ISSN: 2589-8108 DOI: https://doi.org/10.31739/GGZV.2023.1.2 © GGZ Vaktijdschrift, 2023;1(6):2-19

Het moet beter, het kan beter, maar gaan we het ook beter doen?

Dineke Smit[1,2] & Jim van Os[3]

[1] Steunpunt ggz
[2] Psychiatrie UU Utrecht
[3] Psychiatrische epidemiologie en publieke ggz, UMC Utrecht.

Correspondentieadres:
Dineke Smit
Kaatstraat 18
3513 BK Utrecht
d.smit@ggzutrecht.nl

Samenvatting
Het Integraal Zorgakkoord (IZA) benadrukt een aantal uitdagingen voor de ggz, zoals de medicalisering van psychisch lijden, gebrek aan ondersteuning voor mensen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie en beperkte toegang tot zorg. Een integrale samenwerking tussen alle stakeholders wordt aanbevolen. De regie wordt gelegd bij ggz kerninstellingen. Dit roept de vraag op of de ggz kerninstellingen, met hun (hoog) gespecialiseerde kennis op basis van het biomedisch model, de meest voor de hand liggende aanjagers zijn van de veranderde focus op mentale gezondheid. Om deze vraag te beantwoorden is (i) een analyse gemaakt van feedback loops binnen de ggz, evenals (ii) een analyse van Vektis-data en CBS-data naar de relatie tussen sociaaleconomische data en ggz-kosten op PC4-niveau en factoren die daarop van invloed zijn en tot slot (iii) een analyse van een aantal aspecten van het IZA, met name de integrale samenwerking en de werkagenda samenwerking van de ggz met het sociaal domein en de huisartsenzorg. Hierbij wordt inzichtelijk welke patronen de huidige problemen binnen de sector in stand houden en waar de mogelijkheden liggen om het anders te gaan doen. De analyse suggereert dat een transformatie nodig is die voorziet in een andere manier van kijken naar psychisch lijden en een sterke waardengerichte samenwerking van partijen, dwars door wetten en settings, in een flexibel ecosysteem van sociale, publieke en medische hulpverlening.

Sleutelwoorden: Integraal Zorgakkoord, IZA, ggz, feedback, Vektis, CBS, data

Inleiding

"Het moet beter, het kan beter, anders lopen we vast", staat geschreven in hoofdstuk 1 van het Integraal Zorgakkoord (IZA) [1]. Ondanks de wat negatieve formulering, zullen de meeste cliënten en hun naasten, professionals, financiers en bestuurders binnen de ggz dit statement kunnen onderschrijven. Ook voor "samen kunnen we de zorg toekomstbestendig

maken" is een breed draagvlak te vinden. Waar de meningen nog over verdeeld zijn is de vraag hoe dat *beter* vorm dient te krijgen, onder welke voorwaarden, en hoe dat *samen* er in de praktijk uit zou moeten zien.
De focus van het IZA ligt op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, en werd in eerste instantie alleen door De Nederlandse GGZ ondertekend. Huisartsen hadden te weinig vertrouwen in het nakomen van gemaakte afspraken [2] maar hebben nadien alsnog getekend. MIND vindt dat de rechten van patiënten te veel onder druk komen te staan en heeft niet getekend [3].

In dit artikel wordt dieper ingegaan op de dynamiek van de huidige uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij worden *feedback loops* geanalyseerd en wordt de correlatie tussen psychisch lijden en sociale determinanten beschreven. Hierbij wordt inzichtelijk welke patronen de huidige problemen binnen de sector in stand houden en waar de mogelijkheden liggen om het anders te gaan doen. Dit 'anders' ligt met name in een structurele aandacht voor de sociale determinanten die van invloed zijn op de mentale gezondheid. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de vraag of er een overlap is tussen de zorg die ggz aanbieders bieden en de wijken of regio's waar op basis van de sociaaleconomische status meer mentale problemen verwacht wordt. Deze overlap blijkt beperkt. Daaropvolgend wordt ingezoomd op de werkafspraken vanuit het IZA. Adresseren de werkafspraken de uitdagingen in de ggz en waar liggen mogelijke verbeterpunten?

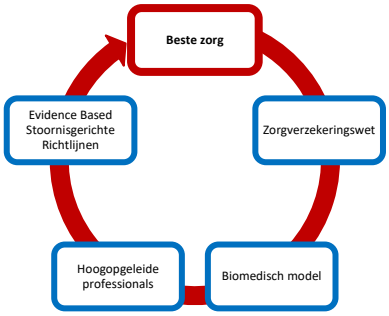
Feedback loops in de ggz

"Niet alle vraagstukken vragen om een medisch antwoord. Het Nederlandse systeem rondom ondersteuning en zorg kent verschillende stelsels met verschillende vormen van bekostiging en een verschillend wetgevend kader. Dit zorgt voor versnippering van ondersteuning en zorg en leidt soms tot moeizame samenwerking tussen (zorg)aanbieders uit verschillende (zorg) sectoren. Om de maatschappij leefbaar te houden, en mensen waar nodig te ondersteunen bij hun sociale leven, gezondheid, participatie en omgang met hun gezondheid en kwetsbaarheid, is het essentieel dat er een goede verbinding is tussen de medische expertise (artsen), de verpleegkundige expertise (verzorgenden en verpleegkundigen) en de gemeentelijk sociale expertise (o.a. sociaal werkers en medewerkers publieke gezondheidszorg) en dat zij in staat worden gesteld om over de grenzen van weten en deelsystemen (waaronder de zorgverzekeringswet) samen te werken." [1]

Mentale gezondheid wordt niet alleen gekenmerkt door bepaalde gedragspatronen. Er zijn op meerdere levensgebieden factoren die de mentale gezondheid beïnvloeden. Mentale gezondheid en de sociale determinanten zijn met elkaar verbonden en wederzijds afhankelijk van elkaar [4-9]. Sociaaleconomische omstandigheden beïnvloeden de mentale gezondheid en de mentale gezondheid heeft invloed op iemands sociale-economische omstandigheden [10]. Sociale ongelijkheid hangt samen met het risico op psychische problemen: grotere ongelijkheid leidt tot een hoger risico op psychische problemen [11-13]. Mensen met een laag inkomen hebben een hogere kans op psychisch lijden dan mensen met een hoog inkomen [11; 14]. De levensverwachting van mensen met ernstig psychisch lijden is flink lager [15]. Een onveilige jeugd en breuken in de ontwikkeling van een kind of jongeren geeft op latere leeftijd een hoger risico op psychische problemen [16; 17].

ISSN: 2589-8108 DOI: https://doi.org/10.31739/GGZV.2023.1.2 © GGZ Vaktijdschrift, 2023;1(6):2-19

Het verbeteren van de mentale gezondheid vraagt daarom om acties tijdens verschillende levensfases en diverse levensomstandigheden.
Bestaans(on)zekerheid is hierbij een belangrijke factor [18-20]. Positieve gezondheid biedt handvatten om alle levensgebieden met elkaar in samenhang te bezien [21].
Wanneer er sprake is van een context waarin factoren van elkaar afhankelijk zijn en elkaar op veelal onbekende wijze wederzijds beïnvloeden, dan spreek je van een complex dynamisch systeem [22-25]. Het lijkt erop dat we momenteel gevangen zitten in een aantal feedback loops, factoren die elkaar remmen (negatieve feedback loop) of elkaar juist versterken (positieve feedback loop). Feedback loops kunnen worden omschreven als een proces waarbij het effect terugleidt naar - of invloed heeft op - zijn eigen oorzaak [26-28]. Neem de feedback loop van *de beste zorg op de juiste plek* als voorbeeld. Dit adagium wordt binnen de zorgverzekeringswet al jaren gepropageerd. Professionals die binnen de zorgverzekeringswet handelen, zijn allen hoogopgeleid. De hoogstopgeleide professional zorgt voor de *beste zorg* op basis van evidencebased richtlijnen en voor de *beste zorg* heb je een hoogopgeleide professional nodig (positieve feedback loop). Om ondanks deze positieve feedback loop de belevingswereld van de cliënt een betere positie te geven, is er in toenemende mate de inzet van ervaringsdeskundigen binnen de ggz mogelijk gemaakt. Wil je als ervaringsdeskundige binnen de ggz aan de slag om zo *de beste zorg* te kunnen leveren, dan moet je minimaal een hbo-opleiding hebben en voldoen aan het kwaliteitssysteem ervaringsdeskundigheid. Voor de *beste zorg* is ook een psychiatrische diagnose noodzakelijk, want zonder diagnose geen behandeling in de ggz (positieve feedback loop). Met andere woorden: niet de *beste zorg*. Zo lijkt de *beste zorg* als adagium gekoppeld aan de ggz, de ggz is gekoppeld aan de zorgverzekeringswet, de zorgverzekeringswet eist via de CONO-beroepentabel dat alleen hoogopgeleide zorgverleners de zorg mogen leveren en de hoogopgeleide zorgverleners werken als wetenschappelijk opgeleide zorgverleners op basis wat wetenschappelijk ‘bewezen’ effectieve behandelmethodes zoals beschreven in de evidencebased richtlijnen binnen het biomedisch model. Deze feedback loop werkt als een attractor waar het lastig uit te komen is.



Figuur 1
Feedback loop ‘De Beste Zorg’

Meer aandacht voor sociale determinanten van mentale gezondheid is in deze attractor niet eenvoudig vorm te geven. Psychische zorg en sociale zorg kennen in de praktijk helaas weinig samenhang [10]. Zo kan het gebeuren dat hoogopgeleide welwillende professionals de *beste behandeling* bieden vanuit hun biomedisch concept van gedrag, maar nauwelijks de sociale determinanten adresseren. Ondanks dat deze sociale determinanten leiden tot een hogere kans op het in stand houden van mentale gezondheidsproblemen en bij het in stand houden van mentale gezondheidsproblemen de kans op behoefte aan ggz in stand blijft (positieve feedback loop). Kun je dan nog spreken van de *beste* zorg? In deze attractor is

weinig ruimte voor zelforganisatie om het adaptief vermogen te voeden om de opwaartse druk van (te veel) positieve feedback loops te beperken [29].

2.1 Sociale determinanten en ggz aanbod

Voor ggz aanbieders is het in de dagelijkse praktijk een bekend fenomeen: het effect van hun behandeling wordt beïnvloed door de ervaren armoede, eenzaamheid en/of sociale exclusie van hun cliënten. Hoe zit dat op een grotere schaal?

De ggz-dichtheid in Nederland is hoog: er zijn momenteel een kleine 10.000 ggz-aanbieders die jaarlijks meer dan 1 miljoen Nederlanders behandelen voor ongeveer 0.9% van het bruto binnenlands product [30]. Ongeveer een derde van de regionale verschillen ggz-kosten, maar niet die van medisch-specialistische zorg of huisartsenzorg, is terug te voeren op sociaaleconomische verschillen tussen regio's [31; 32]. Binnen de sociaaleconomische factoren met impact op het ggz-zorggebruik werd de grootste bijdrage geobserveerd voor een regionale sociaaleconomische score, onafhankelijk van geslacht, leeftijd, urbanisatie, regionale etnische dichtheid en kalenderjaar [31-33]. De ggz in Nederland kent aldus een sterke sociaaleconomische gradiënt, met 25% tot 350% verschil in zowel zorgactiviteit als behandelprevalentie tussen de minst en meeste gedepriveerde PC4-gebieden. Toenemende regionale sociaaleconomische deprivatie zou dus gepaard moeten gaan met een toename in complexe zorg ten opzichte van niet-complexe zorg, van klinische behandeling ten opzichte van ambulante behandeling, en van behandeling van ernstig psychische aandoeningen ten opzichte van minder ernstige problematiek [33]. De relatief hoge mate van sociaaldemografische beïnvloeding of de 'verklaarbaarheid' van de ggz, is een belangrijk gegeven. Lagere sociaaldemografische verklaarbaarheid, bij gelijke regionale variatie, kan wijzen op andere bronnen van variatie, zoals variatie in aanbod. In Amsterdam en Rotterdam wonen bijvoorbeeld respectievelijk 817.000 en 624.000 mensen, of afgerond 5% en 4% van de Nederlandse populatie, maar de fractie van de landelijke zorgaanbieders voor traumabehandeling (www.keuzeindeggz.nl) in deze steden is respectievelijk 15% en 4%, en die voor depressie 12% en 3%. De jaarlijkse ambulante sggz-kosten per verzekerde voor depressie over de periode 2015-2018 waren 43 euro in Amsterdam en 33 euro in Rotterdam [cijfers per analyse dataset [33]]. De verschillen in de kosten voor depressie gaan in tegen de sociale gradiënt (i.e. zijn niet sociaaleconomisch verklaarbaar), want het percentage hoogopgeleiden in Amsterdam is 48% (CBS, cijfers 2018) en 31% voor Rotterdam. Dergelijke verschillen tussen steden kunnen duiden op een aanbodgedreven gebruik van zorg [34], als ongewenst gevolg van de gereguleerde marktwerking die een aanbodgedreven patiëntenselectie stimuleert uit de 20% jaarprevalentie van psychisch lijden [35]. Wanneer we de sociale determinanten van mentale gezondheid serieus nemen is het zinvol om patronen van sociaaldemografische verklaarbaarheid van ggz-zorgkosten in Nederland te analyseren om de hypothese te onderzoeken dat ggz-zorgkosten variëren in de mate waarin ze voorspelbaar samenhangen met het sociaaleconomische populatieprofiel. Als dit zo is, zouden verschillen in proxy variabelen van verhoogd aanbod tussen regio's, bij gelijke mate van intra-regionale random variatie, gepaard moeten gaan met een lagere mate van sociaaldemografische verklaarbaarheid van de kosten, als beschreven in Figuur 1 op het niveau van de vier-cijferige postcode regio. Proxy variabelen van verhoogd aanbod waren de

mate van stedelijkheid en de mate van hulpverleningsdichtheid.

2.1 Methode

In de Vektisdata werd een selectie gemaakt voor alle ggz-kosten die gemaakt werden door verzekerden van 18-65 jaar binnen de ggz voor de jaren 2015-2018. Hiervoor maakt Vektis gebruik van de declaraties die betrekking hebben op ggz, huisartsenzorg en de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze kosten werden per jaar uitgesplitst naar de verschillende type zorg: poh-ggz, basis ggz (bggz), gespecialiseerde ggz (sggz), langdurige ggz (lggz) en ggz binnen de Wlz. De sggz werd verder onderverdeeld naar ambulant en klinisch en de verschillende diagnosegroepen. Per jaar werden de gemiddelde ggz kosten per verzekerde berekend. Hiervoor werden de ggz kosten (teller) verdeeld naar clusters van leeftijdsklasse (5 jaar), geslacht en PC4-gebied. De clusters van het aantal verzekerden (noemer) worden bepaald op basis van de verzekerdenkenmerken van alle verzekerden. Om herleidbaarheid naar personen te voorkomen werd de regel gehanteerd dat geen informatie werd gedeeld over een cluster waarbinnen het aantal verzekerden <10 is. Hierbij werd niet aangegeven op hoeveel patiënten de kosten per cluster en type zorg waren gebaseerd. Het is dus mogelijk dat de kosten voor een groep van 10 verzekerden onderliggend werden gemaakt door 1 verzekerde. Echter omdat deze kosten werden weergegeven voor alle 10 verzekerden samen, is niet herleidbaar welke individuele verzekerde(n) kosten hebben.

Ook werd het aantal patiënten meegenomen, uitgesplitst naar jaar, postcode 4, leeftijdsklasse (drie klassen van 18-24, 25-64 en 65+) en geslacht. Indien het aantal patiënten kleiner was dan 10 werd het veld ‘aantal patiënten’ niet gevuld. De ggz-kosten voor de regressieanalysen waren de kosten per verzekerde. De kosten per unieke client (KPUC) werd berekend per PC4 gebied, jaar en leeftijd-geslachtscluster (3 leeftijdsklassen) als de ggz-kosten gedeeld door het aantal patiënten. Gezondheidszorgkosten worden gekenmerkt door extreme waarden die resultaten kunnen verteken. Kostenvariabelen werden daarom gewinsoriseerd waarbij de 1% extreme waarden per leeftijdsgroep en geslacht, alsmede per type zorg (bggz, sggz ambulant, sggz klinisch, poh, lggz, wlz) en diagnosegroep, uit de verdeling werden gehaald en vervangen door de waarde van het 99ste percentiel. De psychische hulpverleningsdichtheid werd bepaald door de som van alle werkzame personen die actief waren bij een instelling binnen 1 van de navolgende SBI codes: 86104 (geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting), 86222 (Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg), 86913 (praktijken van psychotherapeuten en psychologen), ingeschreven bij de kamer van koophandel over de periode 2015-2018.

Regressie-analyse

De afhankelijke variabele in de regressiemodellen was ggz-zorgactiviteit, uitgedrukt als de gemiddelde kosten per verzekerde voor ieder leeftijd-geslachtscluster per PC4 gebied per jaar, met weging voor het aantal mensen per leeftijd-geslachtscluster in de analysen. Kostwaarden ondergingen een zero-skewness logtransformatie met de Stata *lnskew0* procedure, werden gecentreerd en uitgedrukt in standaarddeviatie-eenheden (i.e. gedeeld door hun standaarddeviatie). Ggz-zorgkosten werden gemodelleerd in een regressiemodel (Stata *regress*

procedure) als een functie van factoren met bekende associaties met zorggebruik en ggz-zorgbehoeften [36-42], te weten: leeftijd (in jaren), geslacht, urbanisatiegraad (CBS 'macro' stedelijkheidsgraad op gemeenteniveau), kalenderjaar en een PC4-niveau sociaaleconomische index (uitgedrukt als een interval variabele met vijf niveaus van kwintielgroepen). Factoren gebruikt in eerdere analysen die niet bijdroegen aan het model werden niet geïncludeerd [31; 32]. De PC4 sociaaleconomische index was de geroteerde score van de eerste factor (35% variantie verklaard) van een factoranalyse van 48 demografische en sociaaleconomische PC4-niveau variabelen uit de CBS bestanden 'Kerncijfers Wijken en Buurten' over de jaren 2015-2018. Deze 48 variabelen betroffen de volgende demografische en sociaaleconomische dimensies: leeftijd, geslacht, etniciteit, inkomen, huwelijkse staat, geboorten, sterfte, woonverband, type woningen, wooneigenaarschap, leegstand, bouwjaar, huishouden inkomen, uitkeringen, type uitkering, bijstand, op/onder sociaal minimum, adresdichtheid, bevolkingsdichtheid, aantal inwoners. De eerste factor scoorde hoog op: jonge leeftijd, etnische minderheden, ongehuwd, 1-persoons huishouden, geen kinderen, meergezinswoning, huurwoning, woningcorporatiewoning, laag inkomen, op/onder sociaal minimum, bijstand en hoge adres- en bevolkingsdichtheid. Toevoeging van tweede en/of hogere factoren uit de factoranalyse bracht geen verdere verbetering in kostmodellen en werden derhalve niet geïncludeerd in de huidige analysen. Gegeven de opbouw van de data van het aantal mensen in 18 leeftijd-geslachtsclusters in 4094 PC4 gebieden ontstaat een hiërarchische clustering in de data, te weten de leeftijd-geslacht groepen (niveau 1) die zijn geclusterd binnen PC4-gebieden (niveau 2). Correctie van standaardfouten voor clustering van de data op regioniveau werd uitgevoerd met de *cluster* optie in Stata.

Verklaarde variantie en 'ggz-verklaarbaarheid' parameter

De determinatiecoëfficiënt R^2 van het regressiemodel werd gebruikt als maat voor het deel van de variantie dat werd verklaard door het statistisch model. De R^2 van drie modellen werd gebruikt om uit te rekenen hoeveel van de regionale verschillen in ggz-kosten werd verklaard door de fixed effects van sociaal-demografische factoren. In het eerste model werd het gedeelte van de variantie berekend dat kan worden toegeschreven aan alleen het random PC4-effect; dit was de R^2 van het regressiemodel met de dummies van de PC4-indicatoren (R^2_{model1}). In een tweede regressiemodel werd de R^2 berekend van het model met alleen de sociaaleconomische factoren als boven beschreven (R^2_{model2}). In het derde regressiemodel werd de R^2 berekend van het model met zowel de dummies van PC4-indicatoren als de sociaaleconomische factoren (R^2_{model3}). De berekening om te bepalen hoeveel van het regio random effect wordt verklaard door de sociaaleconomische factoren was als volgt: $1-[(R^2_{model3}- R^2_{model2})/ R^2_{model1}]$.

Geocodering resultaten

Om verschillen tussen regio's aanschouwelijk te maken werd (i) de mate van variatie van kosten tussen PC4-gebieden (i.e. de determinatiecoëfficiënt van model 1) en (ii) de mate waarin PC4-gebonden variatie kan worden verklaard door sociaaleconomische factoren (i.e. de ggz-verklaarbaarheid parameter) met QGIS geocoderingsoftware geprojecteerd op de kaart van Nederland, geaggregeerd op gemeenteniveau en gewogen voor het aantal verzekerden, gebruik makend van

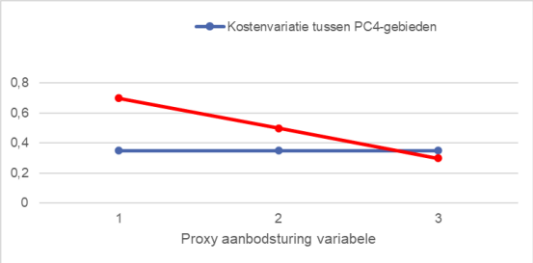
ISSN: 2589-8108 DOI: https://doi.org/10.31739/GGZV.2023.1.2 © GGZ Vaktijdschrift, 2023;1(6):2-19

vijf tinten rood voor de kwintielgroepen van deze variabelen.

Proxy variabelen van aanbodsturing
De volgende variabelen op PC4-niveau, gecategoriseerd op tertielgroep (met uitzondering van stedelijkheid), werden gebruikt als proxy-variabelen van aanbodsturing: stedelijkheid (3=G4 grote steden, 2=G40 middelgrote steden, 1 rest) en psychische hulpverleningsdichtheid (1=laagst, 3=hoogst). De gewogen correlatie tussen de twee variabelen was klein (r=0.15). Om verschillende tussen de niveaus van de proxy aanbodsturing variabelen te interpreteren werden de kosten per verzekerde en de kosten per unieke patiënt berekend voor elk niveau van de variabele. Hogere kosten per verzekerde in combinatie met gelijke kosten per patiënt duiden op verschillen in behandelprevalentie terwijl hogere kosten per verzekerde in combinatie met eveneens hogere kosten per patiënt ook duiden op intensievere behandeling.

3.2 Grafische weergave resultaten

Resultaten werden weergegeven als afgebeeld in de hypothetische Figuur 2. Voor de verschillende categorieën van de proxy 'aanbodsturing' variabele, werd weergegeven de mate van kostenvariatie tussen PC4-gebieden alsmede de mate waarin deze kostenvariatie was terug te voeren op PC4-sociaaleconomische verschillen (de ggz-verklaarbaarheid parameter).

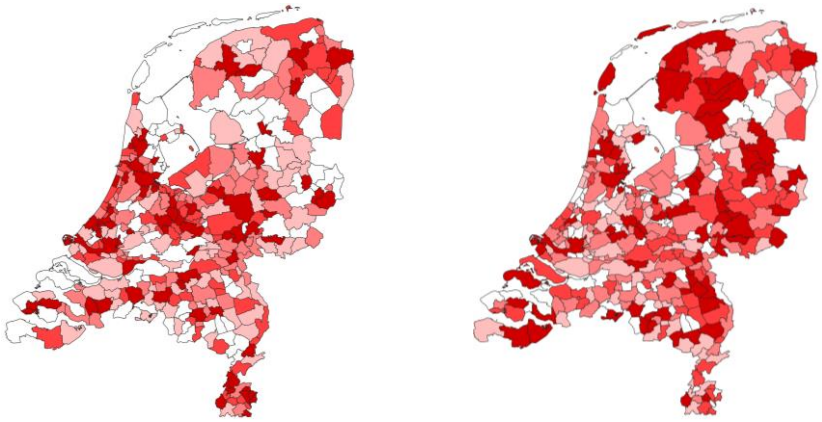


Figuur 2
Hypothetisch voorbeeld van de mate van kostenvariatie tussen PC4-gebieden (blauw) en de mate waarin deze PC4-kostenverschillen zijn terug te voeren op PC4 sociaaleconomische (SES-verschillen; rood), als een functie van een proxy 'aanbodsturing' variabele (x-as waarden 1 t/m 3).

In de hypothetische figuur is te zien hoe voor de verschillende categorieën van de proxy 'aanbodsturing' variabele, bij gelijkblijvende kostenvariatie tussen PC4-gebieden, de mate waarin deze kostenvariatie is terug te voeren op PC4-sociaaleconomische verschillen, afneemt voor hogere waarden van de proxy variabele. De 'ggz-verklaarbaarheid' neemt dus af met hogere waarden van de proxy variabele, hetgeen kan duiden op een groter aandeel van het aanbod als verklarende factor van PC4-verschillen.

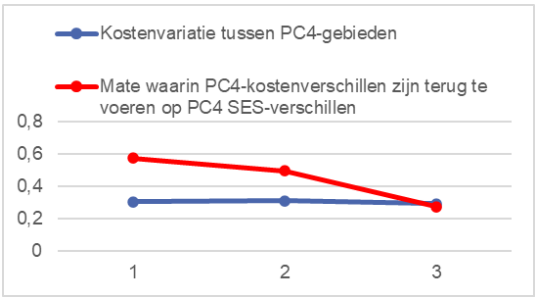
3.3 Resultaten

Beschrijvende resultaten
Geocodering van gemeenteniveau R^2_{model1}, R^2_{model2} en de fractie van het PC4-random effect verklaard door sociaaleconomische factoren is afgebeeld in Figuur 2 en laat aanzienlijke variatie zien tussen regio's.

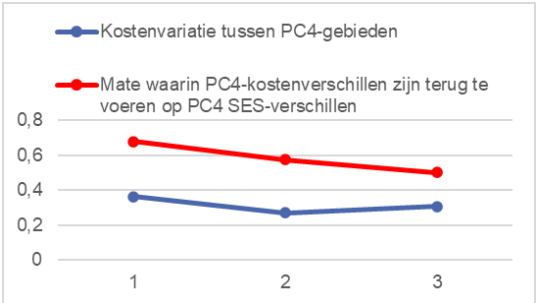


Figuur 3
Geocodering op gemeenteniveau van (i) mate van variatie van kosten tussen PC4-gebieden (links) en (ii) mate waarin PC4-gebonden variatie kan worden verklaard door sociaaleconomische factoren (rechts).

Figuur 4
PC4-variatie in ggz-kosten (blauw) in relatie tot de mate van sociaaleconomische verklaarbaarheid van PC4-variatie (rood), als een functie van proxy aanbodsturing variabelen.



Figuur 4a
Mate van Stedelijkheid (x-as; hoger = meer)



Figuur 4b

Ggz-hulpverleningsdichtheid (x-as; hoger = meer)

In Figuur 4 is te zien dat, voor elk van de proxy variabelen van aanbodsturing, hogere waarden van proxy aanbodsturing gepaard gaan met verminderde ggz-verklaarbaarheid door sociaaleconomische factoren, bij ongeveer gelijkblijvende PC4-gebonden variatie in kosten. Met name bij toenemende mate van stedelijkheid daalde de ggz-verklaarbaarheid parameter, maar ook bij hogere hulpverleningsdichtheid.

Tabel 1 geeft weer de kosten per verzekerde, de kosten per unieke cliënt, de determinatiecoëfficiënten van de drie modellen en de ggz-verklaarbaarheid parameter, voor de drie niveaus van de proxy variabelen van aanbodsturing. Voor beide variabelen was de stijging in kosten per verzekerde sterker dan de kosten per unieke cliënt. Bij stedelijkheid was de stijging in kosten per unieke client niet lineair en zichtbaar met name als verschil tussen de laagste en de hoogste twee categorieën, terwijl bij hulpverleningsdichtheid de stijging in kosten per unieke client lineair was.

ISSN: 2589-8108 DOI: https://doi.org/10.31739/GGZV.2023.1.2 © GGZ Vaktijdschrift, 2023;1(6):2-19

Proxy aanbodsturing variabele	Model	Kosten	Niveau[1]		
			1	2	3
Stedelijkheid		€ kosten per verzekerde	234	336	369
		€ kosten per unieke client	2966	3267	3184
	R^2_{model1}		0.31	0.31	0.30
	R^2_{model2}		0.21	0.23	0.09
	R^2_{model3}		0.34	0.39	0.30
	Ggz-verklaarbaarheid		0.58	0.50	0.28
Ggz hulpverleningsdichtheid		€ kosten per verzekerde	208	262	318
		€ kosten per unieke client	2872	3034	3175
	R^2_{model1}		0.36	0.27	0.31
	R^2_{model2}		0.22	0.23	0.23
	R^2_{model3}		0.33	0.35	0.38
	Ggz-verklaarbaarheid		0.68	0.58	0.50

Tabel 1.
Verklaarde variantie van ggz-kosten in verschillende modellen en de mate waarin PC4-verschillen in ggz-kosten worden verklaard door sociaaleconomische factoren, als functie van verschillende niveaus van proxy variabelen van aanbodsturing.

Samenvatting
In een analyse van de Nederlandse ggz-zorgactiviteit over de periode 2015-2018 werd sterke variatie gevonden in de mate van sociaaleconomische verklaarbaarheid van PC4-verschillen in ggz-kosten. De mate van sociaaleconomische verklaarbaarheid nam af met hogere waarden van variabelen die als hypothetische proxies dienden voor een hogere mate van aanbodgedreven ggz. Zowel een hogere mate van stedelijkheid als een hogere ggz-hulpverleningsdichtheid, hoewel minder sterk, gingen gepaard met een lagere sociaaleconomische verklaarbaarheid van PC4-verschillen in ggz-kosten.
Bij de interpretatie van de bevindingen is de aard van de sociale gradiënt van ggz-activiteit van belang. Indien dit een causale invloed vertegenwoordigt is het valide om PC4 sociaaleconomische verschillen te behandelen als een indicator van de populatiezorgbehoefte waar de ggz aantoonbaar beïnvloed door zou moeten worden. Er is wetenschappelijk bewijs dat psychisch lijden, ongeacht de vorm, een sterk contextueel karakter heeft, vooral in relatie tot sociaaleconomische factoren [43]. Sociale causatie speelt hierin een belangrijke rol, ook bij ernstige psychische aandoeningen [44-46]. Het Nederlandse casus register en NEMESIS en NEMESIS-2 onderzoek heeft aangetoond dat sociale causatie een belangrijke rol speekt bij het ontstaan van psychopathologie [47-49]. Ook als de sociale gradiënt een reflectie is van sociale selectie (prevalent psychisch lijden leidt tot neerwaartse sociale stratificatie) blijft het gebruik ervan als voorspeller van ggz-activiteit valide, omdat ook concentratie van psychische problematiek door selectie bijdraagt aan de ggz-zorgbehoefte van de populatie.

3 Het Integraal Zorgakkoord

Het Integraal Zorgakkoord heeft betrekking op de somatische gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg en beperkt zich tot zorg die geboden wordt binnen de Zorgverzekeringswet. Het begrip *integraal*

heeft hiermee een beperkte strekking. In hoofdstuk 1 “Inleiding Integraal Zorgakkoord, het moet en kan beter, anders lopen we vast”, wordt aandacht besteed aan de complexiteit van (mentale) gezondheid. Er wordt geschreven over de wens om patiënten de *beste zorg* te geven, die transparant en meetbaar moet zijn om ‘voor het toenemend aantal patiënten de *beste zorg* te kunnen (blijven) bieden met de *beste kwaliteit* en de toegankelijkheid te borgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten’ [1]. Er wordt aangegeven dat niet alleen de zorg aan zet is, maar ook de politiek en de samenleving. De sociale determinanten van mentale gezondheid worden onderschreven en er wordt benadrukt dat een medisch antwoord niet voldoende is [1]. Bij de opgaven zoals geformuleerd in het IZA staan onder andere: waarborgen van een gelijke toegang tot zorg rekening houdend met diversiteit van de bevolking, inzetten van gezondheid en welzijn door middel van preventie en het verbeteren van uitkomsten van zorg door goed werkende digitale infrastructuren en bewezen innovaties. In onderdeel ‘F’ wordt verder ingegaan op de afspraken met betrekking tot het versterken van het sociaal domein en de sociale basis en het verbeteren van de samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsenzorg en de ggz zorg. De gemaakte afspraken met betrekking tot het versterken van het sociaal domein en de sociale basis zijn onder andere dat a) de zelfregie centraal moet staan, b) er een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten dient te komen zoals de zelfregiecentra/ herstelacademies met inloopfunctie, c) uitbreiding van het aantal digitale lotgenotengroepen (e-communities) en d) Welzijn op Recept dient opnieuw onder de aandacht gebracht te worden.

De meest concrete afspraak is het opzetten en uitrollen van Mentale Gezondheidscentra, die als sterke basis moet dienen om de veranderingen op gang te krijgen en wordt omschreven als essentieel om te komen tot aanvaardbare wachtlijsten. Binnen dit Mentale Gezondheidscentrum (dit is een werktitel, ook Ecosysteem Mentale Gezondheid [GEM] en netwerkpsychiatrie worden als voorbeeld genoemd) worden *verkennende gesprekken* gevoerd [50]. De ggz kerninstellingen, leden van De Nederlandse GGZ, hebben een regiefunctie bij het vormgeven en het uitrollen van de Mentale Gezondheidscentra (p.72).

Analyse

Op welke wijze adresseert het IZA de eerder beschreven ongewenste feedback loop van de claim van *beste zorg* (Figuur 1) en welke potentiële feedback loops zitten in de gemaakte afspraken?

<u>De beste zorg</u>

Om toekomstbestendige medisch specialistische zorg te organiseren willen de partijen gezamenlijk de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt verder verbeteren, de transparantie daarover verhogen, het innoverend vermogen bevorderen en de samenwerking in netwerken in en tussen goed opgeleide teams waarborgen, zodat voor het toenemend aantal patiënten de beste zorg geboden blijft worden met de beste kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid. [1]p.51

Het IZA bevestigt dat de *beste zorg*, zorg is die transparant en meetbaar is. Dit sluit naadloos aan bij de huidige geprotocolleerde zorg binnen de ggz maar staat ver weg van ondersteuning voor de gevolgen van sociale determinanten die geboden wordt bijvoorbeeld vanuit een zelfregiecentrum/herstelacademie of e-community. Ondersteuning vanuit een zelfregiecentrum/herstelacademie of e-

community biedt mensen ruimte om zelf te ontdekken wat hen helpt bij herstel en is lastiger meetbaar. Het transparant en meetbaar maken van dergelijke activiteiten kan, maar dan dient er gewerkt te worden op basis van een ander wetenschappelijk paradigma [9].

De *beste zorg* is zorg die transparant en meetbaar is en de indicatoren voor deze beste zorg vallen binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet (en dus het biomedisch model) en wordt beoordeeld door hoogopgeleide professionals. Wat uiteindelijk de criteria worden voor deze *beste zorg* wordt vorm gegeven door het AKWA. AKWA GGZ staat voor 'alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg' en is een door 15 alliantiepartijen geïnitieerd kwaliteitsinstituut dat zich met name richt op ontwikkeling en onderhoud van kwaliteitsstandaarden binnen de ggz. Alle, op MIND na, zijn beroeps- of brancheorganisaties van hoogopgeleide zorgprofessionals binnen de kaders van het biomedisch model.

Sociale determinanten van psychisch lijden

In de gemaakte afspraken wordt de feedback loop tussen sociale determinanten en psychisch lijden nauwelijks geadresseerd. Het verkennend gesprek, als onderdeel van de Mentale Gezondheidscentra, lijkt vooral te gaan om het versterken van de triage en daarmee het verkorten van de wachtlijsten. Het beeld wat op hoofdlijnen ontstaat is dat de Mentale Gezondheidscentra, opgezet door de huidige ggz kerninstellingen met hoogopgeleide ggz-professionals, verkennende gesprekken gaan voeren vanuit verschillende invalshoeken. Hoe deze ggz-professionals, opgeleid binnen het biomedisch model en weinig ervaring met de mogelijkheden van het sociaal domein, aan de verschillende invalshoeken komen, blijft onderbelicht. De aanwezigheid van bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige bij een verkennend gesprek is niet verplicht.

GGZ Breburg heeft reeds ervaring opgedaan met het concept van Mentale Gezondheidscentrum en heeft haar ervaringen beschreven in het boek *[51]*. Het verkennend gesprek nam per saldo 10% in beslag, 82% werd besteed aan intake en diagnostiek en behandeling en tot slot 8% aan MDO/Consultatie en preventie. De mogelijkheden tot consultatie en preventie (zoals ggz in de wijk) bestonden al langer, evenals de reguliere taken zoals intake, diagnostiek en behandeling. Is deze 10% verkennend gesprek voldoende om een kantelmoment te bewerkstelligen? De sociale determinanten komen er bekaaid af en blijven als luxerende factoren de positieve feedback loop aanjagen.
Hoopvol is het versterken van het sociaal domein en de sociale basis. "Bij een hulpvraag kijken we naar de mogelijkheden van een ieder, waarbij de regie over het eigen leven centraal staat." P.70. Hiervoor worden zorg en welzijn op regionaal niveau meer met elkaar verbonden, voortgebouwd op bestaande werkstructuren. Er wordt een afspraak gemaakt om in de komende vijf jaar te komen tot een landelijk netwerk van zelfregiecentra/herstelacademies en e-communities.

Gelijkwaardige samenwerking voor een gezonde dynamiek

Het IZA versterkt de positie van de kerninstellingen van de ggz door bij hen de regie te leggen voor de gewenste veranderingen, al dan niet in samenwerking met andere partijen. Echter wanneer de oplossing ligt in een betere verdeling van het adresseren van zowel de mentale problemen als de sociale

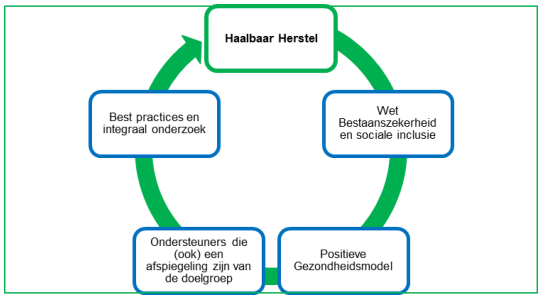
determinanten van mentale problemen, en de ggz juist zou moeten krimpen en de wijk- en e-communities moeten groeien, is het de vraag of een regiefunctie voor de ggz kerninstellingen in deze transitie voor de hand ligt. Wanneer gesteld wordt er meer gericht moet worden op gezondheid en minder op ziekte, dat de samenwerking tussen domeinen onder druk staat en er gekomen moet worden tot een andere verdeling van financiële middelen, dan lijkt een co-creatief proces waar alle stakeholders op gelijkwaardige wijze aan deelnemen daar meer recht aan doen.
In het IZA worden afspraken gemist hoe de mentale gezondheid bevorderd wordt door de sociale determinanten in evenwicht te brengen, bijvoorbeeld door een bepaalde bestaanszekerheid en sociale inclusie te garanderen. Het model van positieve gezondheid wordt twee keer genoemd, maar niet gerelateerd aan de correlatie tussen mentale problemen en haar sociale determinanten. De nadruk ligt nog sterk op goedopgeleide professionals, die overigens schaars zijn. Er zijn kansen gemist om de gelijkwaardigheid tussen ondersteuners en zorgverleners enerzijds en cliënten anderzijds te benoemen door te streven naar een situatie waarin ondersteuners en zorgverleners ook een afspiegeling zijn van de samenleving. Dit vraagt om meer inzet van ervaringsdeskundigen en hun naasten, meer openheid over de psychische kwetsbaarheid van ondersteuners en zorgverleners zelf en dit als kwaliteitscriteria op te nemen. Het woord ‘onderzoek’ komt meer dan 100 keer voor, het wetenschappelijk theoretisch kader voor dit onderzoek wordt echter niet toegelicht. Dit is wel cruciaal voor zowel de onderzoeksvraag, de onderzoeksmethode en de uitkomsten. De discussie over de vraag of de tweedeling tussen mentale en fysieke gezondheid nog wel toekomstbestendig is, wordt eveneens gemist.

4 Conclusies

De *beste zorg* wordt geclaimd door de ggz binnen het kader van de Zorgverzekeringswet en werkt als een attractor voor mensen met psychische problemen. Met attractor wordt een situatie bedoeld waar een systeem zich naar toe ontwikkeld en zich in stand houdt ongeacht invloeden van buitenaf [52; 53]. Hoewel er voldoende besef is dat mentale gezondheid samenhangt met sociale determinanten en deze daarom vanuit meerdere perspectieven geadresseerd dient te worden, zijn de werkafspraken van het IZA wat eenzijdig. Het IZA lijkt zich vooral te richten op een verbeterde triage en het krimpen van de wachtlijsten. Het IZA geeft de ggz kerninstellingen een regiefunctie bij ‘het moet beter en kan beter’ terwijl uit onderzoek blijkt dat hun huidige clientpopulatie discrepantie vertoont met die regio’s waar je op basis van sociale determinanten veel psychische problematiek zou kunnen verwachten. Meer zelfregie en persoonlijk herstel voor cliënten is nodig, het blijft echter de hoogopgeleide zorgprofessional met relatief weinig kennis van het sociaal domein, die beoordeelt welke zorg passend is. Meer laagdrempelige ondersteuning vanuit het sociaal domein is nodig, maar het zijn de ggz kerninstellingen die de regie voeren. De voorgestelde oplossing van het Mentale Gezondheidscentrum met een verkennend gesprek, zonder afspraken dat dit een multidisciplinair gesprek moet zijn, en visie over de verdere transformatie nodig is van de ggz zelf, biedt weinig hoop op verandering. Gelijkwaardige samenwerking en co-creatie met alle stakeholders (IZA ondertekend of niet) wordt gemist. De feedback loop die de toestroom in de ggz aanjaagt blijft bestaan.

5 Discussie

Knelpunt blijft: wat is nodig om een persoon met psychisch lijden te voeden en te stimuleren om *zelf* te onderzoeken en te ervaren wat hem of haar zou kunnen helpen bij herstel? Hoe veranderen we de dynamiek dat professionals beoordelen wat voor de client het beste is, naar een integrale zorg op basis van een complex adaptief eco-systeem waarin mensen op de voor hén passende wijze aan hun mentale gezondheid kunnen werken [9]? Hoe stimuleren we een dynamiek waarin een persoon met psychisch lijden mag uitproberen wat het beste voor hem of haar werkt zonder het oordeel 'shoppen' er op te plakken en vooral te kijken naar de kosten? Hoe krijgen we het voor elkaar om domeinoverstijgend en vanuit een aangepaste financieringsstructuur de persoon met psychisch lijden daadwerkelijk in het hart van het Ecosysteem Mentale Gezondheid te krijgen? Hoe krijgen we de feedback loop van *beste zorg* naar een feedback loop op basis van *haalbaar herstel* – zoals weergegeven in Figuur 5– waarin de sociale determinanten en integrale zorg en ondersteuning en een wetenschappelijk theoretisch kader op basis van complexiteitswetenschappen dit haalbaar herstel bevordert?



Figuur 5
Feedback Loop 'Haalbaar Herstel'

Shim & Compton pleiten voor een gecombineerde aanpak tussen mentale gezondheid en publieke gezondheid [16]. Een aanpak waarbij de stoornisgerichte, classificerende benadering van problemen wordt losgelaten en gestuurd zou moeten gaan worden op co-creatie met de verschillende domeinen waarbij aanbieders kunnen aantonen dat zij samenwerken en daarbij een zo goed mogelijke zorg leveren voor zo veel mogelijk mensen [54]. Een aanpak waarbij de mens en diens persoonlijke herstelplan centraal staat in plaats van professionals die aangeven welke zorg zij op basis van wetenschappelijk onderzoek het meest passend vinden. Daarbij is het van belang dat de persoon met psychische klachten laagdrempelige toegang heeft tot ondersteuning, en dat hij/zij de weg weet en keuzes heeft om te komen tot passende zorg en ondersteuning [34; 55; 56].
Wat gewenst is, is een situatie waarbij er niet alleen gefocust wordt op het verbeteren van de mentale gezondheid, maar naar een situatie waarbij er integrale aandacht is voor alle sociale determinanten van mentale gezondheid [10; 57; 58]. Waar een stabilisering van de bestaanszekerheid leidt tot meer ruimte voor zelfontplooiing [59] en waar zelfontplooiing de kans op bestaanszekerheid vergroot (positieve feedback loop). Waar het optimaliseren van zelfregie/persoonlijk herstel leidt tot laagdrempelige herstelactiviteiten zonder medicalisering en laagdrempelige herstelactiviteiten zonder medicalisering leidt tot meer zelfregie/persoonlijk herstel (positieve feedback loop). Waar door structurele financiering van e-communities en zelfregie en herstelinitiatieven op basis van ervaringsdeskundigheid de noodzaak voor biomedische geestelijke gezondheidszorg wordt verminderd waardoor, als gevolg van de verminderde kosten aan de biomedische geestelijke gezondheidszorg, meer financiële middelen voor structurele financiering aan e-communities en zelfregie en herstelinitiatieven op basis van

ervaringsdeskundigheid (negatieve feedback loop) tot stand komen.
In het Integraal Zorgakkoord wordt de mogelijkheid van een adaptief bestuurssysteem gemist. Een bestuurssysteem waarbij op basis van gelijke waarden en co-creatie gezamenlijk wordt gekomen tot regionaal passende zorg. Het besef dat een complex probleem een integrale aanpak op basis van gelijkwaardigheid nodig heeft waarbij er gebruik gemaakt kan worden van veel verschillende vormen van kennis en ervaring [60] komt slechts in beperkte mate terug in de oplossingsrichting van de gemaakte afspraken in het IZA.

Referenties

1. *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. (2022). Internet: Rijksoverheid Retrieved from https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg
2. Integraal zorgakkoord (IZA). (2022). Retrieved from https://www.lhv.nl/opkomen-voor-uw-belangen/integraal-zorgakkoord/#:~:text=Een%20flink%20aantal%20partijen%20uit,afspraken%20in%20het%20akkoord%20staan.
3. Rechten van cliënten- en naasten onder druk in het IZA. (2022). Retrieved from https://mindplatform.nl/nieuws/mind-ondertekent-het-integraal-zorgakkoord-niet
4. Shim, R. S., & Compton, M. T. (2018). Addressing the social determinants of mental health: if not now, when? If not us, who? *Psychiatric services, 69*(8), 844-846.
5. Bodden, D. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family process, 55*(1), 31-47. doi: 10.1111/famp.12144
6. Smit, E. H. (2022). It's all about the Family: Research on Dutch Families with Multiple and Complex Problems. *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse, 14*(3), 106-130. doi:10.29173/cjfy29802
7. Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2014). Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychology, 33*(5), 433.
8. Zell, E., Strickhouser, J. E., & Krizan, Z. (2018). Subjective social status and health: A meta-analysis of community and society ladders. *Health Psychology, 37*(10), 979.
9. Smit, D., & Van Os, J. (2022). De praktijk binnen de ggz is in ontwikkeling, volgt de wetenschap? *Tijdschrift voor psychiatrie*.
10. van Os, J. (2022). Vertaalt de sterke sociale gradiënt van de ggz zich in een uniform sterke samenhang tussen ggz en sociale zorg? *Tijdschrift voor psychiatrie*(2022/6), 366-376.
11. Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry, 30*(4), 259-292.
12. Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392-407. doi:10.3109/09540261.2014.928270
13. Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social*

science & medicine, 128, 316-326.
14. van der Velden, P., Contino, C., Das, M., & Muffels, R. (2022). Invloed financiële problemen op angst-en depressieklachten. *De Psycholoog, 11*.
15. De Mooij, L. D., Kikkert, M., Theunissen, J., Beekman, A. T., De Haan, L., Duurkoop, P. W., . . . Dekker, J. J. (2019). Dying too soon: Excess mortality in severe mental illness. *Frontiers in psychiatry, 10*, 855.
16. Shim, R. S., & Compton, M. T. (2020). The social determinants of mental health: psychiatrists' roles in addressing discrimination and food insecurity. *Focus, 18*(1), 25-30.
17. Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., . . . Kieling, C. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry, 5*(4), 357-369.
18. Kruiter, A. J. (2018). Column IPW: Instituut voor Publieke…. *Zorg + Welzijn, 24*(12), 22-23. doi:10.1007/s41185-018-0282-9
19. Grootegoed, E., Winsemius, A., Noordegraaf-Eelens, L., & Dannenberg, E. (2022). Gezondheidsachterstanden aanpakken bij de bron: minder leefstijl, meer bestaanszekerheid. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 100*(1), 32-35. doi:10.1007/s12508-022-00332-3
20. Marmot, M. (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet, 386*(10011), 2442-2444.
21. Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open, 6*(1), e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091
22. Smit, E. H., & Derksen, J. J. L. (2015). The Complexity of Primary Care Psychology: Theoretical Foundations. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences, 19*(3), 269-284.
23. Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2010). The dynamics of health care reform--learning from a complex adaptive systems theoretical perspective. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences, 14*(4), 525-540.
24. Topolski, S. (2009). Understanding health from a complex systems perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15*(4), 749-754. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01227.x
25. Watson, J., Lee, T., & Handayani, S. The reflexive relationship between available university services and mental health ideations: A complexity informed perspective.
26. Haushofer, J., & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science, 344*(6186), 862-867.
27. Sturmberg, J., & Lanham, H. J. (2014). Understanding health care delivery as a complex system: achieving best possible health outcomes for individuals and communities by focusing on interdependencies. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(6), 1005-1009.
28. Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2016). Diagnosis–the limiting focus of taxonomy. *Journal of*

Evaluation in Clinical Practice, 22(1), 103-111.
29. Miller, J. H., & Page, S. (2009). Complex adaptive systems. In *Complex Adaptive Systems*: Princeton university press.
30. Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., van Erp, N., Hulsbosch, L., de Lange, A., & Boumans, J. (2019). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019*. Utrecht: Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.
31. van Os, J., & Mulder, W. (2021). [Analysis of mental health care utilization data in comparison with medical-specialist and general practitioner health care consumption data]. *Tijdschr Psychiatr, 63*(1), 39-47. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33537973
32. van Os, J. (2019). [An analysis of the degree of unexplained small-area variation in costs of mental health care: towards a model of evidence-based commissioning of care?]. *Tijdschr Psychiatr, 61*(9), 617-625. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31560781
33. Van Os, J. (2022). Vertaalt de sterke sociale gradiënt van ggz zich in een uniform sterke samenhang tussen ggz en sociale zorg? *Tijdschrift voor Psychiatrie, in press*.
34. Eurelings, L. S. M., & van Os, J. (2018). [Medicalisation and inappropriate care within the Netherlands mental health system: the role of disorder-focused thinking and reimbursement]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 162*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30570927
35. 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.
36. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht*. Retrieved from Bilthoven:
37. Peen, J., & Dekker, J. (2004). Is urbanicity an environmental risk-factor for psychiatric disorders? *Lancet, 363*(9426), 2012-2013. doi:10.1016/S0140-6736(04)16486-6 S0140673604164866 [pii]
38. Selten, J. P., Cantor-Graae, E., Slaets, J., & Kahn, R. S. (2002). Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *American Journal of Psychiatry, 159*(4), 669-671. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11925311
39. Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(12), 587-595.
40. de Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). [Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to

2009. Results from NEMESIS-2]. *Tijdschr Psychiatr, 54*(1), 27-38. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22237608

41. ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. V., & de Graaf, R. (2001). Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*(3), 141-149. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11465786
42. Leue, C., van Os, J., Neeleman, J., de Graaf, R., Vollebergh, W., & Stockbrugger, R. W. (2005). Bidirectional associations between depression/anxiety and bowel disease in a population based cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(5), 434. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15831695
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733085/pdf/v059p00434a.pdf
43. World Health Organisation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organisation.
44. Agerbo, E., Sullivan, P. F., Vilhjalmsson, B. J., Pedersen, C. B., Mors, O., Borglum, A. D., . . . Mortensen, P. B. (2015). Polygenic Risk Score, Parental Socioeconomic Status, Family History of Psychiatric Disorders, and the Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0346
45. Goldberg, S., Fruchter, E., Davidson, M., Reichenberg, A., Yoffe, R., & Weiser, M. (2011). The relationship between risk of hospitalization for schizophrenia, SES, and cognitive functioning. *Schizophrenia Bulletin, 37*(4), 664-670. doi:10.1093/schbul/sbr047
46. Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., . . . Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science, 255*(5047), 946-952. doi:10.1126/science.1546291
47. Marsman, A., Pries, L. K., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Bak, M., . . . van Os, J. (2020). Do Current Measures of Polygenic Risk for Mental Disorders Contribute to Population Variance in Mental Health? *Schizophrenia Bulletin, 46*(6), 1353-1362. doi:10.1093/schbul/sbaa086
48. Barbaglia, M. G., ten Have, M., Dorsselaer, S., Alonso, J., & de Graaf, R. (2015). Negative socioeconomic changes and mental disorders: a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 69*(1), 55-62. doi:10.1136/jech-2014-204184
49. Driessen, G., Gunther, N., & Van Os, J. (1998). Shared social environment and psychiatric disorder: a multilevel analysis of individual and ecological effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(12), 606-612. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9857793

http://download.springer.com/static/pdf/913/art%253A10.1007%252Fs001270050100.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs001270050100&token2=exp=1438625299~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F913%2Fart%25253A10.1007%25252Fs001270050100.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs001270050100*~hmac=b08d6dab21ae1a1a9e64fabbda4fb5a94a5dd9e5606a869e74568dbfa9300675

50. Wiersma, T. (2014). Afscheid van de DSM: Van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2014. 224 pagina's,€ 30 euro. ISBN 978-94-91969-00-3. In: Springer.
51. Wessels, K., & Eersel, L. v. (2022). *Over de drempel* (H. Bovekerk Ed.): GGz Breburg.
52. Dimitrov, V., & Woog, R. (2000). *Making Sense of Social Complexity through Strange Attractors.* Paper presented at the ICSTM.
53. Pham, V.-T., Vaidyanathan, S., Volos, C., & Kapitaniak, T. (2018). *Nonlinear dynamical systems with self-excited and hidden attractors* (Vol. 133): Springer.
54. Eurelings, L. S., & van Os, J. (2018). Medicalisering en ondoelmatige zorg in de ggz: De rol van stoornisgericht denken en vergoeden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 162*(51/52).
55. Algemene Rekenkamer. (2020). *Geen plek voor grote problemen: Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*. Retrieved from Den Haag:
56. *Blijvende zorg* (2020). Retrieved from Internet: https://www.nationaleombudsman.nl/nieuws/rapporten/2020031
57. van den Muijsenbergh, M. (2018). De huisarts kan het verschil maken. *Bijblijven, 34*(3), 190-198. doi:10.1007/s12414-018-0299-1
58. Van Baar, J., Bos, N., Kramer, J., Shild-Zeeman, L. . (2022). *Sociale determinanten van mentale gezondheid. Een Kennissynthese*. Retrieved from Internet: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/het-belang-van-sociale-determinanten-van-mentale-gezondheid/#:~:text=Sociale%20determinanten%20van%20mentale%20gezondheid%3A%20%E2%80%9CEen%20stabiel%20inkomen,draagt%20bij%20aan%20mentale%20gezondheid%E2%80%9D&text=We%20weten%20dat%20de%20mentale,determinanten%2C%20zoals%20werk%20en%20inkomen.
59. Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* (50). Retrieved from http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm
60. Folke, C., Hahn, T., Olsson, P., & Norberg, J. (2005). Adaptive governance of social-ecological systems. *Annu. Rev. Environ. Resour., 30*, 441-473.