

Tilburg University

Reactie van en antwoord aan Kleijweg

Kleijweg; Van Den Broek, Anneloes; de Vroege, L.; Metz, Margot; Gribling, Gloria; de Ridder, Alex; van Eerd, Juliette

Published in:
Tijdschrift voor Psychiatrie

Publication date:
2022

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Kleijweg, Van Den Broek, A., de Vroege, L., Metz, M., Gribling, G., de Ridder, A., & van Eerd, J. (2022). Reactie van en antwoord aan Kleijweg: 'Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(4), 237-239.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Reactie op

'Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra'

GGZ Breburg introduceerde afgelopen jaar een nieuwe zorgvorm, mentale gezondheidscentra (MG), die een brug vormen tussen sociaal domein, huisartsenzorg, basis-ggz en ggz-instelling. Het initiatief is groots opgezet: aan een gebied met meer dan een miljoen inwoners worden door negen teams jaarlijks ruim 11.000 verkenningsgesprekken aangeboden. Van den Broek e.a. (2022), onder wie de voorzitter en een lid van de raad van bestuur van GGZ Breburg, beschrijven in hun artikel in het februari-nummer van dit tijdschrift de ambities en werkwijze van MG. Deze bieden patiënten voorafgaand aan verwijzing naar de specialistische ggz (sggz) eerst een triagerend 'verkenkend gesprek' in een MG-team, bestaande uit o.a. psychiaters, (klinisch en gz-) psychologen, verpleegkundig specialisten en ervaringsdeskundigen. Dit ter bepaling óf en welke zorg noodzakelijk is. De behandelverantwoordelijkheid blijft bij de huisarts en de auteurs verwachten hierdoor een daling van lichte en sociale problematiek in de sggz, met gunstig effect op wachtlijsten, behandelcapaciteit en samenwerking. Hiermee valt dit initiatief onder het fenomeen 'substitutie': het vervangen van dure specialistische gezondheidszorg door goedkopere generalistische gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning. De voor- en nadelen, doelmatigheid en haalbaarheid van substitutie zijn uitgebreid onderzocht en beschreven; het is opmerkelijk dat de auteurs hierover geen enkele mededeling doen. Ik wil in deze reactie graag twee recente publicaties noemen.

In de 'Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ' van het Trimbos-instituut beschrijven Kroon e.a. (2019) hoe een aanzienlijk deel van de ggz werd overgeheveld naar ambulante en naar lichtere setting. Dit leidde tot een spectaculaire daling tussen 2013 en 2017 van bijna 25% van de volwassen cliënten jaarlijks behandeld in de sggz, naar zo'n 550.000. Inmiddels worden voor een fractie van de totale ggz-kosten meer patiënten in de huisartsenpraktijk door de POH-ggz begeleid dan in de sggz. Steeds meer cliënten krijgen Wmo-gefinancierde begeleiding, doorgaans geboden vanuit een aparte voorziening voor (specialistische) begeleiding, maar ook vaak met een lokaal sociaal wijkteam (28%) of een FACT-team (31% van de aanbieders).

In het in opdracht van VWS geschreven rapport 'Substantieel potentieel' (SiRM 2021) bespreken de auteurs de randvoorwaarden en valkuilen van substitutie en maken een raming van de nog te behalen opbrengsten voor de gehele gezondheidszorg. Heldere, kwantitatieve monitoring van patiëntenstromen en kosten is cruciaal, omdat substitutie soms juist een averechts, aanzuigend effect kan hebben.

AUTEUR

Manon Kleijweg, ouderenpsychiater,
MoleMann Mental Health.

Correspondentie

Manon Kleijweg (manon.kleijweg@molemann.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Zij stellen verder op grond van het Trimbosrapport dat, in contrast met andere specialismen, in de ggz een groot deel van 'Juiste Plek' de afgelopen jaren al is gerealiseerd. Ze berekenen dat de te verwachten opbrengsten van ggz-substitutie zeer bescheiden zijn, ook omdat zowel huisartsen als gemeenten zelf kampen met gebrek aan personeel en financiële middelen. Hooguit van digitalisering wordt daarom nog winst verwacht.

Volgens Van den Broek e.a. zijn de eerste MG-resultaten positief: van 125 verkenningsgesprekken resulteerde 25% niet in een verwijzing naar de sggz. Relatieve cijfers geven echter geen enkel zicht op resultaten in absolute zin. Veel relevante vragen blijven in het artikel onbeantwoord. Onduidelijk is wat het onttrekken van een groot aantal hoogopgeleide behandelaars aan de sggz, ten behoeve van de MG's, betekent voor de zorgkwaliteit en aantrekkingskracht van sggz voor zorgprofessionals.

Auteurs gaan niet in op de gevolgen van de blijvende eindverantwoordelijkheid van de huisarts in de MG's voor de patiëntveiligheid. Ook het risico van het potentieel aanzuigende effect van substitutie blijft onbesproken. De auteurs maken niet duidelijk hoe deze effecten worden gemonitord, hoe de kosten van het project worden gevolgd en in hoeverre de werkwijze van een dubbel intake-traject een extra belasting voor patiënten vormt.

Het artikel roept bij mij bovenal de vraag op wat de meerwaarde is van MG's boven de huisarts, die als erkende poortwachter samen met de POH de laatste tien jaar uitblonk in ggz-substitutie. De bodem van substitutie lijkt inmiddels bereikt, dankzij de eerder behaalde enorme reductie van het aantal volwassenen dat jaarlijks in de sggz wordt behandeld naar nu 3,9% van de volwassen Nederlanders, terwijl ongeveer 6-7% volgens het Trimbos-instituut kampt met ernstige psychiatrische aandoeningen

(de Graaf e.a. 2010). Kunnen we dan niet beter investeren in laagdrempelige telefonische en digitale bereikbaarheid voor huisartsen en wijkteams, en in het verbreden van zorgpaden middels meervoudige expertise binnen de sggz-teams zodat complexe patiënten interne wachtlijsten worden bespaard?

De auteurs noemen stijgende ggz-kosten als aanleiding voor het project. Volgens de Algemene Rekenkamer is er echter al jaren sprake van hoge onderbesteding in de ggz: sinds 2012 blijft jaarlijks 300 miljoen euro, 10% van de voor de ggz gereserveerde premiegelden, onuitgegeven bij de zorgverzekeraars achter. Hiermee kan de wachtlijst van 27.000 patiënten die langer wachten dan de treetnorm met gemak worden opgelost. En dan blijft er nog geld over voor verbetering van netwerkzorg én voor administratieve ondersteuning van behandelaars. Laat werkgeversorganisatie de Nederlandse ggz, in het artikel meermaals aangehaald, zich nu eens sterk maken voor het volledige gebruik van het ggz-verzekeringsbudget. Substitutie? Het is hoog tijd voor introspectie.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer. Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2020. <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>
- Broek A van den, de Vroege L, Metz M, e.a. Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 101-7.
- Graaf de R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af0898-nemesis-2-de-psychische-gezondheid-van-de-nederlandse-bevolking.pdf>
- Kroon H, Michon H, Knispel A, e.a. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/01/AF1722-Landelijke-Monitor-Ambulantisering-en-Hervorming-Langdurige-GGZ-2019.pdf>
- SiRM. Substantieel potentieel. Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden. Utrecht: SiRM; 2021. <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Rapport-substitutie-van-zorg.pdf>

Antwoord aan Kleijweg

Wij reageren graag op de kritische reactie van collega Kleijweg op ons artikel (Van den Broek e.a. 2022). Het geïntroduceerde wijk- en vraaggerichte model van de mentale gezondheidscentra (MG's) dat passende en toekomstbestendige ggz kan bewerkstelligen, is immers een innovatie. De dialoog hierover juichen wij toe en de vragen beantwoorden wij graag.

Substitutie of aanvulling?

Kleijweg stelt dat er sprake is van substitutie. Echter, door de toeleiding naar gespecialiseerde ggz (sggz) anders te organiseren, blijkt een deel van de door de huisarts als sggz aangemerkte indicaties, bij nadere verkenning in het MG, een beter passend aanbod elders te kunnen krijgen buiten de ggz of in de bggz. Hiermee wordt het oneigenlijk wachten op een niet passend aanbod voorkomen. Eenmaal binnen de ggz blijkt sprake van interne wachtlijsten voor specialistische behandelcentra en bij incorrecte indicaties volgt regelmatig een tweede wachttijd door doorverwijzing naar een ander behandelcentrum.

Tevens is sprake van een paradigmaverschuiving van stoornisgerichte diagnostiek en behandeling naar transdiagnostische indicatiestelling en behandeling. De huidige toeleiding naar de ggz waarin de verwijzer verzocht wordt om op voorhand voor een doelgroep te indiceren is hier nog niet op afgestemd. Binnen de MG's wordt aan de voorkant ggz expertise ingezet om zo tot betere indicatiestelling te komen, welke beantwoordt aan de vraag van de cliënt (gewogen vanuit positieve gezondheid) en een reële inschatting maakt van de mogelijkheden voor een passend aanbod. Naar onze opinie betreft het een taak van de ggz om ook bij beginnende beelden in een vroeg stadium interventies of consultatie te bieden. Binnen het huidige model zien we nog te vaak dat door de hoge verwijdsdrempel, te laat ggz wordt geïndiceerd en de kans op vroege interventie gemist wordt. Door deze aanpak is de verwachting dat het aantal verwijzingen naar de sggz zal verminderen.

Zorgprofessionals worden niet onttrokken aan de sggz, aangezien zij zowel voor een MG als een expertisecentrum van dezelfde ggz werkzaam zijn. Hierdoor behouden zij specifieke expertise, hetgeen afstemming tussen MG en expertisecentra waarborgt. Vanuit opleidingsperspectief en werkplezier biedt het werken in de MG's aantrekkelijke kanten voor professionals omdat zij diagnostiek, triagering en indicatiestelling weer in de volle breedte kunnen beoefenen, hetgeen nu vaak niet het geval is.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om cliënten extra te belasten vanwege een dubbel intake-traject. Dit wordt juist voorkómen. Bovendien werken we in hetzelfde EPD en diagnostiek vindt getrapd en modulair plaats. De verantwoordelijkheid en coördinatie over toeleiding blijven bij de regiebehandelaar in het MG.

Kortere wachtlijsten

We zijn het overigens eens met Kleijweg dat het tijd is voor introspectie op de huidige cultuur en werkwijze binnen de ggz. Via de aanpak van samen beslissen over verwachtingen van behandelingen spelen we hier zowel bij MG's als expertisecentra vanuit cliënt-, naasten- én behandelaarsperspectief op in.

De praktijk is weerbarstig. Het lukt ons, net als andere ggz-organisaties, niet om het roer om te gooien zonder een modelaanpassing. Het door ons gepresenteerde model faciliteert de beweging zoals Kleijweg voorstaat: betere toegankelijkheid en bereikbaarheid van de ggz én opheffen van de kunstmatige organisatorische scheiding tussen bggz en sggz.

Ter facilitering van deze nieuwe manier van werken vindt praktijkgericht actieonderzoek plaats, zowel cijfermatig als kwalitatief. Dit is een gezamenlijk initiatief van GGz Breburg, zorgverzekeraar CZ en Tranzo/Geestdrift, ondersteund door ZonMw. De resultaten hopen we te zijner tijd in dit tijdschrift te beschrijven.

Besluit

Tot slot willen we Kleijweg en andere geïnteresseerden van harte uitnodigen om de werking van de MG in vivo mee te maken om samen met ons te ondervinden welke cultuurverandering deze beweging 'op de vloer' tot gevolg heeft.

LITERATUUR

- Broek van den A, de Vroege L, Metz M, e.a. Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra. Tijdschr Psychiatr 2022; 64: 101-7.
- SynQuest interviewreeks: Samen beslissen met ROM, op maat en in de keten. Interview nr 2: Regie door de cliënt, 2021. <https://www.synquest.nl/node/25>

AUTEURS

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

Lars de Vroege, GZ-psycholoog/neuropsycholoog en senior onderzoeker, afd. Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid, 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 Behandelmiddelen, 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).

