bureaucratisering en schaarste heeft grote effecten op de sector. Je zou kunnen zeggen dat binnen de GGZ er sprake is van een personele en professionele crisis: steeds meer specialisten – en dan de beste als eerste – verlaten de organisatie omdat ze niet langer op een ‘administratiekantoor’ willen werken. Degenen die vertrekken laten zich vervolgens tegen hogere kosten inhuren door hun vroegere werkgever of vestigen zich als zelfstandige.



Vertrekken kent vele voordelen: men verdient meer, hoeft niet eindeloos veel administratief werk te doen en hoeft geen crisisdiensten te draaien. De nadelen voor GGZ-instellingen zijn evident:

- de kosten zijn hoger
- degenen die worden ingehuurd worden niet echt onderdeel van de organisatie of het team, ze zwerven door de organisatie en wisselen voortdurend van team
- door de voortdurende wisselingen gaat er veel tijd verloren aan inwerken.

Het geheel leidt tot hogere kosten en geringere productiviteit, en dus minder opbrengsten waardoor een neerwaartse spiraal dreigt te ontstaan. De ernst van de situatie blijkt uit het feit dat ondanks de werkloosheid onder psychologen het GGZ-instellingen niet lukt om openstaande vacatures te vullen.

Een ander effect is dat degenen die zich vrij gevestigd hebben, de zware gevallen niet aan kunnen en deze doorsturen naar GGZ-instellingen. Daar zijn door de geschetste uitstroom steeds minder en minder hoog opgeleide/ervaren specialisten beschikbaar voor steeds meer en moeilijker cliënten. Door het continue weglekken van kennis ontstaat er verschraving van professionaliteit binnen de GGZ in brede zin: de opleidingscapaciteit neemt af, innovatievermogen wordt minder en GGZ expertise wordt versnipperd over de GGZ-instellingen en de vrijgevestigden.

Deze ontwikkelingen maken dat GGZ-organisaties over steeds minder specialisten (psychiaters en psychologen) kunnen beschikken. Dit heeft grote gevolgen omdat zij in de organisatie aan de top van de kennis- en opleidingspyramide staan. Als zij ontbreken wordt de pyramide van deskundigheid binnen de organisatie blijvend ondermijnd en dreigt deze in te storten. Eenmaal ingestort zal het zeker een generatie duren voordat de pyramide weer is opgebouwd. Er wordt met andere woorden door deze ontwikkelingen blijvende schade toegebracht aan de GGZ.

De kern van het probleem is de overdaad aan regels en verantwoordingseisen. Dit wordt veroorzaakt doordat de maatschappij zich heeft ontwikkeld van een *high trust* naar een *low trust maatschappij*. Los van het feit dat regels en verantwoordingseisen veel tijd kosten, krijgt de professional het idee dat de primaire taken eronder lijden en vindt aan het eind van de dag dat er geen goed werk is geleverd.

Daarnaast lijdt men ook onder de voortdurende druk om te produceren: psychotherapeuten moeten 1290 uur per jaar declarabel zijn, als er no shows zijn (bij sommige doelgroepen 30%) moet je dat zelf



compenseren. Momenten om met collega's te reflecteren en leren, of ervaringen te delen zijn heel schaars geworden.

De problematische situatie op het terrein van de administratie is recentelijk nog verslechterd doordat de professionals zelf administratieve handelingen moeten doen, die vroeger door secretaresses werden gedaan. Dit heeft enerzijds geleid tot een ontslag van secretaresses, anderzijds dat hoogopgeleide en duur betaalde professionals nu zelf secretariael werk moeten doen. Dit is ineffectief en inefficiënt, en zorgt er voor dat de productie omlaag gaat omdat men minder cliënten kan zien.

Een en ander vertaalt zich ook in de wachttijden voor behandeling: voor sommige gevallen van complexe problematiek als bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen en PTSS bedraagt deze op sommige plaatsen een jaar omdat de deskundigheid binnen de organisatie schaars geworden is.

Een ander fenomeen is dat flexwerken te ver is doorgevoerd in bepaalde organisaties. Hierdoor zijn er vaak te weinig kamers om alle aanwezige psychologen/psychiaters en hun cliënten een plek te kunnen geven. Dat leidt noodgedwongen tot het verzetten van afspraken en uitstellen van behandeling, leidt tot gedoe en zet de productiviteit onder druk.

Ook de wijze waarop GGZ-organisatie de voortdurende bezuinigingen het hoofd bieden door het niet tijdig vervullen van vacatures leidt tot problemen. De collega's nemen het dan over en de ervaring is dat een of meer van hen vervolgens uitvallen. Door deze, maar ook andere oorzaken als opleidingen en zwangerschap kan een team van 7 man in de loop van een jaar wegsmelten. Grotere teams van 50 – 60 man kunnen dit zich door hun omvang beter permitteren, maar ook daar zijn deze mechanismen duidelijk zichtbaar.

Onbedoelde effecten van beleid

Een voorbeeld van een beleidsmaatregel met onbedoelde effecten is de introductie van de eigen bijdrage in 2010. Omdat veel cliënten deze bijdrage niet kunnen of willen opbrengen, breken zij de behandeling af met als gevolg vaak een psychose. Dit zijn de verwarde personen die zo in het middelpunt van het nieuws staan (*Ravesteijn et al, 2016*). Deze verwarde personen moeten worden opgevangen op een acuut bed waarmee we bij een ander knelpunt in het beleid aankomen, want dat is gericht op het afbouwen van de acute bedden. Doordat er minder bedden

zijn, is men vaak enige tijd bezig met het vinden van een beschikbaar bed, niet zelden op enige afstand. Daardoor is men de nodige tijd kwijt met vervoer. De politie heeft dit lange tijd voor haar rekening genomen, maar vindt dit niet meer tot haar kerntaken behoren. Om deze lacune op te vangen zijn er psycholances geïntroduceerd, een vorm van vervoer die oorspronkelijk werd gesubsidieerd. Deze subsidie is tijdelijk en er zijn op sommige plaatsen psycholances na afloop van de subsidie stil komen te staan. Zo leidt een besluit ergens in de keten tot een cascade aan gevolgen en kosten elders in de keten.

1.3 Schaarste door compartimentalisering

De geschetste bureaucrativering is ook een symptoom van het succes waarmee de GGZ de afgelopen jaren een allerlei mijlpalen heeft gehaald maar daarna in haar ontwikkeling is blijven steken. Te denken valt aan allerlei kwaliteitsdoelstellingen zoals deze bijvoorbeeld zijn neergelegd in de wet BIG. Door deze wet, maar ook bijvoorbeeld door allerlei regelingen omtrent voorbehouden handelingen, is de aanwezige schaarste alleen maar groter geworden: steeds kleinere groepen medewerkers voldoen aan de eisen van steeds meer wetten en regelingen. Naast het feit dat de vraag uit de markt reeds tot schaarste leidt, leidt op deze wijze deze ontwikkelingen tot extra schaarste. Deze wetten en regelingen kennen allerlei bureaucratische randvoorwaarden en verantwoordingsverplichtingen en wakkeren de bureaucratie verder aan. Ze beperkt bovendien het speelveld: een ieder die er niet aan voldoet of zich er niet aan houdt, handelt onprofessioneel en wordt gezien als een risico voor de patiënt/cliënt én de organisatie. Als men niet zo benepen om zou gaan met het vak en de uitoefening daarvan, zou de schaarste veel minder zijn, zouden medewerkers breder inzetbaar zijn en veel meer cliënten geholpen kunnen worden (*Delespaul et al, 2018*).

1.4 Schaarste als ondermijning van leren en innoveren

De eerder genoemde ontwikkelingen van marktwerking en bureaucrativering voeden de schaarste, maar er zijn ook nog andere redenen voor deze schaarste. Schaarste leidt tot wachttijden die kunnen worden gezien als een terugkerend fenomeen in de zorg. Schaarste en wachtlijsten zijn ingewikkeld vraagstukken die ontstaan onder constante druk van burgers, politiek en bestuur die voortdurend benadrukken dat er te weinig zorg is en dat de kwaliteit van de zorg niet voldoende is. Een aantal ontwikkelingen speelt een rol bij het ontstaan van deze schaarste.



De eerste is de steeds verdergaande medicalisering. We willen namelijk allerlei problemen via de zorg oplossen waarbij de zorg vaak als gelegenhedsuitleg voor een lastig bestaan wordt gebruikt. En dat levert een oneindige vraag op, zeker nu veel maatschappelijke en sociale problemen worden vertaald in zorg. Dit levert het effect van een waterbed op: als je het niet via sociale structuren kunt regelen, dan komt het bij de zorg terecht. En andersom. Het zou veel beter, menselijker en goedkoper zijn als men zou investeren in deze sociale structuren.

Daarnaast hebben professionals in de zorg het zelf ook steeds over tekorten wat het beeld van de buitenstaander alleen maar bevestigt. Deze professionals zitten in een systeem dat door de administratieve controledruk ook voortdurend het gevoel geeft dat men te weinig tijd heeft (zie de productiequota voor psychotherapeuten bijvoorbeeld), het werk niet af is en er overal een tekort aan is.

Dit gevoel van schaarste werkt een op een door op de werkvloer waar men het altijd druk heeft en de tijd niet heeft en neemt om te reflecteren en leren. Daar komt bij dat veel plannen slecht worden geïmplementeerd waardoor men in een vicieuze cirkel raakt: het loopt niet goed, maar men heeft juist daardoor ook geen tijd om te reflecteren en zaken te verbeteren. En als men tijd over heeft, gebruikt men dat om uit te puffen omdat men het zo druk heeft gehad. Een ander kenmerk van de zorg is dat iedereen, zeker bestuurders en vertegenwoordigers van professies, een visie heeft die vaak als een stokpaardje wordt bereden. Hierdoor ontaarden gesprekken vaak in een niet voor ingewijden te volgen strijd over de eigen visie en wordt er snel op de persoon gespeeld. Men komt daardoor niet toe aan fundamentele analyses van wat er in de organisatie beter kan, in feite datgene waar de werkvloer op zit te wachten. Een andere wijze van communiceren zou dit probleem moeten verhelpen, er vanuit gaande dat men over voldoende denkvermogen op abstract niveau beschikt.

De schaarste in tijd voor jezelf leidt ook tot verarming in denken: men heeft geen ruimte voor ontspanning en reflectie of om eens creatief te denken. En als er tijd over is dan doet men niets, rust uit, omdat men het druk heeft gehad.

De sector heeft in het verlengde hiervan weinig reflecterend vermogen, er wordt weinig informatie uitgewisseld met andere sectoren of het bedrijfsleven. Als men dit soort zaken bespreekbaar probeert te maken, wordt het door de tegendruk van professionals onbespreekbaar gemaakt, die het liever over behandelvisie willen hebben. Als je als inhoudelijk niet-deskundige deze problemen

aankaart word je makkelijk gediskwalificeerd, men voelt zich al snel persoonlijk aangevallen en pareert kritisch opmerkingen met het moreel argument 'we zitten hier om mensen te redden'. Om als managers/bestuurders hiermee om te gaan moet je een goed overall beeld hebben, beschikken over inhoudelijke kennis zonder te vervallen in stokpaardjes en een visie hebben over de wijze waarop aan inhoudelijk gemotiveerde mensen leiding moet worden gegeven.

1.5 Evidence based werken als mechanisatie van de zorg

Behalve op organisatorisch niveau is ook het behandelproces de afgelopen jaren sterk veranderd. In het kader van transparantie heeft men *evidence based* werken geïntroduceerd met de daaraan gekoppelde evidence based methodieken. Wat men over het hoofd heeft gezien is dat de beste interventie voor een gemiddelde patiënt, niet per se de beste interventie voor de individuele patiënt is. Met andere woorden: evidence based werken leidt niet tot de beste zorg (*Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017*).

Evidence based werken leidt wel tot een voortdurende escalatie van de zorg, in de zin dat als de ene interventie niet aanslaat men tot de volgende – zwaardere – overgaat. Een en ander geheel conform de met de zorgverzekeraar afgesproken zorgpaden. Men realiseert zich onvoldoende dat dezelfde interventie op een ander, later tijdstip wel zou kunnen aanslaan: de problematiek van de cliënt is dynamisch en ontwikkelt zich voortdurend, de patiënt is geen product dat een productieproces doorloopt. Deze rationaliteit in de behandeling is niet logisch en door alles te stroomlijnen en te verkokeren verergeren de klachten van de cliënt juist vaak. In plaats van deze mechanistische opvattingen zou men veel meer de houding moeten hebben van 'we hebben het geprobeerd, we wachten nu even en kijken hoe het zich verder ontwikkelt'. Dat de GGZ de afgelopen jaren zijn uiterste best heeft gedaan deze nieuwe wijze van evidence based werken in te voeren is prijzenwaardig en is te zien als een inhaalslag ten opzichte van de somatische zorg. Deze succesvolle inhaalslag leidt echter nu op alle fronten tot stagnatie (*van Os et al, 2019*).

Ter nuancering van het bovenstaande kunnen Evidence based methodieken zeker als uitgangspunt voor behandeling worden genomen, waarbij het dilemma is hoe waardeer en combineer je kennis uit de wetenschap, de professional en de ervaringsdeskundige – elk voor zich een waardevolle



component - tot een werkbaar geheel. Een optimale mix zou maken dat de zorgpaden als dragers van informatie en ervaring kunnen gaan dienen en niet de rigiditeit van de huidige zorgpaden hebben.

1.6 Knelpunten in organisatie en leidinggeven

De zorg en zo ook de GGZ kent net als andere organisaties een duidelijke hiërarchie, maar op een of andere wijze kost de besluitvorming en de uitvoering van besluiten onevenredig veel tijd, gebeurt het gedeeltelijk en blijkt het uiteindelijk besluit en de uitvoering daarvan vaak niet effectief. Dit wordt veroorzaakt door een soort leiderschapsvacuüm. Aan de ene kant zijn er verpleegkundigen en professionals die manager worden maar geen affiniteit met leiderschap hebben, aan de andere kant zijn er managers die geen vakinhoudelijke kennis hebben, hun vingers niet willen branden aan vakinhoudelijke discussies en alleen op processen kunnen sturen. Tussen beide groepen zit een leiderschapsvacuüm, dat naar believen door de professional wordt opgevuld, afhankelijk van het lokale machtsevenwicht. Tot overmaat van ramp nemen veel professionals de leidinggevendenden niet serieus, iedereen is immers gelijk.

Aan de andere kant kenmerkt de zorg zich door een zorgeloze continuïteit: dit houdt de mensen niet scherp en maakt organisaties niet wendbaar.

Er is al met al een groot aantal problemen in de sector, waarvan een deel structureel is en te maken heeft met de aard van het werk en de mensen die er werken, een ander deel wordt vooral ingegeven door het huidig tijdsgewricht. Het is een moeilijk te ontwarren geheel en een eenduidig aanknopingspunt voor verandering ontbreekt vooralsnog.

2. ZORGINHOUD

In dit hoofdstuk schetsen we eerst de noodzaak voor fundamenteel onderzoek en daarna de verschillende groepen cliënten die te onderscheiden zijn, allereerst aan de hand van hun klachten, daarna aan de hand van hun zorgconsumptie. De veranderende inzichten in de morbiditeit en preventie die dan beschreven worden, bieden mogelijkheden voor verandering. Vervolgens wordt ingegaan op de steeds groter wordende betekenis van de inzet van ervaringsdeskundigen, de combinatie van professionals en ervaringsdeskundigen en het groeiend belang van netwerken als structuren om mensen met psychische problemen te ondersteunen. Als laatste onderwerp worden de contouren van de publieke GGZ geschetst als modern antwoord op de grote vraag naar ondersteuning bij psychische problematiek.

2.1 Noodzaak voor fundamenteel onderzoek

Er spelen inhoudelijk zeer veel thema's binnen de GGZ maar wat opvalt is dat iedereen het schijnbaar met elkaar oneens is: de sector wordt gekenmerkt door een combinatie van facties, disciplines, generaties, belangengroepen en cliëntgroepen. Deze onenigheid speelt de GGZ parten en maakt het moeilijk om het vak verder gestructureerd te ontwikkelen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld kankeronderzoek. Daar is na de Tweede Wereldoorlog door artsen en wetenschappers, die bereid waren hun onderlinge verschillen te laten rusten, gestructureerd onderzoek gedaan met indrukwekkende resultaten. Ze waren bovendien in staat de maatschappij en de familie hier intensief bij te betrekken, wat zich vertaalt in een brede financiële steun vanuit het publiek. Deze verwaarlozing van fundamenteel onderzoek maakt dat DSM IV, het classificatiesysteem van de GGZ, in termen van kankerdiagnostiek eigenlijk maar één stadium kent, stadium 4, het eindstadium. Het is onduidelijk hoe de voorstadia er uit zien en waardoor en hoe het ontstaan is, welke determinanten een rol spelen, wat het verloop is; interventiemogelijkheden, samenhang met andere ziektes, verdere diagnostiek, behandelmogelijkheden zijn niet gestructureerd onderzocht en er bestaat ook geen kennis over. De GGZ heeft dit allemaal niet onderzocht terwijl men 70 jaar geleden in feite in dezelfde uitgangspositie verkeerde als het kankeronderzoek.

Dit leidt er toe dat de GGZ gekenmerkt wordt door aandoeningen waar we weinig van weten. Het belangrijkste punt is dat we niet kunnen aantonen dat we vooruitgang boeken met onze behandelingen, en of en in welke mate patiënten er daadwerkelijk baat bij hebben.

Naast de bovengenoemde onenigheid, is er nog een aantal andere redenen aan te voeren waarom de GGZ niet die stappen heeft gezet, die op andere onderzoeksterreinen wel zijn gezet. In de *eerste* plaats hebben we te maken met een materie waarbij de psychische toestand van de patiënt verweven is met zijn/haar lichamelijk en maatschappelijk functioneren. Het is met andere woorden moeilijk te bepalen of men psychisch, lichamelijk of maatschappelijk niet optimaal functioneert. Een factor zal wel steeds meer van belang worden: de toenemende complexiteit van de maatschappij zal leiden tot een toename van de psychische problematiek.

In de *tweede* plaats zijn er meerdere disciplines bij betrokken bij een cliënt met psychische problemen, met name psychologen en psychiaters. Het is onduidelijk waar het accent in onderzoek en behandeling moet liggen. Daarnaast doorkruist de vaak politiek geïnspireerde nature versus nurture discussie, oftewel de vraag of aandoeningen biologisch van aard zijn of sociaal/cultureel, voortdurend het onderzoek naar psychische problematiek. Deze complicerende factoren leiden er toe dat de GGZ is blijven 'steken' in het beschrijven van het eindstadium, DSM IV.

2.2 Preventie en bevorderen psychisch welbevinden

Los van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, dat noodzakelijk is en blijft om de oorzaken en interventiemogelijkheden bij psychisch leiden beter in beeld te krijgen, is er wel een aantal zinvolle zwaartepunten te onderscheiden. De *eerste* is een focus op vroegtijdig handelen. Dit voorkomt een ernstig beloop en vergroot de kans op herstel. Punt is wel dat juist op preventie de laatste jaren is bezuinigd. Daarnaast moet men zich hierbij wel realiseren dat vroegtijdig handelen geheel andere competenties, bijvoorbeeld op het terrein van samenwerken, vraagt van de sleutelspelers in de GGZ en aanpalende voorzieningen zoals de eerste lijn. De *tweede* is het bevorderen van de psychische gezondheid van mensen. 75% van de aandoeningen ontstaat of wordt manifest vóór de leeftijd van 25 jaar. Dit is het terrein van de openbare gezondheidszorg en de overheid zou zich kunnen richten op het bevorderen van de psychische gezondheid door goed onderwijs, het vergroten van de vaardigheden om om te leren omgaan met emoties en stemmingswisselingen en het versterken van de veerkracht. En er voor te zorgen dat mensen een bloeiend bestaan (hoge mate van levenstevredenheid) hebben, dat beschermt hen tegen psychische kwetsbaarheid. Het al dan niet hebben van een bloeiend bestaan heeft effect op het functioneren van de maatschappij als geheel. Voor deze randvoorwaarden voor dat bloeiend bestaan is een belangrijke rol voor de overheid weggelegd in de vorm van zorgen voor goed wonen, onderwijs en werk. Ook het reduceren van



omgevingslawaai dat als bron voor stress kan functioneren, kan bijdragen aan een betere psychische gezondheid.

2.3 Verschillende doelgroepen

Heeft men uiteindelijk psychische klachten dan is er een drietal groepen aandoeningen te onderscheiden met ieder voor zich een eigen ontwikkeling en zorgpatronen. Het betreft lichte psychiatrie, ernstige psychische aandoeningen en mensen die hulp vanuit de publieke GGZ nodig hebben. We lopen ze hieronder langs.

Lichte psychiatrie

Dit betreft binnen de psychiatrie een grote groep. Men gaat er van uit dat in de toekomst deze groep:

- steeds meer e-health zal gaan gebruiken en blended care voor hen gemeengoed zal worden, d.w.z. online contacten worden afgewisseld met face to face contacten
- steeds meer eigen regie zal gaan voeren
- steeds meer het eigen dossier zal gaan beheren
- en steeds meer in communities haar problemen zal bespreken.

Ernstig psychische aandoeningen

In de toekomst zal er meer behoefte zijn aan integrale zorg, d.w.z. zorg die betrekking heeft op zowel het psychische als het sociale domein. Logischerwijze vloeit hier meer samenwerking tussen de GGZ-instellingen en Wmo-gefinancierde activiteiten, en dus de gemeenten, uit voort. Men zal gaan zoeken naar het optimaliseren van de samenwerking/samenwerkingsvormen. Een mogelijkheid is ook dat de gemeente net als bij de jeugdzorg in zijn geheel verantwoordelijk gaat worden voor deze groep cliënten. Er wordt al in diverse proeftuinen onderzoek gedaan naar het samenvloeien van het psychische en het sociale domein.

Openbare GGZ

Dit is de groep mensen die tussen wal en schip vallen, bijvoorbeeld de verwarde personen. Deze groep valt onder de verantwoordelijkheid van de GGZ, maar in de toekomst behoort een met de gemeente gedeelde verantwoordelijkheid ook tot de mogelijkheden.

De GGZ is de afgelopen jaren door verzekeraars, overheid, inspectie en anderen in een keurslijf gedwongen, waarbij de menselijke maat soms moeilijk te vinden is. De professional heeft in het verlengde hiervan weinig regelruimte, met de kanttekening dat in individuele contacten die ruimte er nog wel is, maar de verantwoordingsplicht dwingend is en beperkend werkt. De verwachting is dat deze ontwikkeling zich doorzet.

2.4 Twee groepen met veel zorg

Als we vanuit een bredere blik naar de bovenstaande groepen en schaarste kijken dan zien we eigenlijk dat er twee groepen zijn die veel zorg vragen en krijgen. Deze groepen zijn:

- mensen in de laatste maanden van hun leven; deze groep kenmerkt zich door een hoge zorgconsumptie en hoge kosten
- een beperkte groep die een leven lang consumeert met weliswaar sterke fluctuaties per jaar met als resultaat een gemiddeld hoge zorgconsumptie en navenant hoge kosten.

Deze groepen zouden eens goed moeten worden geanalyseerd met als achterliggende vraag hoe de hoeveelheid geld die wordt geïnvesteerd zich verhoudt tot de kwaliteit van leven van de cliënt. De discussie omtrent deze groepen kenmerkt zich vooral door de reactie dat 'het nu eenmaal zo is'. Als we beter kijken zien we dat het nog steeds niet lukt om voor sommige groepen de zorg goed georganiseerd te krijgen. Dit heeft alles te maken met het feit dat onze zorg erg gecompartmentaliseerd en gemechaniseerd is; dit maakt dat men alleen denkt aan de eigen klanten en de eigen doelgroep. Multifunctionele teams zouden de oplossing zijn, maar dan loop je tegen het feit aan dat functies en opleidingen ook sterk gecompartmentaliseerd zijn, waardoor samenwerking geen natuurlijk gegeven is en wordt gehinderd door allerlei eisen.

2.5 Veranderende inzichten in morbiditeit

Een gunstige ontwikkeling is dat het diagnostisch systeem begint te veranderen. Men realiseert zich meer en meer dat het medisch model waarin comorbiditeit niet bestaat, niet goed bij de GGZ past, omdat comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is: in de GGZ heeft 50% van de cliënten last van één stoornis en de andere 50% twee of meer stoornissen lijdt (*Caspi & Moffitt, 2019*). Het hele systeem van zorg is op de eerste groep gebaseerd, maar werkt niet goed voor de groep met

comorbiditeit. In de specialistische GGZ komen deze cliënten in een bepaald zorgprogramma gericht op behandeling van één stoornis terecht en als men er achter komt dat er meer aan de hand is, moet de cliënt van de ene naar het andere zorgprogramma met als gevolg wachttijden voor de patiënt in de overgang naar een ander zorgprogramma. Veel wachtlijstproblematiek die hier uit voortvloeit, kan voorkomen worden door cliënten niet achter in de rij te laten aanschuiven maar door triage de ernstigste cliënten eerst te behandelen.

Daarnaast zou men in plaats van de stoornis te kijken moeten concentreren op de klachten vóórdat de stoornis manifest wordt. Men zou dan preventief kunnen ingrijpen (van der Gaag et., 2019). Dit staat haaks op het overheidsbeleid en beleid van zorgverzekeraars die niet in preventie willen investeren, terwijl deze preventieve interventies weinig kosten en juist veel opleveren. Zo beginnen depressies meestal rond de leeftijd van 8 jaar en door middel van educatie zou men heel veel klachten op later leeftijd kunnen voorkomen. Preventie in de GGZ kan net als bij somatische aandoeningen als bijvoorbeeld preventie van hart- en vaatziekte door de huisarts uiterst succesvol zijn. Maar zoals gezegd, beleidsmatig heeft men enige jaren geleden preventie de rug toegekeerd.

2.6 De nieuwe GGZ: het combineren van professionele – en ervaringskennis

In de GGZ gaat men ook teveel uit van het medisch diagnostisch model waarbij de meetbaarheid, maakbaarheid en controleerbaarheid centraal staan (Guloksuz and van Os, 2017). In werkelijkheid heeft men te maken met moeilijk te diagnosticeren problemen die zich herhaaldelijk manifesteren, waarbij curatie niet helpt en de cliënten blijven zitten met de vraag ‘hoe ga ik met mijn leven verder?’ (Van Os, 2014). In het verlengde daarvan wordt men schijnbaar eindeloos behandeld zonder dat men veel verder komt (Guloksuz and van Os, 2018). De reden is dat men niet uitgaat van ‘positieve gezondheidszorg’: welke waarde kunnen wij als hulpverleners toevoegen aan het leven van de cliënt? Met behulp van positieve gezondheidszorg kan men de klinische dimensie combineren met de sociale/relatieve dimensie waarin de vraag ‘hoe vind je je zelf opnieuw uit’ centraal staat. Het gaat hierbij om zingevingsvraagstukken die voor elke persoon anders zijn. De klassieke GGZ heeft hier geen antwoord op. Er zou onder de noemer van *nieuwe GGZ* een alternatief systeem moeten worden opgebouwd dat bestaat uit een combinatie van professionele kennis en ervaringskennis, te vinden bij mensen die hetzelfde hebben meegemaakt als de cliënt. Belangrijk hierbij is de verbinding/band tussen de cliënt en ondersteuners, die weten wat de cliënt meemaakt/heeft meegemaakt. Klinische



symptoomreductie komt in deze benadering op de tweede plaats en men moet bereid zijn mensen gedurende langere tijd te begeleiden, want 'quick fixes' bestaan nu eenmaal niet (*Delespaul et al., 2016*).

2.7 Alternatieven: het educatieve model

De bovengenoemde combinatie wordt niet door de klassieke GGZ-instellingen geleverd omdat de integratie van medische en sociale/relatieve dimensie moeilijk blijkt te zijn en de aanpak niet te standaardiseren is. Toch is dat noodzakelijk om in de bestaande bureaucratische systemen in te passen. Er is in de afgelopen periode wel een aantal organisaties ontstaan die op deze lacune inspelen en het zogenaamde *educatief model* centraal hanteren, bijvoorbeeld Enik Recovery College, centrum voor ontwikkeling en scholing rondom herstel. Enik biedt een leeromgeving voor mensen die psychische en/of verslavingsproblematiek hebben en die willen werken aan hun herstel. Een Recovery College heeft zijn oorsprong in de VS en Engeland en blijkt een krachtige formule. Het idee is dat deelnemers zich beter leren ontwikkelen binnen een omgeving met mensen met gelijksoortige ervaringen – zonder artsen en hulpverleners. Uniek aan Enik is dat het voor 100% wordt gerund door ervaringsdeskundigen. Deze ondersteuners helpen cliënten uit de dip te komen van 'ik ben niets meer waard'. Dit type organisaties kan gezien worden als een van de spin off van de Wmo en is erg gewild onder GGZ-cliënten.

Er pleit veel voor om de beide dimensies – de klinische en de sociale/relatieve – met elkaar te verbinden. De toegevoegde waarde van de psychiaters, psychologen en verpleegkundigen is dat ze hebben geleerd om mensen stapsgewijs tot veranderingen, waar ze ambigue tegenover staan, te verleiden. Ze hebben veel ervaring in klinisch handelen gericht op kwellende symptomen. In de praktijk blijkt het zogenaamde therapeutische ritueel van belang en psychiaters en psychologen leren over de jaren dit therapeutisch ritueel in te zetten ten behoeve van pijnlijke verander- en acceptatieprocessen. Ook hier zijn vertrouwen en verbinding tussen patiënt en hulpverlener centrale elementen. Om het educatieve proces van het recovery college meer inhoud en ondersteuning te geven zouden psychiaters en psychologen zich wat meer als coach van een proces moeten opstellen, waarbij duidelijk is dat psychiatrie geen lineair, maar een diffuus en cyclisch proces is. (*van Os et al., 2019*).



2.8 Netwerkorganisaties als antwoord op de participatiemaatschappij

Redenerend langs dezelfde lijn is er de afgelopen jaren meer aandacht gekomen voor de *herstelondersteunende zorg*, waarbij de cliënt meer in regie komt en er aandacht is voor een breed scala aan dimensies die de gezondheid van mensen bepalen. Hierbij zouden idealiter care, cure en welzijn in elkaar moeten kunnen overvloeien. Dit is nu niet mogelijk omdat allerlei financierings- en wetgevingssystemen dit onmogelijk maken. Op dit ogenblik deelt men de vraag van de cliënt met andere woorden op in verschillende onderdelen terwijl de cliënt er gebaat bij zou zijn om zorg en ondersteuning als een geheel te krijgen aangeboden. Dit leidt tot een suboptimalisatie van de zorg die niet alleen wordt veroorzaakt door administraties en bureaucratie, maar ook nog eens hierdoor wordt gecontroleerd en bewaakt, een en ander geheel in lijn met Taylor (*Delespaul et al, 2018*).

Het alternatief is dat men uitgaat van de huidige situatie en nagaat hoe men deze domeinen kan combineren. Hier zouden netwerkorganisaties met teams die niet centraal worden aangestuurd een rol in kunnen spelen. Ze kunnen *embedded* zorg en ondersteuning leveren die aansluit op de wensen van mensen en die van hun netwerken. Centrale elementen binnen deze netwerken zijn face-to-face contact, naast een combinatie van professionele en niet-professionele ondersteuning, proces- en wijkgericht werken en professionals die als loods fungeren voor de cliënt om hen te begeleiden bij het maken van keuzes. Dit is werken vanuit een geheel andere visie dan die van waaruit nu in het kader van de participatiemaatschappij wordt gewerkt. Deze laatste wijze van werken is gericht op het door diagnostiek en triage leveren van zo goedkoop mogelijk zorg. In dit systeem word je aan de keukentafel afgestraft als je geëngageerd bent en aangeeft een deel van de zorg over te kunnen nemen: men beschouwt dat als een mogelijkheid tot besparen in plaats van een mogelijkheid het erbij betrekken van het netwerk van de cliënt. Als je alleen maar kijkt naar professionele zorg en de kosten daarvan, dan mis je de mogelijkheden, die netwerken en de mensen binnen de netwerken bieden. Het versterken van deze netwerken – empowerment – is van belang, evenals een andere regie en andere insteek bij de verdeling van middelen. Pas dan doe je recht aan het begrip participatie en faciliteer je participatie, namelijk een actieve deelname van de mensen in het netwerk van de cliënt bij diezelfde cliënt, en deze cliënt met de maatschappij. Nu wordt participatie als het ware afgestraft (*Onderzoeksraad voor de veiligheid, 2019*).

Afstraffen engagement

Stel dat je vader Alzheimer heeft en groeiend zorg vraagt. Zijn zorgbehoeften maken dat hij rechten zou hebben op thuiszorg. Maar je besluit om parttime te werken en zelf de begeleiding op je te nemen. Dan vervalt de indicatie voor thuiszorg (er is een participatie-oplossingen en kosten worden elders geprioriteerd). Maar stel dat je toch 2 weken per jaar met je echtgenoot en kinderen op vakantie wil gaan, dan zal je ontdekken dat je engagement afgestraft wordt en deze eenvoudige vraag niet beantwoord kan worden. Een participatie gericht op scherpe triagering van wel/geen zorg, spaart geld, maar communiceert dat je gek moet zijn om je maatschappelijk te engageren. Op termijn zal de burger zich daardoor, noodgedwongen, steeds minder engageren en er een averechts effect bereikt worden.

De bovenstaande elementen beperken in hoge mate de mogelijkheden van de zorg en die van de professionals binnen de zorg. Men probeert efficiënter te werken en betere kwaliteit te leveren, en mensen erbij te betrekken, maar de effecten zijn juist het tegenovergestelde. Denkend vanuit een ander paradigma zou men de kwaliteiten en de kracht van organisaties en professionals veel beter kunnen inzetten en de vraag van de cliënt beter kunnen beantwoorden.

2.9 Het bieden van social holding

In de samenwerking tussen professionele kennis en ervaringskennis moet de zorg op een andere wijze worden georganiseerd, zodanig dat er voorzien wordt in de enorme behoefte aan ‘social holding’: je in stand kunnen houden in de samenleving ondanks manifeste kwetsbaarheid. Een recovery college is belangrijk, maar daarnaast is het nodig dat netwerken rondom patiënten in de samenleving actief worden versterkt, gestimuleerd en ondersteund. Het idee is dat deze sociale netwerken de mensen bij zich kunnen houden en opvangen. Als doelgroep voor deze social holding kunnen we denken aan mensen die nu de meeste moeite hebben om in zorg te komen en te blijven: personen met de combinatie van ernstige psychische problematiek en een verstandelijke beperking, autisme, verslaving, agressie, persisterende psychose en chronische zelfbeschadiging. De rol van (GGZ-)organisaties ligt dan op het terrein van het ondersteunen van deze netwerken, bijvoorbeeld gebruik makend van open dialogue. Actieve samenwerking met het sociaal domein en de huisarts is hierin noodzakelijk. Het sociaal domein kan naast recovery colleges en netwerkondersteuning ook



gebruikt worden om een sociale economie vorm te geven waarin mensen terug kunnen naar (aangepast) werk en opleiding. De huisarts kan hulp bieden bij de somatische gezondheid van patiënten. Om samenwerking tot stand te brengen tussen sociaal domein, ggz verzekerde zorg, recovery college en huisartsen is een uitgangspunt van kleinschaligheid in de wijk cruciaal voor het succes van de nieuwe GGZ (*Van Os and Delespaul, 2018*).

2.10 Publieke GGZ

Significante psychische klachten zijn, met een jaarprevalentie van 24%, een gezondheidsprobleem van publieke omvang. De GGZ heeft capaciteit voor ten hoogste 6% van de populatie en komt in het bestel van de gereguleerde markt niet tot een goede afstemming tussen zorgbehoefte en zorgconsumptie op populatieniveau (i.e. onderbehandeling en overbehandeling (*Van Os, 2015*)). De noodzaak voor een Publieke GGZ gericht op lange termijn weerbaarheidsbevordering, die opereert naast de DBC productie GGZ, gericht op korte termijn symptoomreductie, is alom erkend, maar heeft van overheidswege nog geen vorm gekregen. Nederland kent een beginnende Publieke GGZ in de vorm van een netwerk van zogenaamde 'eCommunities', elk met een eigen 'look and feel', zodat mensen een lage drempel ervaren om zich te verbinden met anderen met soortgelijke psychische problemen (*Van Os, 2018*). Voorbeelden zijn www.Proud2bme.nl, www.PsychoseNet.nl, www.Drugsinfoteam.nl, www.dwang.eu en www.dementieweb.nl. Deze eCommunities zijn 'multideskundige' initiatieven die jaarlijks miljoenen bezoekers trekken en over heel Nederland mensen bijstaan in psychisch lijden en het navigeren van het complexe GGZ-landschap. eCommunities kunnen worden gezien als de voorhoede van een nieuwe Publieke GGZ. Een reservering van 0,08% in elke DBC die wordt afgesloten in de traditionele GGZ is voldoende om te voorzien in een duurzame Publieke GGZ in de vorm van 10-15 eCommunities. Hiermee ontstaat capaciteit voor de 1-op-1 ggz om zich te richten op de ernstigste problematiek.

3 TOEKOMSTIGE TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN

Na jaren vol van beloftes lijkt de technologie nu toch voor echte doorbraken te gaan zorgen. In dit hoofdstuk worden de mogelijkheden van e-health, gegevensautomatisering en big data geschetst, ontwikkelingen die ieder voor zich de zorg een ander aanzien kunnen geven.

3.1 Automatisering en e-health

Op het terrein van e-health zijn interessante ontwikkelingen gaande. We onderscheiden er drie, te weten:

- e-health
- automatisering van patiëntgegevens
- big data.

E-health kan voor alle groepen een interessante aanvulling vormen, zij het dat voor alle groepen specifieke aanpassingen nodig zijn. Daarnaast moeten op het terrein van e-health nog de nodige slagen worden gemaakt. Dit heeft een aantal redenen, te weten:

- veel cliënten geven de voorkeur aan een gesprek
- ICT-technisch moet er nog het een en ander veranderen
- de mogelijkheden die e-health biedt zijn nog niet voor een ieder helder.

Met andere woorden: het vergroten van de rol van e-health vereist een lange adem, maar de mogelijkheden die in de volgende paragraaf op het terrein van real time interventies worden geschetst zijn meer dan interessant.

Een belangrijke ontwikkeling op het terrein van automatisering en gegevensverwerking is het eigen dossier van de cliënt. Als dat doorzet kan de trend naar eigen regie worden versterkt, waardoor meer cliëntgerichte zorg gaat ontstaan en de professional meer als coach zal gaan fungeren.

Big data maken dat er steeds beter inzicht in ontwikkelingen in de markt komt, maar ook in symptomen en effecten van behandeling. Daarmee kan men bij aanvang van de behandeling veel beter diagnosticeren welke methodiek bij welke personen wanneer goed werkt. Zo kan men gepersonifieerde behandelingen aanbieden. Eigen onderzoek met big data laten zien dat in specifieke wijken meer GGZ-problematiek voorkomt. Vaak is het een combinatie van psychiatrische klachten, die leiden tot werkloosheid dat op zich al weer een basis voor psychiatrische klachten



vormt, waardoor er een vicieuze cirkel dreigt te ontstaan. Big data kan dit soort verschijnselen herkennen en in kaart brengen en op deze wijze de basis voor een strategie vormen.

3.2 E-health: real time interventies

Weliswaar is de eerste generatie e-health niet helemaal van de grond gekomen, de tweede generatie is beter en sneller, ondersteunt het face to face proces en maakt real time interventies mogelijk: men gaat interveniëren in het leven van alledag (*Aranki et al, 2017*). Tot voor kort verzamelde men informatie achteraf, nu kun je bijvoorbeeld real time volgen of iemand depressief is en kan men zich richten op een passende interventie. Zo registreert bijvoorbeeld de smartphone ook bewegingen die men kan analyseren: hoe depressiever, des te minder en trager men beweegt. Hierdoor zijn veel minder face to face contacten nodig en dat op zich is al een grote doorbraak aangezien deze wijze van contact sinds Freud niet meer is veranderd. Daarnaast zie je ook de opkomst van gamificering van therapie die maakt dat men allerlei situaties van alledag met behulp van virtual reality kan nabootsen (*Pot-Kolder et al, 2018*). Oftewel: technologie biedt nog zeer veel ontwikkelingsmogelijkheden en zal de GGZ op een aantal punten fundamenteel veranderen.



Literatuur

- Aranki, D., Kurillo, G., & Bajcsy, R.** (2017). Smartphone Based Real-Time Health Monitoring and Intervention. In S. Khan, A. Zomaya, & A. Abbas (Eds.), *Handbook of Large-Scale Distributed Computing in Smart Healthcare. Scalable Computing and Communications* (pp. 473-514). Springer. doi:10.1007/978-3-319-58280-1_18
- Broer, J., Mooij, C.F., Quak, J., Mulder, C.L.** (2018). Stijging van BOPZ-maatregelen en dwangopnames in de ggz Ontwikkelingen in Nederland in de periode 2003-2017. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 162:D2454
- Caspi, A., & Moffitt, T. E.** (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831-844. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17121383
- Delespaul, P. A. E. G.** (2018). Expert in beweging - van kennis naar proces in de Nieuwe GGZ. In B. van Engelen, G. J. van der Wilt, & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 183-188). Houten: Bohn, Stafleu & van Loghum).
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Van Os, J.** (2016). *GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie*. Diagnosis Uitgevers: Amsterdam.
- Delespaul, P. A. E. G., van Os, J., & van der Horst, H.** (2018). Naar een Nieuwe GGZ: de huisarts als vragende partij? In H. van der Horst & J. van Os (Eds.), *De dokter en de patiënt met psychische problemen* (pp. 77-98). Houten: Bohn, Stafleu van Loghum).
- van der Gaag, M., van den Berg, D. P. G., & Ising, H. K.** (2019). CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at risk mental state: A review and proposed next steps. *Schizophr Res*, 203, 88-93. doi:10.1016/j.schres.2017.08.018
- Guloksuz, S. & van Os, J.** (2017). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med*, 1-16.
- Guloksuz, S. & van Os, J.** (2018). Need for evidence-based early intervention programmes: a public health perspective. *Evid Based Ment Health* 21, 128-130.
- Mulder, C.L., Jochems, E., Kortrijk, H.E.,** The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. DOI 10.1007/s00127-013-0779-7
- Mulder, C.L., van Weeghel, J, Wierdsma, A., Zoeteman, J., Schene, A.** (2017), Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. *Tijdschrift voor psychiatrie* 15, 527 - 545



- Onderzoeksraad voor de veiligheid**, (T, B., Joustra, T. H. J., Meurs, P. L., Welten, B. J. A. M., Delespaul, P. A. E. G., Spies, J. W. E. (2019). *Zorg voor veiligheid Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*. Den Haag).
- Van Os, J.** (2014). *De DSM-5 voorbij: persoonlijke diagnose in een nieuwe ggz*. Diagnosis Publishers: Leusden.
- van Os, J.** (2015). Mental disorder: a public health problem stuck in an individual-level brain disease perspective? *World Psychiatry* **14**, 47-8.
- van Os, J.** (2018). 'Multi-expert' eCommunities as the basis of a novel system of Public Mental Health. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* **96**, 62-67.
- Van Os, J. & Delespaul, P.** (2018). Een Valide Kwaliteitskader Voor De GGZ: Van Benchmark-ROM Aan De Achterkant Naar Regionale Regie en Co-creatie Aan De Voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie* **60**, 96-104.
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A. & Delespaul, P.** (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* **18**, 88-96.
- Pot-Kolder, R. M. C. A., Geraets, C. N. W., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A. B. P., Gijsman, H. J., van der Gaag, M.** (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, *5*(3), 217-226. doi:10.1016/S2215-0366(18)30053-
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.** (2017). *Zonder context geen bewijs — Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag).
- Ravesteijn, B., Schachar, E. B., Beekman, A. T. F., Janssen, R. T. J. M., & Jeurissen, P. P. T.** (2017). Association of Cost Sharing With Mental Health Care Use, Involuntary Commitment, and Acute Care. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1847
- Stel, J. van der** (2015). *Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie*. Houten: BSL.
- Stel, J. van der** (2018). *Psychische gezondheid. Gedragsverandering en zelfregulatie bij psychische problematiek*. Bussum: Coutinho, 2018.
- Stel, J. van der** (2019). *Vroeger is beter. Bevorderen van psychische gezondheid door preventie en vroegtijdig handelen*. Amsterdam: de Tijdstroom