

Het verkennen van het verkennend gesprek

Beschrijvend onderzoek naar de wijze waarop de kwaliteit in de mentale gezondheidszorg verbeterd kan worden en de wachtlijsten teruggedrongen



Meesterproef Verkennend Gesprek

Inleverdatum: 7 juli 2023

Naam: Bianca Diks

Studentnummer: 523398

Hogeschool: Saxion Enschede

Opleiding: Master Health Care & Social Work

1^e beoordelaar: Monique Engelbertink

2^e beoordelaar: Peter Gramberg

Opdrachtgever: Pelle Oosting (GEM Deventer)

Voorwoord

Voor u ligt de meesterproef welke gaat over de ervaringen van het verkennend gesprek in de gemeente Deventer. Deze meesterproef is geschreven vanuit de Master Health Care & Social Work van de Hogeschool Saxion te Enschede. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Pelle Oosting, projectleider van Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM), in samenwerking met het lectoraat Sociaal Work, lijn Zorg.

Vanaf september 2023 mocht ik onderdeel zijn van de start van de pilot rondom het verkennend gesprek in Deventer. Het verkennend gesprek moest nog worden vormgegeven samen met de uitvoerende professionals vanuit de gemeente Deventer. Ik vond het een spannend en leerzaam proces om van dichtbij te mogen meemaken. Bij de pilot waren ook Wmo Consulenten van de gemeente Deventer betrokken. Zelf ben ik werkzaam als Wmo Consulent in een andere gemeente. Het was interessant om de verschillen en raakvlakken te mogen ervaren. Vanaf de start van de pilot heeft het verkennend gesprek mijn interesse gewekt, voornamelijk omdat alle partijen om de tafel gaan zitten en op deze manier samen de beste hulpverlening voor de cliënt proberen te realiseren.

Via deze weg wil ik dan ook de opdrachtgever van GEM, Pelle Oosting, bedanken dat ik onderzoek mocht doen naar de eerste resultaten van het verkennend gesprek en op deze manier onderdeel mag zijn van de eerste stap naar een betere (mentale) hulpverlening. Daarnaast wil ik mijn meesterproefbegeleider vanuit Saxion, Monique Engelbertink, bedanken voor de steun, feedback en kennis die ik heb mogen ontvangen.

Tot slot wil ik mijn familie en collega's bedanken voor hun wijze woorden en feedback en in het bijzonder mijn partner voor zijn aanmoediging en steun rondom het schrijven van deze meesterproef.

Veel leesplezier gewenst,

Bianca Diks

Twello, 7 juli 2023

Samenvatting

De wachtlijsten voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden steeds langer. In het Integraal Zorgakkoord van september 2022 staat een belangrijke doelstelling voor de ggz: eind 2026 is de gemiddelde wachttijd voor iedere zorgvraag maximaal vijf weken. Om dit doel te bereiken moet er volgens meerdere professionals, afkomstig uit het gebied van de ggz, wijkteams, jeugdbescherming, gemeenten en het sociaal domein, fundamenteel iets veranderen in hoe de psychische zorg nu georganiseerd wordt.

In de gemeente Deventer is een pilot gestart voor een verkennend gesprek (VG). Dit is georganiseerd vanuit het landelijke initiatief GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid). GEM heeft als doel om betaalbare, zinvolle zorg te organiseren. Het VG draagt bij aan het bereiken van dit doel door het holistisch benaderen van de psychische klachten van de hulpvrager. In de gemeente Deventer zijn de eerste verkennende gesprekken gevoerd.

Er is kwalitatief onderzoek gedaan in hoeverre het VG een positieve invloed heeft op de kwaliteit van hulpverlening voor mentale gezondheid en het terugdringen van wachtlijsten. Zestien professionals hebben een semigestructureerde vragenlijst ontvangen, waarvan zes de vragenlijst hebben ingevuld (37,5% respons). Vijf professionals hebben deelgenomen aan een focusgroep.

Uit de resultaten komt naar voren dat het VG vooral een positieve invloed heeft op de samenwerking tussen professionals. De professionals geven aan dat het VG veel overeenkomsten heeft met hun reguliere werkwijze. Een belemmering is dat het onderzoek vroeg in het proces plaatsvond waardoor professionals nog niet duidelijk hebben hoeveel meerwaarde het VG brengt ten opzichte van hun reguliere werkwijze. Daarnaast wordt er geen format of methode tijdens het VG gebruikt, wat maakt dat het (sociaal) netwerk van de cliënt niet actief betrokken wordt. Uit de theorie blijkt dat behandelactiviteit vergroot wordt door de samenhang tussen psychische stoornissen en relaties te zien (Hövels, 2017). De kwaliteit van het VG wordt naar verwachting verhoogd door een format of methode te gebruiken waardoor het sociaal netwerk betrokken wordt bij het VG. De professionals verwachten dat het VG vooral een positieve invloed heeft wanneer de doorverwijsopties na het VG gereed zijn.

De belangrijkste aanbevelingen voor de praktijk richten zich op het gereed maken van de alternatieve doorverwijsopties voor de GGZ en een (landelijk) format of methode voor het VG ontwikkelen.

Toekomstig onderzoek zal plaats moeten vinden wanneer er minstens 15 verkennende gesprekken zijn gevoerd, waarbij aangeraden wordt om in het vervolgonderzoek de ervaring vanuit cliëntsperspectief mee te nemen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	6
1.1. Wachtlijsten van de geestelijke gezondheidszorg	6
1.2. Toegang geestelijke gezondheidszorg	6
1.3. Factoren	8
1.3.1. Microsysteem.....	10
1.3.2. Mesosysteem	10
1.3.3. Exosysteem.....	10
1.3.4. Macrosysteem	11
1.3.5. Chronosysteem	11
1.3.6. Individuele kenmerken	12
1.4. Probleemstelling	14
1.5. Doelstelling	16
1.6. Onderzoeksvraag en deelvragen	16
1.6.1. Onderzoeksvraag:.....	16
1.6.2. Deelvragen:	16
2. Methode	17
2.1. Onderzoeksmethode.....	17
2.2. Meetinstrument	17
2.3. Procedure en respondenten	18
2.4. Data analyse	18
2.5. Inclusiecriteria	19
2.6. Methodologische kwaliteit.....	20
2.7. Ethische verantwoording	21
3. Resultaten	21
3.1 Respons	21
3.2. Vragenlijst	23
3.2.1. Meerwaarde en belemmeringen.....	23
3.2.2. Afname wachtlijst	25
3.3 Focusgroep.....	26
3.3.1. Meerwaarde en belemmeringen.....	26
3.3.2. Afname wachtlijst	30
4. Conclusie en discussie.....	30

4.1. Conclusie	30
4.2. Discussie	32
4.3. Beperkingen onderzoek en aanbevelingen vervolgonderzoek.....	33
Hoofdstuk 5. Implicaties voor de praktijk.....	34
Literatuurlijst.....	36
Bijlagen	40
Bijlage 1. Kenmerken verkennende gesprekken in Nederland.....	40
Bijlage 2. Vragenlijst	42
Bijlage 3. Topiclijst Focusgroep.....	45
Bijlage 4. Informed Consent Formulier	46
Bijlage 5. Selfcheck Saxion Ethische Adviescommissie	47
Bijlage 6. Overzicht thema's.....	48

1. Inleiding

1.1. Wachtlijsten van de geestelijke gezondheidszorg

De wachtlijsten voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden steeds langer. Mensen komen op een wachtlijst te staan en krijgen niet de hulp die zij nodig hebben. Volgens cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) blijkt dat begin dit jaar (2022) ruim 85.000 mensen in Nederland aan het waren op geestelijke gezondheidszorg. Bijna 40.000 daarvan moesten langer dan de afgesproken norm (treeknorm) wachten. Op dit moment gaat het in totaal om ruim 80.000 wachtenden, waarbij ruim 41.000 mensen langer dan de treeknorm moeten wachten, gebaseerd op de cijfers voor de maand mei 2022 (NZA, 2022).

Volgens Ruth Peetoom, voorzitter van De Nederlandse ggz, hoeven de mensen die wachten op geestelijke gezondheidszorg niet altijd behandeling vanuit de ggz te krijgen maar kunnen zij op een andere manier geholpen worden: door preventie of door het aanpakken van problemen op andere leefgebieden (Trouw, 6 november 2021). Deze mensen staan echter wél op de wachtlijst van de ggz. Dit maakt dat mensen die noodzakelijk een ggz behandeling nodig hebben, moeten wachten op mensen die deze behandeling misschien niet nodig hebben. Om te zorgen dat iedereen tijdig hulp kan krijgen is het van belang dat er vanuit een bredere blik gekeken wordt naar oplossingen. Dat kan betekenen dat iemand niet standaard wordt doorgestuurd naar de ggz, maar dat er andere, voorliggende oplossingen zijn die de psychische klachten kunnen verhelpen.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) van september 2022 staat een belangrijke doelstelling voor de ggz: eind 2026 is de gemiddelde wachttijd voor iedere zorgvraag 5 weken (één tot twee weken voor de intake en drie tot vier weken tot de start van de behandeling). Om dit doel te bereiken moet er volgens meerdere professionals iets fundamenteels veranderen in hoe de psychische zorg nu georganiseerd wordt. Deze professionals, afkomstig uit het gebied van de ggz, wijkteams, jeugdbescherming, gemeenten en het sociaal domein, hebben een noodoproep gedaan aan de ggz en het sociaal domein om de handen ineen te slaan. Zij geven aan dat één op de vier mensen een psychiatrische diagnose heeft of heeft gehad. Tegelijkertijd ontbreekt het aan passende hulp voor de meest ontredderde en ontregelde personen vanwege de wachtlijsten (Van Dorp et al., 2021).

1.2. Toegang geestelijke gezondheidszorg

Op dit moment kan iemand die zorg nodig heeft zich aanmelden bij de gemeente (vanuit de Wmo) of de huisarts (vanuit de Zorgverzekering). Begeleiding valt onder de Wmo en behandeling vanuit de

zorgverzekeringswet. Hierdoor ontstaat er versplintering en soms discussie waar de zorg thuishoort. De zoektocht tussen deze partijen om elkaar goed te vinden loopt stroef en dit leidt tot vertraging. Een voorbeeld hiervan is naar voren gekomen in het onderzoek van: Van der Ham & Marangos (2018). De regeltaken van huisartsen beperken zich vaak tot medische zorg (zoals wijkverpleging en eerstelijnsverblijf) die vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd wordt. Hun rol in relatie tot de Wmo en de Wlz en andere wettelijke kaders blijft vaak beperkt. Hoewel de huisartsen uit het onderzoek zich ervan bewust zijn en merken dat er een aantal dingen zijn veranderd in het zorgstelsel sinds 2015, weten zij niet precies wat er veranderd is en welke zorg en ondersteuning onder welke wet valt. Sommigen zien onduidelijkheid over de afbakening van de wetten als knelpunt, terwijl anderen aangeven niet precies te hoeven en willen weten hoe dit zit. Een huisarts gaf aan dat hij dan 'diverse loketjes' probeerde te benaderen om met hem mee te denken. Hij geeft aan soms te weten hoe het zit maar vaak ook niet, omdat hij dan door de bomen het bos niet meer ziet. Deze onduidelijkheid in het zorgstelsel heeft invloed op de wachtlijsten en de kwaliteit van hulpverlening (Van der Ham & Marangos, 2018). Om meer zicht te krijgen op het zorgverleningsproces wanneer mensen psychische klachten hebben wordt hieronder ingegaan op hoe de toegang momenteel verloopt.

Als mensen psychische klachten of problemen ervaren dan melden zij zich vaak eerst bij de huisarts. De huisarts beoordeelt de hulpvraag en wanneer het psychische problematiek betreft, gaat de huisarts na in welke categorie de patiënt het beste geholpen kan worden. Dit kan een doorverwijzing zijn naar de praktijkondersteuner huisarts ggz (poh-ggz), doorverwijzing Generalistische Basis ggz (GBGGZ) of de specialistische ggz (SGGZ) (Praktijksteun, z.d.).

In het Bestuurlijk akkoord GGZ 2019 tot en met 2022 staat dat patiënten alleen worden doorverwezen naar de GBGGZ of SGGZ als er sprake is van een DSM-benoemde stoornis. Dit maakt dat mensen die geen diagnose of vermoeden van diagnose hebben geen (vergoede) zorg kunnen krijgen vanuit de ggz. Deze patiënten kunnen terecht bij de poh-ggz (Zorgprestatie-model, 2018). In 2008 werd de poh-ggz geïntroduceerd. Het doel van de poh-ggz is om meer behandeling te kunnen bieden aan mensen met psychische problematiek. Het aantal poh-ggz is flink gestegen. In 2010 hadden 20% van de huisartspraktijken een poh-ggz en in 2015 is dit gegroeid naar 80%. De wachtrijen groeiden ook. De mogelijke oorzaak van de lange wachtrijen is volgens Magnée et al. (2017) door de stijgende vraag voor ggz-behandelingen. Doordat patiënten nog niet in de ggz terecht kunnen en hier op de wachtlijst staan, krijgen ze tijdelijk ondersteuning van de poh-ggz. Hierdoor neemt de werklast van de poh-ggz toe. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) geeft aan dat uit hun enquête blijkt dat er bij bijna 50% van de huisartspraktijken bij de poh-ggz wachtrijen waren. Blijkend uit cijfers van NIVEL moet bijna één derde van de patiënten veertien dagen of langer wachten (Magnée et al., 2017).

Naast psychische zorg is er ondersteuning nodig op andere levensdomeinen. Sinds de decentralisatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2015 vindt toegang tot het sociaal domein via de gemeenten plaats. Zij hebben als taakstelling het organiseren van de toegang tot collectief gefinancierde zorg en ondersteuning. Per gemeente is dit anders georganiseerd (Vos, 2016). Door de transitie is het domein van de geestelijke gezondheidszorg aan het schuiven geraakt. Het bewerkstelligen van een sluitend aanbod van ambulante begeleiding, beschermd wonen, cliëntondersteuning en dagbesteding voor mensen met psychische en/of psychosociale problemen is nu een taak geworden van de gemeente (Boumans et al., 2016).

Uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) blijkt dat in het sociaal domein een toename is van het aantal mensen met complexe problematiek dat geen of geen tijdige behandeling krijgt, terwijl de ggz zich vaak direct richt op behandeling van psychische klachten, voortkomend uit problemen op andere levensgebieden. In de praktijk is het moeilijk om snel de juiste expertise te organiseren. Een belangrijke doelstelling uit het zorgakkoord is: de samenwerking in de driehoek: sociaal domein, huisarts en ggz te verbeteren (Integraal Zorgakkoord, 2022).

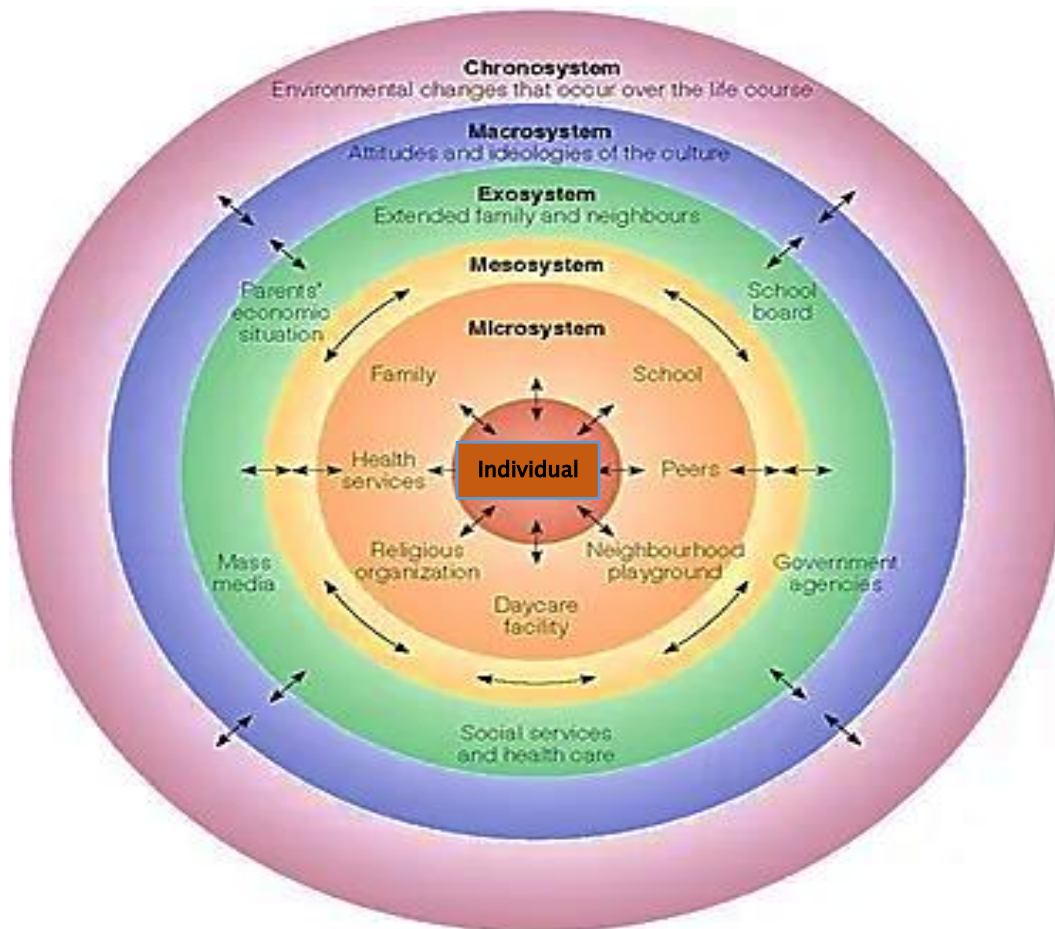
Vanuit cliëntperspectief zit de urgentie in een betere afstemming van de zorg en ondersteuning en het tegengaan van versnippering en verkokering, omdat professionals ieder vanuit hun eigen financiële, organisatorische en wettelijke kaders werken. Tien hulpverleners over de vloer, aan wie steeds opnieuw het verhaal moet worden verteld, is geen uitzondering (Van der Lans, 2014).

1.3. Factoren

Het wordt steeds duidelijker dat psychische kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door meerdere factoren. Om deze factoren te analyseren op verschillende niveaus wordt er gebruik gemaakt van het ecologisch model van Bronfenbrenner (figuur 1). Volgens de theorie van Bronfenbrenner is de ontwikkeling van een persoon een combinatie van factoren uit verschillende systemen van zijn omgeving.

Figuur 1.

Ecologisch Model Bronfenbrenner (1979)



Opmerking. Aangepast overgenomen uit *Bronfenbrenner's Chronosystem* door Study.com, z.d.,
(<https://study.com/learn/lesson/bronfenbrenner-chronosystem-concept-impacts-examples.html>)

In het model van Bronfenbrenner wordt de omgeving van een persoon uitgelegd als een soort 'ui', bestaande uit vijf lagen. Hierbij heeft elke laag een andere invloed op de ontwikkeling van de persoon. Hoe dichterbij de laag is bij de persoon, des te meer directe invloed er is en andersom. De indirecte invloed uit de lagen die ver weg liggen kunnen enorm veel invloed op een persoon hebben (De Wilde et al., 2021).

1.3.1. Microsysteem

Het microsysteem bestaat uit de groepen die direct contact met de persoon hebben. De directe relaties van een persoon zijn van invloed op de mentale gezondheid (De Wilde et al., 2021). Hoogleraar Psychologie Donald Baucom is gestart met een behandeling voor psychische stoornissen in combinatie met relatietherapie. Hij geeft aan dat de behandel-effectiviteit vergroot wordt door te erkennen dat psychische stoornissen voorkomen in een sociale context. Veel cliënten die relatieproblemen hebben kampen ook met psychische problemen. Bij ongeveer vijftig procent van alle koppels in relatietherapie is één partner depressief. Hij geeft aan dat om effectief te kunnen behandelen er begrip moet zijn hoe relaties en psychopathologie samenhangen (Hövels, 2017).

1.3.2. Mesosysteem

Het tweede systeem in de theorie van Bronfenbrenner bestaat uit de relaties tussen de groepen uit het microsysteem systeem (De Wilde et al., 2021). Een voorbeeld hiervan is de relatie tussen de betrokken hulpverleners en de familieleden van de persoon. Van de Bovenkamp & Trappenburg (2009) schrijven dat hulpverleners en familieleden van personen in de ggz een moeizamer contact met elkaar hebben dan in andere gezondheidszorgsectoren. Een oorzaak hiervan is dat familieleden vaak vinden dat zij te weinig op de hoogte worden gehouden door de hulpverleners. Dit is onwenselijk, want deze familieleden nemen vaak belangrijke zorgtaken op zich en kunnen daar ook zelf onder lijden. Familieleden geven aan dat meer contact de relatie kan verbeteren, door bijvoorbeeld na een crisis aan de familieleden te vragen hoe het met hen gaat (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2009).

1.3.3. Exosysteem

Het derde systeem betreft factoren die het leven van een persoon beïnvloeden maar geen directe relatie met de persoon hebben (De Wilde et al., 2021). Zoals de samenwerking tussen de professionals rondom mentale gezondheid. Welke ondersteuning iemand krijgt is afhankelijk van de verwijzing. Uit onderzoek van Scheffer et al. (2019) blijkt dat de huisarts vaak een coördinerende rol heeft. Zij verwijzen patiënten naar verschillende hulpverleners. Het is afhankelijk van de huisarts naar welke zorg iemand verwezen wordt en of dit passend is. De huisartsen gaven aan integraal te willen werken maar dit niet vaak genoeg kunnen. Dit komt vanwege de korte consultduur (10 minuten) en vanwege de tijd die samenwerking kost. De relaties tussen professionals is van invloed op de uiteindelijk geboden hulp aan de cliënt (Scheffer et al., 2019).

1.3.4. Macrosysteem

Dit systeem bevat de culturele elementen die de persoon en iedereen om hem heen beïnvloedt. Een voorbeeld hiervan is hoe er met financiën wordt omgegaan in de GGZ. Volgens de Algemene Rekenkamer (2020) is het een verschijnsel in de ggz dat het beschikbare totaalbudget voor zorg niet wordt opgemaakt, terwijl er wachtlijsten zijn voor patiënten die niet geholpen kunnen worden. De afgelopen jaren bleef ieder jaar €300 miljoen over. De zorgt werkt niet zo dat er tegenover de zorgvraag altijd het juiste zorgaanbod komt te staan, terwijl er budget beschikbaar is. Een oorzaak daarvoor zijn de omzetplafonds voor ggz-instellingen. Zorgaanbieders maken met zorgverzekeraars afspraken over hoeveel zorg ze jaarlijks kunnen declareren. Een zorgaanbieder die zijn plafond overschrijdt kan door de zorgverzekeraar gekort worden. In sommige gevallen verhogen zorgverzekeraars de omzetplafonds tijdelijk. Dat is afhankelijk van de zorgverzekeraar in kwestie en de regio waarin gewerkt wordt. Zij constateren dat de omzetplafonds het voor zorgaanbieders aantrekkelijker maken om patiënten met een lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag. Bij patiënten met een zware zorgvraag loopt de instelling een groter risico zijn omzetplafond te overschrijden. Als een patiënt eenmaal is geaccepteerd, moet de behandeling doorgaan, al heeft de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt. De kans op afwijzing vanuit de zorgaanbieder naar patiënten met ernstige klachten is daardoor groter (Algemene Rekenkamer, 2020).

1.3.5. Chronosysteem

Het laatste systeem uit de ecologische systeemtheorie van Bronfenbrenner is het chronosysteem. Het chronosysteem verwijst naar de levensfase waarin de persoon verkeert met betrekking tot de situaties die hij doormaakt en in welk tijdperk de persoon leeft. Kenmerkend voor dit tijdperk zijn de drukverhogende ontwikkelingen, zoals de steeds groter wordende invloed van de 24-uurseconomie. Steeds meer mensen ervaren stress en vermoeidheid die leiden tot psychische klachten. Bijna de helft van de adolescenten tussen de 18 en 25 jaar ervaren (ernstige) vermoeidheid en ongeveer 20 procent voelt zich gestrest. Het niet kunnen omgaan met stress heeft een nadelige invloed op hun algemene welzijn (RIVM, 2018). Vooral sinds de coronacrisis hebben jongeren meer mentale gezondheidsproblemen. Heyden (2022) schrijft dat onderzoek van EenVandaag aantoonde dat in 2022 32% van de jongeren last hebben van depressieve gevoelens. Driekwart van de jongeren geeft aan dat de vele crises die nu spelen in Nederland een mentale belasting zijn: 53% geeft aan mentaal last te hebben van de prijsstijgingen en 42% van de woningcrisis (Heyden, 2022). Een andere factor wat betreft het chronosysteem is het gebrek aan personele capaciteit in de specialistische ggz, met name in ggz-instellingen waar professionals vanuit verschillende disciplines gezamenlijk patiënten

behandelen. Hier worden patiënten met een zware (complexe) zorgvraag behandeld. Voor deze patiënten zijn de wachttijden het langst (Algemene Rekenkamer, 2020).

1.3.6. Individuele kenmerken

Naast de factoren uit de omgeving zijn de individuele kenmerken van invloed op psychische kwetsbaarheid. Dit is ook weergegeven in het model van Bronfenbrenner (figuur 1). Deze kenmerken worden benaderd vanuit de theorie van Positieve Gezondheid. Positieve gezondheid is een concept van Machteld Huber. Bij Positieve Gezondheid gaat het erom dat mensen zich gezond en energiek voelen, op de manier die bij diegene past. Uit onderzoek van Huber is gebleken dat het mensen niet alleen gaat om hun lichamelijke gezondheid maar dat zij vooral een betekenisvol leven belangrijk vinden (Huber, 2019). Aan de hand van zes dimensies wordt iemand zijn kwaliteit van leven gemeten, waarbij iemand zelf zijn score bepaald. De dimensies zijn uitwerkt in het spinnenweb Positieve Gezondheid (figuur 2).

Figuur 2.

Spinnenweb Positieve gezondheid



Mensen met psychische aandoeningen scoren laag op de dimensies van positieve gezondheid: zij wonen vaker alleen, hebben vaker geen vaste partner, betaald werk of structurele dagbesteding. Hun netwerk is kleiner, ervaren minder sociale steun, een lagere kwaliteit van leven, hebben een slechtere gezondheid en lagere levensverwachting dan de gemiddelde bevolking (Ralston et al., 2020).

Uit onderzoek blijkt dat werkloosheid de mentale gezondheid verslechtert en dat deze juist verbetert als iemand betaald werk vindt (Carlier et al., 2013). Ook slechte huisvesting en schulden zijn factoren: Turunen et al. (2014) schrijven dat slechte huisvesting resulteert in een verminderde mentale gezondheid, welke juist verbetert als de huisvesting beter wordt (Thomson et al., 2013). Schulden veroorzaken depressies en hebben een slechte invloed op gezondheid (Turunen et al., 2014).

1.4. Probleemstelling

Zoals hierboven beschreven zijn er meerdere factoren die zorgen voor psychische kwetsbaarheid. Het is van belang te onderzoeken waar de psychische klachten vandaan komen en te zorgen voor beschikbare passende hulp. Dit hoeft niet altijd zorg vanuit de ggz te zijn. Om passende hulp te kunnen bepalen en bieden moeten professionals van alle betrokken disciplines samenwerken. Uit een ledenpeiling van Psychisch Gezien, waarin 1500 mensen met langdurige psychische aandoeningen in participeerden blijkt dat er op veel gebieden een 'mismatch' was tussen zorgbehoefte en –aanbod (ofwel men wil hulp, maar krijgt het niet; ofwel men wil hulp van een andere zorgverlener). Tussen de 40% en 50% van de leden gaven aan dat zij geen, of niet de juiste, passende professionele steun krijgen bij het aangaan van sociale contacten, bij dagelijkse bezigheden, zingeving en perspectief of het vinden van de juiste hulpverlening (Trimbos, 2019).

Om passende hulpverlening te kunnen bieden wordt er gekeken naar andere manieren om hulp te organiseren. Een voorbeeld hiervan is het verkennend gesprek (VG). Op meerdere plekken in Nederland wordt er al een vorm van een VG toegepast.

Het VG is een gesprek met een holistische en integrale insteek. Integrale dienstverlening wordt door Ministerie van SZW (2016) gedefinieerd als: "Een wijze van dienstverlening waarbij verschillende problemen rond een persoon, gezin of huishouden door twee of meer actoren in samenhang worden opgepakt, waarbij een gezamenlijk doel wordt nagestreefd" (p.5). Namen die VG gegeven worden zijn onder andere een Herstelondersteunende intake (HOI), een verkennende intake (VI), een verkennend gesprek (VG) of een multidisciplinair gesprek. Onder andere in Noord Holland Noord (NHN) wordt er al een VG toegepast. Hier noemen ze het een Herstelondersteunende intake (HOI). HOI is erop gericht om samen met cliënt en zijn naastbetrokkene te onderzoeken en te bespreken wat zijn hulpvraag is en welke aanpak daar het beste op aansluit.

Ook GGz Breburg (Breda en Tilburg) werkt met een soortgelijk gesprek. Zij gebruiken de naam verkennend gesprek (VG). De gesprekken vanuit Breburg worden doorgaans met de cliënt en zijn naaste gevoerd en ingestoken vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid (PG) van Huber (meer informatie over PG in hoofdstuk 1.3). Een uitgebreide beschrijving over hoe deze verkennende gesprekken worden toegepast in NHN en GGz Breburg is te vinden in bijlage 1: Kenmerken verkennende gesprekken in Nederland. De eerste resultaten van de verkennende gesprekken zijn veelbelovend. Er zijn 541 verkennende gesprekken gevoerd waarvan bijna 25 procent niet tot een verwijzing naar specialistische of basis-ggz leidde maar zij meer gebaat waren bij andere hulp. Er zijn ondertussen 5 mentale gezondheidscentra in Breburg. Deze centra vormen een brug tussen zorg vanuit de huisarts, het sociaal domein en de basis- en specialistische ggz. In deze mentale

gezondheidscentra worden de verkennende gesprekken gevoerd. Van alle zorgvragers kon meer dan de helft geholpen worden in kortdurende zorgaanbod vanuit het mentale gezondheidscentrum (Van Elst, 2022). Dit kortdurende zorgaanbod vanuit het mentale gezondheidscentrum bestaat uit korte tot middellange behandelingen van maximaal één jaar. Daarnaast worden cursussen gericht op preventie en trainingen gegeven voor mensen met psychische kwetsbaarheid en hun naasten. Deze cursussen en trainingen zijn gratis (GGZ Breburg, z.d.).

In de gemeente Deventer is een pilot gestart voor een VG. Dit is georganiseerd vanuit het landelijke initiatief GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid) onder leiding van Jim van Os (hoogleraar psychiatrie UMCU). Dit initiatief wordt bekostigd door een tweejarige subsidie van ZonMw. GEM heeft als doel om betaalbare, zinvolle zorg te organiseren waarbij de verbinding tussen mensen, professionals en ervaringsdeskundigen en het normaliseren van psychische klachten centraal staat. Methodische elementen van GEM zijn het reorganiseren van basiszorg en gespecialiseerde zorg en het holistisch benaderen van de psychische klachten van de hulpvrager.

Om bovenstaand doel te kunnen realiseren heeft GEM diverse veranderateliers opgericht. Een veranderatelier is een interactieve workshop met een aantal deelnemers vanuit het werkveld, een aantal ervaren veranderaars van buiten en eventueel nog andere genodigden. In een veranderatelier wordt de veranderopgave waar het over gaat gepresenteerd: de achtergrond, de doelstellingen, de werkwijze, de huidige status en uitdagingen. De veranderaars van buiten delen hun visie op veranderen en denken mee met de veranderopgave, ieder vanuit hun eigen achtergrond en expertise (Van der Eyden, z.d). Eén van deze veranderateliers is gericht op het verkennend gesprek, waar dit onderzoek zich op gaat richten. Tijdens deze veranderateliers wordt er samen met professionals uit het werkveld gekeken naar manieren om de basiszorg en gespecialiseerde zorg te reorganiseren waarbij er de nadruk ligt op het holistisch benaderen van de psychische klachten van de hulpvrager. Bij het VG in Deventer vindt deze samenwerking plaats tussen de ggz, gemeente (Wmo consulent), ervaringsdeskundigen, huisarts en poh-ggz.

Een ander veranderatelier vanuit GEM is gericht op alternatieve doorverwijsopties in de ggz. Samen met professionals uit de ggz in Deventer is het doel om een vorm van 'brede leergroepen' te ontwikkelen. Dit betreft leergroepen rondom: stemmenhoorders/omgaan met psychose, medicatiemanagement, omgaan met ernstig psychisch lijden, sociaal staande houden bij psychisch lijden, omgaan met verslaving, omgaan met euthanasiewens en kanaliseren van psychisch lijden (GEM, 2021). Cliënten die deelnemen aan het VG kunnen worden doorverwezen naar deze leergroepen. Dit onderzoek richt zich

verder niet op dit veranderatelier. Dit veranderatelier heeft echter wel invloed op de vervolgstappen van het VG.

Dit onderzoek gaat zich richten op het VG in de gemeente Deventer. In opdracht van GEM Deventer (opdrachtgever Pelle Oosting), in samenwerking met het lectoraat Social Work, onderzoekslijn Zorg (opdrachtgever Monique Engelbertink).

Hoe het VG precies wordt vormgegeven in de gemeente Deventer wordt tijdens de veranderateliers zelf bepaald door de betrokken hulpverleners. De verwachting is dat in februari 2023 duidelijkheid is hoe het verkennende gesprek precies vormgegeven wordt in Deventer.

1.5. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de manier waarop een verkennend gesprek kan bijdragen aan het verbeteren van hulpverlening in de gemeente Deventer rondom psychische problemen en de wachtlijsten hiervan. GEM Deventer kan met behulp van de onderzoeksresultaten het verkennend gesprek optimaliseren ten gunste van ondersteuning voor mensen met psychische problemen.

1.6. Onderzoeksvraag en deelvragen

1.6.1. Onderzoeksvraag:

In hoeverre heeft het verkennend gesprek een positieve invloed op de kwaliteit van hulpverlening voor mentale gezondheid en het terugdringen van wachtlijsten volgens de professionals in de gemeente Deventer?

1.6.2. Deelvragen:

- Welke eventuele meerwaarde van het verkennend gesprek op het niveau van cliënt, naaste, professional en (financiële) organisaties ervaren de diverse uitvoerende professionals van het verkennend gesprek in de gemeente Deventer?

- Welke eventuele belemmeringen van het verkennend gesprek op het niveau van cliënt, naaste, professional en (financiële) organisaties ervaren de diverse uitvoerende professionals van het verkennend gesprek in de gemeente Deventer?
- In hoeverre kunnen de wachtlijsten van de geestelijke gezondheidszorg in de gemeente Deventer afnemen na implementatie van het verkennend gesprek?

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methodische verantwoording beschreven. Eerst wordt uitgelegd welke onderzoeksmethode gehanteerd wordt. Daarna volgt informatie over de dataverzameling en het meetinstrument. Hier wordt vervolgens dieper op in gegaan. In paragraaf 2.5 is een tabel te vinden met de inclusie en exclusiecriteria van de deelnemers aan het onderzoek. De kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek worden geanalyseerd. Tot slot volgt de ethische verantwoording.

2.1. Onderzoeksmethode

Er is gekozen om kwalitatief onderzoek te doen. Bij kwalitatief onderzoek ligt de nadruk op het begrijpen van de werkelijkheid door het gebruik van woorden, ervaringen en observaties (O’Leary, 2017). Er wordt op twee manieren data verzameld. Eerst via een vragenlijst en daarna door middel van een focusgroep.

2.2. Meetinstrument

De vragenlijst is een semigestructureerde vragenlijst. Dit houdt in dat een deel van de gestelde vragen voorafgaand aan het interview wordt vastgesteld (Bryman, 2016). De vragenlijst bestaat uit acht hoofdvragen. De vragenlijst en de volledige koppeling naar de theorie is te vinden in bijlage 2: semigestructureerde vragenlijst. De acht vragen zijn gekoppeld aan de theorie Positieve Gezondheid van Huber (2019) of aan het ecologisch model van Bronfenbrenner (1979). Er wordt bijvoorbeeld naar kwaliteit van leven gevraagd (onderdeel van de theorie Positieve Gezondheid van Huber), middels de vraag: ‘In hoeverre is de kwaliteit van leven van cliënt meegenomen in het verkennend gesprek?’. Er wordt ook gevraagd naar het sociaal netwerk van de cliënt (microsysteem vanuit de theorie van Bronfenbrenner), middels de vraag: ‘In hoeverre ervaar je verschil in hoe het sociaal netwerk van het cliënt meegenomen wordt in het verkennend gesprek vergeleken met de werkwijze voorheen?’ Bij vijf

van de acht vragen wordt er doorgevraagd door 'waarom wel/niet?' of 'wat zijn de voor- en nadelen hiervan?'. De vragenlijst is opgesteld en afgenomen via Qualtrics.

Twee weken na de vragenlijst volgt de focusgroep. Een focusgroep is een interviewmethode waarbij meer dan één, vaak minstens vier, individuen tegelijk worden geïnterviewd (Bryman, 2016). De topiclijst bestaat uit zes hoofdthema's en acht sub-thema's. De hoofdthema's zijn gebaseerd op de deelvragen en bestaan uit: cliëntniveau, niveau naaste, niveau professionals, niveau (financiële) organisaties, afname wachtlijst en verbeterpunten. De sub-thema's zijn gebaseerd op de ecologische theorie van Bronfenbrenner (1979) en positieve gezondheid van Huber (2019). De topiclijst met koppeling naar de literatuur is te vinden in bijlage 3: Topiclijst focusgroep.

2.3. Procedure en respondenten

De vragenlijst wordt naar 16 respondenten gestuurd. De selectie is gemaakt in overleg met de projectleider van het verkennend gesprek. De respondenten bestaan uit professionals die uitgenodigd waren voor de veranderateliers van het VG. De deelnemers kunnen online, in eigen tijd en tempo, de vragenlijst invullen. De vragenlijst wordt verstuurd via het secretariaat van GEM. Deelnemers hebben twee weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst wordt anoniem ingevuld.

De focusgroep wordt digitaal gehouden via Teams. De focusgroep bestaat uit één professional per deelnemende discipline. Te weten een huisarts, Wmo consulent, poh-ggz, psychiater van Dimence en een onafhankelijk cliëntondersteuner. Deze disciplines zijn aanwezig geweest bij de veranderateliers over het VG. Elke potentiële respondent wordt benaderd door de onderzoeker of zij wil deelnemen aan de focusgroep. De respondenten ontvangen een datumprikket via het secretariaat van GEM. Na de datumprikket volgt de uitnodiging. De focusgroep wordt via Teams opgenomen. Hier wordt aan het begin van de focusgroep toestemming voor gevraagd.

Er is ervoor gekozen om eerst de vragenlijst af te nemen om een algemeen beeld te krijgen hoe alle deelnemers het VG hebben ervaren. Daarna wordt de focusgroep gehouden om meer verdieping te krijgen over deze bevindingen. Voor zowel de vragenlijst als de focusgroep is toestemming gegeven voor deelname, welke te vinden is in bijlage 4: Informed Consent Formulier.

2.4. Data analyse

De antwoorden van de semigestructureerde vragenlijst en de uitkomst van de focusgroep zullen worden getranscribeerd en gecodeerd. Dit wordt gedaan in Atlas. Er wordt open gecodeerd waarna er

axiaal gecodeerd wordt. Hierbij wordt gekeken naar de codes die zijn ontstaan en of deze bij een overkoepelende code kan worden ondergebracht. Uiteindelijk zullen er hoofdcategorieën ontstaan die gebruikt kunnen worden voor het schrijven van een conclusie (Strauss & Corbin, 1990).

2.5. Inclusiecriteria

In tabel 1 staat weergegeven wat de inclusie- en exclusiecriteria zijn voor zowel de vragenlijst als de focusgroep.

Tabel 1

Inclusiecriteria

Inclusiecriteria vragenlijst	Exclusiecriteria vragenlijst	Inclusiecriteria focusgroep	Exclusiecriteria focusgroep
Onderdeel geweest van het proces rondom VG in de gemeente Deventer	Wel betrokken geweest bij het proces rondom VG maar geen rol als professional	Huisarts, Wmo consulent, poh-ggz, verpleegkundige, onafhankelijk cliëntondersteuner, psycholoog of ervaringsdeskundige betrokken bij het VG (één persoon per discipline)	Professionals die niet betrokken zijn geweest bij het VG
<i>Bijvoorbeeld: Het verkennend gesprek heeft plaatsgevonden met de huisarts. De huisarts neemt daarna contact op met een Wmo consulent. De Wmo consulent is hierdoor ook betrokken. Deze Wmo consulent ontvangt ook een vragenlijst.</i>	<i>Bijvoorbeeld: de oprichter van het veranderatelier, projectleider van het VG.</i>		
Aanwezig geweest bij de veranderateliers over het VG in de gemeente Deventer	Cliënten die betrokken zijn bij het VG of een VG hebben gevoerd		
<i>Bijvoorbeeld: aanwezig geweest bij het veranderatelier over</i>			

*VG maar uiteindelijk
niet zelf een VG
gevoerd*

2.6. Methodologische kwaliteit

De methodologische kwaliteit van het onderzoek is uitgewerkt in tabel 2.

Tabel 2

Methodologische kwaliteit

	Geloofwaardigheid (credibility)	Betrouwbaarheid (dependability)	Generaliseerbaarheid (transferability)	Overtuigingskracht (confirmability)
Factoren die de betrouwbaarheid van het onderzoek bevorderen	– Er wordt triangulatie toegepast. Er wordt zowel een vragenlijst afgenomen als een focusgroep gehouden. – De vragenlijst en focusgroep worden afgenomen bij verschillende disciplines. Hierdoor wordt er vanuit verschillende expertises en invalshoeken onderzoek gedaan. – Door het beschrijven van de eigen positie binnen het onderzoek, wordt de objectiviteit van het onderzoek vergroot (Bryman, 2016).	– De focusgroep wordt opgenomen en de antwoorden van de vragenlijst bewaard. Hierdoor kan de data altijd worden teruggekeken, gecontroleerd of opnieuw geanalyseerd.	– Er wordt duidelijk beschreven in welke context het onderzoek uitgevoerd is. Hierdoor kan beoordeeld worden of de resultaten van het onderzoek overdraagbaar zijn.	
Factoren die de betrouwbaarheid van het			– Er wordt steekproef gehouden. De respondenten worden benaderd.	– De vragenlijst wordt anoniem ingevuld. Hierdoor

onderzoek beperken	Daarbij zijn de respondenten op voorhand bekend en worden niet gekozen door willekeur.	kunnen de antwoorden niet worden geïnterpreteerd vanuit iemand zijn functie, invalshoek of eventuele belangen.
--------------------	--	--

2.7. Ethische verantwoording

Een Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC) procedure is niet van toepassing voor dit onderzoek. Er is een selfcheck gedaan bij de Saxion Ethische Adviescommissie (bijlage 5). Hieruit blijkt dat het niet nodig is om het onderzoek voor te leggen aan de SEAC. Er wordt geen informatie verzameld buiten de beroepspraktijk. In het onderzoek zal worden gehandeld volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), waarbij de privacy van de respondenten is gewaarborgd.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per deelvraag beschreven om uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Eerst wordt de data van de vragenlijsten weergegeven, gevolgd door de data van de focusgroep.

3.1 Respons

De vragenlijst is door zes respondenten ingevuld. Dit is een respons van 37,5%. De vragenlijst is anoniem ingevuld. Er kan uit sommige antwoorden wel herleid worden wat de functie van iemand is. Drie respondenten hebben daadwerkelijk een VG gevoerd. Eén respondent heeft cliënten doorverwezen naar het VG maar niet zelf een VG gevoerd. Twee personen zijn alleen uitgenodigd voor de veranderateliers van het VG maar hebben geen actieve rol rondom het VG.

De focusgroep is met vijf respondenten uitgevoerd. Er waren zes respondenten uitgenodigd voor de focusgroep. Een verpleegkundige van Dimence, een Wmo consulent van de gemeente Deventer, een onafhankelijk cliëntondersteuner, een huisarts, een programma-manager zorg (zorgverzekeraar Salland) en de praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg. De huisarts heeft wegens

afzegging niet deelgenomen. De onderzoeker heeft nog geprobeerd om op een later moment een privé interview te houden maar hier is geen respons op gekomen. De huisarts heeft aangegeven wel de vragenlijst ingevuld te hebben. Oorspronkelijk was het de bedoeling om de psychiater (Dimence) uit te nodigen. Er is voor gekozen om in plaats van de psychiater te kiezen voor een onafhankelijk cliëntondersteuner en een verpleegkundige van Dimence. In tegenstelling tot de psychiater hebben zij al verkennende gesprekken gevoerd. De Wmo consulent heeft ook al een verkennend gesprek gevoerd. De poh-ggz heeft cliënten doorverwezen naar het verkennend gesprek. Een overzicht van de respondenten is te vinden in tabel 3.

Tabel 3.

Overzicht respondenten focusgroep

Functie	Aantal VG gevoerd	Overige opmerkingen
Verpleegkundige	1	VG gevoerd samen met OC, tweede VG staat gepland
Wmo consulent	2	Derde VG staat gepland
OC	1	VG gevoerd samen met VK, tweede VG staat gepland
Programma-manager zorg – Zorgverzekeraar Salland	0	Is aangesloten bij de veranderateliers van het VG
Praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg	0	Heeft cliënten doorverwezen naar het VG

De uitkomsten van zowel de vragenlijst als de focusgroep zijn door coderen in meerdere thema's geclusterd. Hier zijn 9 hoofdthema's uitgekomen, waaruit nog 21 subthema's zijn ontstaan. Deze thema's uitgewerkt in bijlage 6: overzicht thema's.

3.2. Vragenlijst

3.2.1. Meerwaarde en belemmeringen

De meerwaarde en belemmeringen van het VG, die uit de vragenlijst naar voren zijn gekomen, worden per niveau geanalyseerd: cliënt, naaste, professional en (financiële) organisatie.

Cliëtniveau

De meerwaarde en belemmeringen van het verkennend gesprek voor de cliënt zijn gemeten door zowel te bevrage in hoeverre de *kwaliteit van leven* van de cliënt werd meegenomen tijdens het VG als de *eigen regie*.

Kwaliteit van leven

Uit de vragenlijst komt naar voren dat drie van de zes respondenten aangeven dat het meenemen van de kwaliteit van leven in het VG het uitgangsprincipe is.

“Dat is leidend, dat is de basis waarvan je uitgaat en dan bevrage over waar iemand naar toe wilt” (R4).

Eén respondent geeft aan dat het niet specifiek is gevraagd of benoemd, maar dat er wel gepoogd is om dit in beeld te krijgen door de vragen die zijn gesteld. Hiermee wordt geprobeerd zo’n compleet mogelijk beeld te krijgen van iemands leven en kwaliteit. Twee respondenten kunnen geen antwoord geven op deze vraag omdat zij nog geen verkennend gesprek hebben gevoerd.

Eigen regie

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre volgens hen de eigen regie van de cliënt rondom het vormgeven van de hulpverlening vergroot wordt na toepassing van het verkennend gesprek.

Twee respondenten geven aan dat het gesprek vooral gericht is op de eigen regie.

“Aangezien dat het uitgangspunt is, is het gesprek daarop gericht en ben je samen met de client aan het zoeken hoe hij zijn eigen regie kan pakken” (R1).

Eén respondent geeft aan dat het nog lastig te beantwoorden is in hoeverre de eigen regie vergroot wordt, omdat zij nog een vervolgesprek hebben gepland. De verwachting is wel dat de eigen regie centraal staat en blijft staan. Twee respondenten geven geen antwoord aangezien zij nog geen verkennend gesprek hebben gevoerd.

Niveau naaste

In de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd in hoeverre het *sociaal netwerk* is meegenomen in het verkennend gesprek en wat hiervan de voor- en nadelen zijn die ze (verwachten te) ervaren.

Drie respondenten gaven aan in hun reguliere werkwijze ook het sociale netwerk te bespreken, waarbij het afhankelijk is van de situatie of het sociaal netwerk wel of niet betrokken wordt.

"Ik merk geen verschil. Is soms wel handig om sociaal netwerk erin mee te nemen en soms juist niet" (R4).

Eén respondent gaf aan nog geen ervaring te hebben met het voeren van een verkennend gesprek. De overige twee respondenten is het onbekend of het netwerk wordt betrokken omdat zij geen verkennend gesprek gaan uitvoeren.

Niveau professionals

De meerwaarde en belemmeringen voor professionals zijn gemeten door de voordelen van *integraal werken, overige ervaringen en verandertips* te bevragen. Daarnaast is aan de professionals hun ervaring rondom het verkennend gesprek bevraagd.

Integraal werken

Eén respondent geeft aan al gewend te zijn om samen te werken met andere disciplines. Drie respondenten geven aan dit als meerwaarde te zien, waarbij één respondent de betere samenwerking tussen Wmo en de onafhankelijk cliëntondersteuners benadrukt.

"Ik vind dit een heel groot voordeel. Je kunt snel schakelen en dan tot opties komen die je dan met iemand kan bespreken" (R4).

Twee respondenten geven aan hier geen antwoord op te kunnen geven.

Overige voordelen professionals

Eén respondent geeft aan dat ze het hele proces spannend vindt en zoekende is. Twee respondenten geven aan een meerwaarde voor henzelf te zien. Zij vinden het feit dat je samen het gesprek voert met iemand van een andere discipline interessant en van meerwaarde.

“Het feit dat je het gesprek samen voert met iemand uit een andere hoek/organisatie is interessant en van meerwaarde. Je hebt beiden je eigen manieren van gespreksvoering en ik merk dat er daardoor vragen of onderwerpen ten tafel komen die ik misschien in mijn eentje niet ten tafel had gehad” (R2).

De overige drie respondenten geven aan nog geen ervaring op te hebben gedaan met het voeren van een verkennend gesprek.

Overige nadelen professionals

Eén respondent geeft aan dat er eerst meer ervaring moet worden opgedaan, waarbij de samenwerking centraal staat. Een andere respondent geeft aan meer helderheid te willen over de doorverwijsopties.

“Meer helderheid over wat we de cliënt, binnen GEM, kunnen bieden. Dat de cliënt sneller terecht kan bij hetgeen hij eventueel naar doorverwezen wordt (binnen de GGZ)” (R2).

Twee respondenten geven aan geen ervaring te hebben met het voeren van het verkennend gesprek.

Tot slot geeft één respondent aan dat het te vroeg is om overige nadelen aan te geven.

Niveau (financiële) organisaties

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre zij een verschil ervaren in het toepassen van zorg nu de financiering volgens een pilot verloopt.

Eén respondent geeft aan dat zij vanuit haar rol als huisarts niet veel verschil verwacht aangezien GGZ tijd niet gedeclareerd kan worden.

“Geen verschil, ggz zorg kan ik als huisarts sowieso vaak niet declareren, maximaal een dubbel consult (20 min) en overlegtijd of gesprekken van een uur kan ik niet declareren” (R1).

Een andere respondent geeft aan dat de overleggen makkelijker tot stand komen nu deze pilot er is.

Dit vindt zij een meerwaarde voor de organisaties. Drie respondenten geven aan hier nog niets over te kunnen zeggen of voorspellen.

3.2.2. Afname wachtlijst

De respondenten zijn verdeeld over de verwachting of de wachtlijst gaat afnemen na implementatie van het VG. De ene helft denkt van wel en de andere helft denkt van niet: drie respondenten verwachten dat de wachtlijst op termijn gaat afnemen. Zij verwachten door breder te kijken er meer kan worden in

het 'voorveld'. Hiermee wordt het sociaal domein, de doorverwijsopties vanuit GEM of het netwerk bedoeld.

"Ik denk dat er een grote meerwaarde zit in "de brede blik": goed verkennen wat de situatie is en breed kijken welke oplossingen er zijn, ook in het sociaal domein/voorveld. Als daaruit gaat blijken dat veel vragen in dat voorveld opgelost kunnen worden (wat ik best verwacht) dan zou dit kunnen leiden tot kortere wachtlijsten bij de GGZ" (R2).

De overige drie respondenten verwachten dat de wachtlijst niet gaat afnemen. De drie respondenten geven hiervoor verschillende redenen. Eén respondent verwacht wel dat de kwaliteit vooruit gaat door het gesprek maar dat de wachtlijst niet direct afneemt. Een andere respondent denkt dat het in iemands jeugd al te vaak misgaat, waardoor er al eerder moet worden ingegrepen om de wachtlijsten te kunnen afnemen. De derde respondent geeft aan dat mensen nog te vaak wonderen verwachten van een behandeling.

3.3 Focusgroep

De meerwaarde en belemmeringen van het verkennend gesprek en de verwachting afname wachtlijst worden hieronder nogmaals beschreven maar nu met de resultaten van de focusgroep.

3.3.1. Meerwaarde en belemmeringen

Cliëntniveau

Tijdens de focusgroep zijn met de uitvoerende professionals de voor- en nadelen van het verkennend gesprek, voor de cliënt, besproken.

Meerwaarde cliënt

Bij de focusgroep is de meerwaarde op cliëntniveau gelabeld in de volgende thema's: *bredere uitvraag, meer eigen regie cliënt en sneller doorverwezen*. Aan de hand van deze thema's worden de resultaten weergegeven.

Bredere uitvraag

Drie respondenten geven aan dat ze altijd al een brede uitvraag doen met cliënten, waaronder de Wmo consulent (WT) en de onafhankelijk cliëntondersteuner (OC). WT geeft aan dat de cliënten die deelgenomen hebben aan zijn verkennende gesprekken tot nu toe doorverwezen zijn naar het sociaal domein (Wmo). Hij had dat in het reguliere geval ook gedaan. De praktijkondersteuner huisarts (poh-

ggz) geeft aan ook altijd een brede uitvraag te doen. Een andere respondent reageert hierop dat haar ervaring juist is dat de poh-ggz in de regel geen brede uitvraag doet.

De verpleegkundige (VK) geeft aan dat zij wel een bredere uitvraag doet tijdens het VG. Zij vertelt dat ze tijdens het VG graag holistisch kijkt. Waarbij het lichamelijk, het psychische en het sociale wordt meegenomen.

Meer eigen regie cliënt

De VK, WT en OC geven aan dat zij in hun reguliere werkwijze ook al veelvuldig de eigen regie van de cliënt meenemen.

“Bij mij is dat echt totaal gelijk, want bij mijn werk als cliëntondersteuner is er alleen maar eigen regie, want ik sta naast je en wat je ook kiest als het voor jou het goede is, dan is dat wat je gaat doen” (OC).

Sneller doorverwezen

De VK en OC geven aan dat ze een cliënt sneller hebben kunnen doorverwijzen. Deze cliënt was via een poh-ggz doorverwezen naar het VG. De poh-ggz zou haar als het VG er niet was, doorsturen naar de psychiater. Ze zou anders moeten wachten totdat ze aan de beurt is bij de psychiater. De VK wist de cliënt te motiveren om naar een vorm van yoga te gaan, gegeven door een psychomotorisch therapeut. Deze cliënt kon hierdoor sneller bij een vorm van hulpverlening terecht die passend leek bij de mentale problemen die ze aangaf. Cliënt staat nog wel op de wachtlijst, totdat duidelijk is of behandeling vanuit de GGZ echt niet meer aan de orde is.

Belemmeringen cliënt

Respondenten hebben geen nadelen voor de cliënt genoemd. De drie respondenten die een VG hebben gevoerd geven aan dat zij geen groot verschil ervaren in hun werkwijze en hierdoor ook geen verschil in cliëntervaring ervaren. Eén respondent geeft aan dat een kanttekening hierbij is dat de professionals die nu het VG voeren bewust uitgekozen zijn, omdat zij in hun reguliere werk al vaak een brede uitvraag doen.

“Ik wil het nog wel even kwijt dat ik denk dat de mensen die nu de verkennende gesprekken gaan doen, die doen het niet voor niks natuurlijk. Ons sprak dat heel erg aan. En weet je dus eigenlijk zitten er nu mensen die eigenlijk al een beetje gewend zijn zo te werken” (VK).

Niveau naaste

De drie respondenten van de focusgroep die een VG hebben gevoerd geven aan dat de betrokkenheid van het sociaal netwerk tijdens de VG niet meer dan anders is meegenomen. Zij hebben gevraagd naar

het sociaal netwerk van de cliënt maar hebben geen verdere actie ondernomen in het betrekken van naasten.

“Ik heb doorgevraagd als die spanningen had, hoe die dat dan op ging pakken. Dan ging hij wel met vrienden en voor de rest hebben we daar niet zoveel over gehad en het werd ook zelf niet benoemd door hem.. niet als de helpende kracht, zeg maar, dus we hebben daar verder ook niet op doorgevraagd” (VK).

De overige respondenten hebben hier geen aanvulling op.

Niveau professionals

Op het niveau van professionals is er gesproken over de ervaringen van integraal werken en de ervaringen met doorverwijzen.

Meerwaarde professionals

Tijdens de focusgroep geven de drie respondenten die een VG hebben gevoerd aan dat de meerwaarde voor professionals ligt bij het integraal werken.

De WT geeft aan dat hem opvalt dat een huisarts vaak niet op de hoogte is dat er al ambulante begeleiding vanuit de Wmo is ingezet. Hij denkt dat door samenwerking rondom het VG deze communicatie beter gaat verlopen. De OC beaamt dit en denkt dat hier zeker winst te behalen valt: *“daar is zeker winst te behalen, omdat je niet met zijn allen op eilandjes hetzelfde wil doen”.*

Belemmeringen professionals

Eén respondent geeft aan dat een belemmering die naar voren komt tijdens het VG is dat de aanlevering van casuïstiek nu lang duurt. Dit kost veel tijd.

“Wat we nu wat we nu zien, is dat de huisartsen hebben toegezegd om deel te nemen aan dat project dat het aanleveren van casuïstiek dat dat erg laat gebeurt, waardoor het niet altijd op dinsdag lukt om te verdelen. In het begin hebben we daar heel erg achteraan gevangen” (WT).

Daarnaast geven twee respondenten aan dat er onduidelijkheid is over welke (vergelijkbare) diensten er zijn en waar die voor zijn bedoeld. De poh-ggz geeft aan vaak gebruik te maken van de dienst ‘Wally’. In haar ogen heeft het gesprek dat de Wally voert veel overeenkomsten met het VG. Hierop reageert WT dat het niet de bedoeling is dat Wally wordt ingezet voor het individu. Er zijn afspraken over dat de Wally voor ‘het collectief’ is en niet voor individuele trajecten. Hier is de poh-ggz niet van op de hoogte en geeft aan veelvuldig gebruik te maken van de diensten van Wally voor individuele trajecten.

“Stel dat ik bij de een van de huisartsen waar ik betrokken zou zijn wel die cliënten moest leveren, zou ik het nu ook rechtstreeks naar het verkennend gesprek doen en niet eerst een Wally er tussen zetten. Ja, dat vind ik nog wel logisch, Maar de oude lijn is de Wally en toevallig heb ik vandaag nog kennis gemaakt met een nieuwe Wally die wel gewoon op individueel gebied wat gaat doen” (poh-ggz).

Alle respondenten uit de focusgroep geven aan graag duidelijkheid te willen hebben waarvoor de Wally nu gebruikt kan worden. De respondenten geven aan dat als de Wally wel voor individuele trajecten is, de Wally veel overeenkomsten lijkt te hebben met het VG.

“Het is nu een pilot, maar stel het gaat ingericht worden, blijft dat dan naast elkaar bestaan? Daar ben ik dan benieuwd naar, want dat dat vind ik interessant. En hoe dat dan naast elkaar bestaat, want als het wel individueel is zoals jij zegt, dan zou het best wel vergelijkbaar kunnen zijn op een bepaalde manier” (OC).

Eén respondent geeft aan dat het VG te vroeg gestart lijkt te zijn. De overige respondenten beamen dit. Respondent geeft aan dat de doorverwijsopties voor cliënten vanuit GEM nog niet gereed zijn waardoor cliënten nog geen duidelijkheid kunnen krijgen over het vervolgtraject.

“We hebben in het begin al aangegeven van gaan we niet snel van start nu met de verkennende gesprekken en dat er werd gezegd: Nee, dat, dat haalt zich wel in. Maar nee: we zijn te snel gestart” (WT).

Niveau (financiële) organisaties

Meerwaarde (financiële) organisaties

In de focusgroep geeft de manager van de zorgverzekeraar aan dat de verwachting van het VG is dat het zorgt voor minder medicalisering en er meer zorg wordt verleend in het voorliggende veld. Zij geeft aan dat dit impact zal hebben op verwijzingen en op de instroom bij de specialistische ggz (SGGZ).

WT geeft aan dat de verwachte winst is dat straks de koppeling tussen behandeling (zorgverzekering) en begeleiding (Wmo) komt. Waarbij de communicatie tussen de huisarts die de behandeling voorschrijft en de Wmo consulent vanuit het sociaal domein beter en vollediger wordt. De OT beaamt dat de verwachting dat daar winst te behalen valt.

“Dus dat er dus naast de inzet vanuit de huisarts ook Wmo zorg vanuit sociaal domein is ingezet en dat die communicatie rechtsom of linksom, vice versa niet volledig is. Dus daar is zeker winst te behalen, denk ik in dit traject” (WT).

Belemmeringen organisaties

Twee respondenten die het VG hebben gevoerd geven aan dat het nog niet duidelijk is hoe het VG zich ontwikkelt en in hoeverre alle organisaties meebewegen. Zij geven aan dat door deze onduidelijkheid er nog geen (positieve) verandering te voorspellen is voor betrokken organisaties.

“Maar zo zit het heel vaak verweven in elkaar dat als iedereen vast blijft zitten in hoe het altijd is, dan beweegt er niks en dan zit je.. dan blijf je zitten in je probleem. Dus als de bereidheid er is om die switch te maken, ja, dan ben je er en ik hoop heel erg dat GEM dat op een breder vlak ook binnen een Dimence bijvoorbeeld wat gewoon één grote organisatie is een groot schip is waarbij het tijd kost om van koers te veranderen. Ik hoop dat het daar ook op microniveau die verandering makkelijker gaan worden, want wij ja, ik ben nog wel benieuwd naar onze doorzet macht” (OT).

3.3.2. Afname wachtlijst

In de focusgroep geven de respondenten aan dat het te vroeg is om een voorspelling te doen voor de afname van de wachtlijst aangezien er tijdens de focusgroep nog maar enkele verkennende gesprekken hebben plaatsgevonden.

“Ik denk dat het te vroeg is voor die vraag, omdat we nog niet weten hoe het kwartje gaat vallen” (OC).

4. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt eerst de conclusie weergegeven op basis van de resultaten. Daarna volgt de discussie waarin wordt beschreven hoe de resultaten samenhangen, verschillen of bijdragen aan de bestaande theorie en kennis van het VG. Tot slot worden de beperkingen van het onderzoek beschreven met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

4.1. Conclusie

Dit onderzoek is gericht op het beantwoorden van de vraag: ‘In hoeverre heeft het verkennend gesprek een positieve invloed op de kwaliteit van hulpverlening voor mentale gezondheid en het terugdringen

van wachtlijsten volgens de professionals in de gemeente Deventer?'. De conclusie is gebaseerd op basis van de meerwaarde en belemmerende factoren van het VG en de invloed van het VG op de wachtlijst voor mentale hulpverlening.

Uit de resultaten op cliëntniveau is gekomen dat de professionals *eigen regie* en *kwaliiteit van leven* als uitgangspunt nemen in het VG. Daarnaast wordt er een bredere uitvraag gedaan. De bredere uitvraag bestaat uit het kijken naar het lichamelijke, mentale en psychosociale aspect. Door deze brede uitvraag is één cliënt eerder doorverwezen naar een vorm van hulp door te kijken naar passende alternatieven voor behandeling. De professionals die het VG nu voeren hebben de kernwaarden *eigen regie* en *kwaliiteit van leven* voor de cliënt in hun reguliere werkwijze ook als uitgangspunt. Het VG heeft hier geen verandering in gebracht.

Op het niveau van naaste is geen meerwaarde naar voren gekomen. De professionals geven aan te hebben gevraagd naar het sociaal netwerk van de cliënt maar niet meer dan in hun reguliere werkwijze. Het netwerk lijkt nu nog onvoldoende betrokken bij het VG. Dit is ook de geconstateerde belemmering: het netwerk van de cliënt wordt momenteel nog niet actief meegenomen in het VG.

Alle professionals die het VG hebben gevoerd zien het grootste voordeel in de samenwerking: het integraal werken. Er kan sneller geschakeld worden en samen tot een passende oplossing komen. Hierdoor wordt voorkomen dat er langs elkaar heen gewerkt wordt.

Een belemmering voor de professionals is dat er onduidelijkheden zijn op meerdere gebieden. Een van deze onduidelijkheden is dat de huisartsen vaak niet weten dat er al een vorm van begeleiding vanuit de Wmo is ingezet. Een andere onduidelijkheid gaat over de beschikbare vormen van hulpverlening in de gemeente Deventer: De Wally wordt genoemd als vorm van hulpverlening, vergelijkbaar met het VG maar er is een verschil van visie waar de Wally voor bedoeld is. De cliënten die nu naar het VG worden verwezen, werden voorheen door de poh-ggz naar de Wally verwezen. De poh-ggz ziet niet direct een meerwaarde van het VG in plaats van de Wally. De WT geeft juist aan dat de Wally niet bedoelt is om een individueel gesprek met de cliënt te voeren die vergelijkbaar is met het VG. Tussen de professionals is er ook onduidelijkheid over het intakegesprek van de poh-ggz. De poh-ggz geeft zelf aan altijd een breed intakegesprek te voeren, waarop een andere professional reageert dat haar ervaring juist is dat de poh-ggz geen brede intakegesprek voert. Er lijkt dus onduidelijkheid te zijn over welke zorg er al beschikbaar is en hoe deze zorg kan worden ingezet. De laatste naar voren gekomen onduidelijkheid gaat over de doorverwijsopties van GEM na het VG. De verkennende gesprekken zijn al gestart terwijl niet alle doorverwijsopties vanuit de veranderateliers (brede leergroepen) gereed zijn. Deze onduidelijkheden lijken een belemmering voor de professionals om goede zorg te verlenen.

De meerwaarde voor organisaties zit vooral in de contacten tussen de organisaties die nu makkelijker tot stand komen. Daarbij geeft de zorgverzekeraar aan dat de verwachting van het VG is dat het zorgt voor minder medicalisering en er meer zorg wordt verleend in het voorliggende veld. Dit zal naar verwachting de verwijzingen en de instroom bij de specialistische ggz verminderen. Vanuit de dataverzameling kan geconcludeerd worden dat er op dit moment nog niet veel verschil meetbaar is wat betreft de vermindering van doorstroom naar de GGZ. Op basis van de drie verkennende gesprekken die gevoerd zijn blijkt dat er een derde minder verwijzingen zijn naar de specialistische GGZ. Alleen op basis van grotere aantallen verkennende gesprekken kan een betrouwbare uitspraak hierover gedaan worden.

Tot slot de vraag of het VG invloed heeft op het terugdringen van de wachtlijsten. Tijdens het afnemen van de vragenlijst, waren er nog maar een paar verkennende gesprekken gevoerd. Het is dus te vroeg om een daadwerkelijke werkelijke afname van de wachtlijst te meten. De professionals spreken dan ook over een te verwachte afname van de wachtlijst. Omdat er nog maar weinig verkennende gesprekken waren gevoegd, is het nog niet duidelijk hoe het VG zich gaat ontwikkelen en of cliënten eerder naar een andere organisatie of het voorliggende veld worden doorverwezen, waardoor de wachtlijsten kunnen afnemen. De professionals zijn verdeeld in de verwachting of de wachtlijst in de GGZ gaat afnemen na implementatie van het VG.

4.2. Discussie

Uit het onderzoek blijkt dat de grootste verbetering wat betreft het uitvoeren van het VG zit in het samenwerken. Er wordt meer integraal gewerkt. Dit komt overeen met de bevindingen uit de literatuur dat integraal werken voordelen oplevert. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek in opdracht van Movisie door Van Arum (2018) waarin gepleit wordt voor meer integraal werken, waarin de samenwerkingsrelaties tussen de professionals centraal staan. Deze samenwerkingsrelatie is voornamelijk belangrijk voor de cliënt zodat er één plan komt waaraan gewerkt wordt. Een plan voorkomt versnippering van zorg (Van Arum et al., 2018). Vanuit de benadering van Bronfenbrenner (1979) is door het VG de samenwerking in het exosysteem verbeterd. Het exosysteem betreft factoren die het leven van een persoon beïnvloeden maar geen directe relatie met de persoon hebben, zoals de samenwerking tussen professionals (De Wilde et al., 2021).

Op het niveau van naasten is uit het onderzoek geen meerwaarde naar voren gekomen. Tijdens het VG is er niet actief naar de relaties van cliënt gevraagd of naar relatieproblemen. Uit de literatuur blijkt dat het wel belangrijk is om deze relaties actief te bespreken. Door het microsysteem uit het ecologisch

model van Bronfenbrenner (1979) meer te betrekken kunnen andere oorzaken van de hulpvraag naar boven komen. Hoogleraar Psychologie Baucom geeft aan dat de behandel-effectiviteit vergroot wordt door te erkennen dat psychische stoornissen voorkomen in een sociale context. Veel cliënten die relatieproblemen hebben kampen ook met psychische problemen. Om effectief te kunnen behandelen moet er begrip zijn hoe relaties en psychopathologie samenhangen (Hövels, 2017).

Het uitgangspunt van het VG is een holistische insteek, gebaseerd op positieve gezondheid van Huber (2019). Er is tijdens het VG echter geen format of methodiek gebruikt. In de reguliere werkwijze voor het VG werd door de professionals tijdens een gesprek ook niet met een format of methode gewerkt. De professionals gaven aan dat zij vanuit hun expertise al gewend zijn om tijdens een gesprek naar meerdere levensgebieden te vragen. Dit maakt dat de onderwerpen *kwaliteit van leven* en *eigen regie* van de client geprobeerd zijn om in kaart te brengen maar hiervoor geen duidelijke richtlijn voor was. Ook op het gebied van naasten is er geen format of methodiek gebruikt om het netwerk en relaties te betrekken bij het VG. Hierdoor kunnen de verkennende gesprekken verschillend tot uitvoering komen waarbij er verschil zit in hoeverre de onderwerpen: kwaliteit van leven, eigen regie en (sociaal) netwerk van de cliënt meegenomen worden. Hierdoor kunnen belangrijke onderwerpen en factoren gemist worden tijdens het VG. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van het VG.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de professionals het te vroeg vinden om een verwachting rondom afname van de wachtlijst uit te spreken. De belangrijkste reden die hiervoor wordt genoemd is dat de doorverwijsopties nog niet gereed zijn. Bij de verkennende gesprekken die zijn gevoerd in Breburg is de wachtlijst wel drastisch verkort (van Elst, 2022). Een verschil met het VG in Deventer is dat in Breburg de doorverwijsopties na het VG wel gereed. Zij kunnen doorverwezen worden naar een passend alternatief binnen het kortdurende zorgaanbod van het MG. Meer dan de helft van de zorgvragers kon binnen dit kortdurende aanbod van het MG geholpen worden (van Elst, 2022). De wachtlijst is in Breburg mede door de doorverwijsopties afgenomen. In acht nemend dat in Breburg de wachtlijst is afgenomen omdat doorverwezen konden naar het zorgaanbod vanuit MG, is de verwachting dat dit in Deventer ook gaat gebeuren wanneer de doorverwijsopties vanuit GEM gereed zijn.

4.3. Beperkingen onderzoek en aanbevelingen vervolgonderzoek

Er zijn een aantal beperkingen aan dit onderzoek. De eerste beperking is dat het meetmoment van de ervaringen rondom het VG vroeg in het proces is uitgevoerd. Tijdens het onderzoek hebben de deelnemende professionals drie verkennende gesprekken gevoerd. Dit maakt dat er nog weinig

resultaat te meten is. De conclusies zijn dus gebaseerd op deze ervaringen en over de te verwachte toekomstige ervaringen met het VG. De aanbeveling voor vervolgonderzoek is om het onderzoek nogmaals uit te voeren op een later moment, waarbij de uitvoerende professionals minstens 15 verkennende gesprekken hebben gevoerd.

De tweede beperking is dat de respons minder is dan verwacht. De vragenlijst is naar zestien professionals gestuurd, waarbij er maar zes reacties zijn gekomen. Van deze zes professionals hadden twee professionals geen enkele ervaring met het VG. Bij de focusgroep wordt de input van de huisarts gemist. Wanneer er vervolgonderzoek wordt gedaan is het advies om een vorm van beloning te koppelen aan het invullen van de vragenlijst en voor deelname aan de focusgroep.

De derde beperking betreft dat de resultaten enkel gebaseerd zijn op ervaringen van de uitvoerende professionals. De cliënt zelf of het netwerk van de cliënt zijn niet betrokken bij het onderzoek. Toekomstig onderzoek kan bestaan uit de ervaringen van de cliënt zelf rondom het VG. Het advies is om dit onderzoek pas uit te voeren wanneer er passende doorverwijsopties gereed zijn. Zodat de cliënt zijn ervaring van het VG en de doorverwijsopties kan delen.

Hoofdstuk 5. Implicaties voor de praktijk

De eerste aanbeveling is om het VG uitsluitend te voeren als de doorverwijsopties als alternatief voor de ggz (brede leergroepen) gereed zijn. Op dit moment zijn de vervolgopties na het VG beperkt. Hierdoor kan de hulpverlener geen duidelijkheid geven aan de cliënt over het vervolg en stagneert het proces. Op het moment dat de doorverwijsopties gereed zijn, kan de cliënt eerder mentale hulp krijgen. Dit kan ertoe leiden dat een cliënt geen behoefte meer heeft aan de zorg vanuit de reguliere ggz. De wachtlijst wordt hierdoor korter.

De tweede aanbeveling is dat er duidelijkheid komt voor de professionals welke hulpverlening er beschikbaar is en welke zorg er al wordt toegepast. Wanneer alle hulpverleners in de gemeente Deventer een overzicht hebben van welke zorg er beschikbaar is, wat deze zorg inhoudt en voor wie deze zorg bedoeld is dan kunnen de uitvoerende professionals beter doorverwijzen zodat de cliënt (tijdig) passende zorg krijgt. Onder andere duidelijkheid over de hulpverlenersvorm van de Wally: waar is de Wally voor bedoeld? En wie kan verwijzen naar de Wally? En waar is de Wally beschikbaar? Daarnaast het advies om duidelijkheid te creëren welke zorg er al wordt toegepast. Dit kan gerealiseerd worden door inzichtelijk te maken voor zowel de huisartsen als het sociaal domein of er al hulpverlening betrokken is. Dit kan hulpverlening zijn door behandeling vanuit de huisarts of begeleiding vanuit de Wmo maar ook de rol van de poh-ggz: voert de poh-ggz wel of geen breed

intakegesprek? Wanneer alle hulpverlening inzichtelijk is, wordt voorkomen dat er ongemerkt twee hulpverleningstrajecten naast elkaar lopen.

De derde aanbeveling is om een format of methode te gebruiken voor het VG waarbij het sociaal netwerk actief betrokken wordt tijdens het VG en de kwaliteit van leven en eigen regie van de cliënt centraal staan. Een methode die hiervoor gebruikt kan worden is de Netwerkintake van hoogleraar Innovatie in de ggz: Floortje Scheepers (UMC Utrecht, z.d.). De Netwerkintake bestaat uit drie stappen: inventariseren van bevorderlijke en belemmerende thema's, de haalbaarheid en gewenste verandering bepalen en besluiten wie wat gaat doen. Het advies hierbij is om de meest passende methode of format landelijk te implementeren voor alle verkennende gesprekken.

De laatste aanbeveling is om actief het VG (landelijk) te monitoren en te evalueren. Uit dit onderzoek blijkt dat er veel overeenkomsten zijn met de reguliere werkwijze van de professionals. Dit kan komen doordat het nog vroeg in het proces is en de doorverwijsopties nog niet gereed zijn, waardoor het gehele hulpverlenerstraject voor de cliënt nog weinig veranderd. Door te blijven monitoren en evalueren worden toekomstige knelpunten duidelijk. Het advies is om zowel in Deventer als landelijk te monitoren en evalueren. Er worden op meerdere plekken al verkennende gesprekken (of een variant hierop) gehouden in Nederland. In september 2022 is het boek *over de drempel* geschreven door Wessels & Van Eersel (2022) uitgekomen waarin zij de ervaringen van GGz Beburg met de uitvoering van het VG delen. Door landelijk met elkaar in contact te komen en blijven kan er van elkaar geleerd worden. Wanneer de successen worden overgenomen en de knelpunten effectief worden aangepakt kan er de meeste meerwaarde uit het VG worden gehaald.

Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer. (2020). *Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*. Geraadpleegd op 21 december 2022, van <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>
- Beter Oud. (z.d.). *Analysetool Wijkgericht Integraal Werken*. Geraadpleegd op 29 december 2022, van <https://www.integraalwerken.nl/over-deze-tool/>
- Boumans, J., van Hoof, F., & Knispel, A. (2016). Over geestelijke gezondheidszorg binnen een Wmo-kader. *Sociaal Bestek*, 78, 6-9. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41196-016-0103-7>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Developments: experiments by nature and design*. London: Harvard University Press.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods (vijfde editie)*. Oxford University Press.
- Carlier, B., Schuring, M., & Lötters, F. (2013). *The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands*. BMC Public Health.
- De Wilde, J., Theunissen, M., & Van der Wal, J. (2021). *Identiteitsontwikkeling en leerlingbegeleiding*. Uitgeverij Coutinho.
- GEM. (2021). *GEM voorstel voor ZN*. Geraadpleegd op 7 juni 2023 van, <https://www.psychosenet.nl/assets/2021/02/GEM-voorstel-voor-ZN.pdf>
- GGZ Breburg. (z.d.). *Mentaal Gezondheidscentrum*. Geraadpleegd op 16 juni 2023, van <https://www.ggzbreburg.nl/centra/mentaal-gezondheidscentrum/>
- Heyden, W. (2022). *Wooncrisis en prijsstijgingen vallen jongeren zwaar, mentale gezondheid nauwelijks verbeterd sinds corona*. Geraadpleegd op 29 juni 2023, van <https://eenvandaag.avrotros.nl/panels/opiniepanel/alle-uitslagen/item/wooncrisis-en-prijsstijgingen-vallen-jongeren-zwaar-mentale-gezondheid-nauwelijks-verbeterd-sinds-corona/#:~:text=De%20vele%20crises%20die%20nu,hebben%20op%20de%20mentale%20staat.>
- Hövels, J. (2017). Netwerken in de ggz. *GZ – Psychologie*, 9, 34-37 <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41480-017-0068-2>

- Huber, M. (2021). *GEZONDHEID IS MEER DAN ALLEEN NIET-ZIEK-ZIJN*. Geraadpleegd op 29 december 2022, van <https://mijnpositievegezondheid.nl/tools/positieve-gezondheid/>
- Huber, M., Van Vliet, M., & Giezenberg, M. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6, 191. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- Integraal Zorgakkoord. (2022). Geraadpleegd 4 december 2022, van <https://open.overheid.nl/repository/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/1/pdf/Integraal%20Zorg%20Akkoord.pdf>
- Kroon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., & De Lange, A. (2021). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2020*. Trimbos-instituut.
- Magnée, T., de Beurs, D., & Verhaak, P. (2017). Wachttijden voor de poh-ggz. *Huisarts Wet*, 60, 205. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s12445-017-0131-7>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2016). *Literatuurstudie Integrale dienstverlening*. SZW.
- Noord-Holland Noord GGZ. (z.d.). *Herstelondersteunende intake, HOI*. Geraadpleegd op 13 december 2022, van <https://www.ggz-nhn.nl/website/clienten/Volwassenen/Intake-en-aanmelding/herstelondersteunende-intake-HOI>
- NZA. (2022). *Informatiekaart wachttijden ggz juli 2022*. Geraadpleegd op 27 november 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/
- O'Leary, Z. (2017). *The essential guide to doing your research project*. Third edition. SAGE Publications.
- Perreault, K., & Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration: One or multiple realities? *Journal of interprofessional care*, 26, 256–8. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.652785>
- Polstra, L., Verkooijen, L., Binkhorst, J., Ende, P. C. van der, Glasbergen, P., Korput, J. van de, Teekman, C., & Pruijm, E. (2018). *De vele beelden van integraal werken: rapport van het onderzoeksproject Integraal aan het werk*. Werkplaatsen Sociaal Domein – Hanzehogeschool Groningen.
- Praktijksteun. (z.d.). *Doorverwijsmodel GGZ*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.praktijksteun.nl/doorverwijsmodel-ggz>

- Ralston, A., van Weeghel, J., van Erp, N., Kienhorst, G. H. M., Oudejans, S. C. C., & Koppen, L. (2020). Destigmatiserend werken in de GGZ. *PsyXpert*, 6(1), 40–49.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 – Een gezond vooruitzicht*. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0030.pdf>
- Thomson H., Thomas S., & Sellstrom, E. (2013). Housingimprovements for health and associated socio-economic outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD008657. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008657.pub2>
- Trouw. (2016). 'De wachttijden in de ggz worden niet korter', stelt de voorzitter van De Nederlandse ggz. Geraadpleegd op 29 oktober 2022, van <https://www.trouw.nl/zorg/de-wachttijden-in-de-ggz-worden-niet-korter-stelt-de-voorzitter-van-de-nederlandse-ggz~b91cec42/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.bing.com%2F>
- Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). *Health effects of indebtedness: a systematic review*. BMC Public Health.
- UMC Utrecht. (z.d.). *Netwerk intake*. Geraadpleegd op 16 juni 2023, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake>
- Van Arum, S., Verweij, S., & Van der Veer, K. (2018). *Wat werkt bij integraal werken in de wijk; cliënt en professional. In vertrouwen samenwerken aan een oplossing*. Geraadpleegd op 18 december 2022, van <https://www.movisie.nl/publicatie/wat-werkt-integraal-werken-wijk>
- Van de Bovenkamp, H. M., & Trappenburg, M. J. (2009). De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de ggz. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 64(1–2), 27–38.
- Van Dorp, A., Pollmann, C., van der Vlist, E., Scheepers, F., de Zeeuw, J.W., van Os, J., Delespaul, P., van der Zijden, Q., van der Poel, S., Hospers, S., Tamara van Altena, T., & Helmich, W. (2021). *Psychiatrie en sociaal domein. Dringende oproep tot publieke dialoog en gezamenlijk handelen*. Geraadpleegd op 29 december 2022, van <https://associatiewijkteams.nl/new/wp-content/uploads/2021/11/Dringende-oproep-ggz-en-sociaal-domein-19nov21.pdf>
- Van Elst, L. (2022). 'Schoolvoorbeeld van passende zorg'. *Zorgvisie*, 52, 60–66. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41187-022-1836-1>

Van der Eyden, (z.d.). *Veranderatelier*. Geraadpleegd op, 17 december 2022, van

<https://www.veranderarchitect.nl/diensten/veranderatelier/#:~:text=Een%20Veranderatelier%20is%20een%20interactieve,en%20eventueel%20nog%20andere%20genodigden.>

Van der Ham, L., & Marangos, A.M. (2018). Huisartsen over de toegang: zelfstandig wonen is een zware opgave. *Sociaal Bestek*, 80, 58-61. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41196-018-0132-5>

Van der Lans, J. (2014). *Een wijkgerichte aanpak: Het fundament. Een beschouwing opgesteld in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Van de Loo, D. T. M., Saämena, N., Janse, P., van Vliet, M., & Braam, A. W. (2022). De waardering van de zes dimensies van positieve gezondheid in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(2), 87-93.

Vos, H. (2019). Huisarts en complexe zorgvraag. *Tijdschrift Gezondheidswet*, 97, 20-22. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s12508-019-0221-y>

Wessels, K., & Van Eersel, L. (2022). *Over de drempel*. De Argumentenfabriek.

Zorgprestatie­model. (2018). *BESTUURLIJK AKKOORD GEESTELIJKE GEZONDSHEIDSZORG (GGZ) 2019 t/m 2022*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van https://www.zorgprestatie­model.nl/shared/content/uploads/2019/09/Bestuurlijk_akkoord_geestelijke_gezondheidszorg_GGZ_2019-2022.pdf

Bijlagen

Bijlage 1. Kenmerken verkennende gesprekken in Nederland

Noord Holland Noord: In Noord Holland Noord (NHN) wordt er gewerkt met een Herstelondersteunende Intake (HOI) Volwassenen van 18 tot 67 jaar met een specialistische ggz-hulpvraag en die aangemeld worden voor behandeling in de eigen omgeving, worden via het aanmeldpunt van ggz NHN aangemeld voor een herstelondersteunende intake. In NHN bestaat de HOI uit de volgende punten:

- Kennismaking
- Zicht krijgen op de situatie, de hulpvragen, kwetsbaarheid en weerbaarheid (strengths).
- Bespreken of cliënt eerder hulpverlening en behandeling heeft gekregen en wat behulpzaam was.
- Informatie verzamelen over de sociale context waar cliënt mee te maken heeft.
- Op basis van de verkregen informatie een inschatting maken van de ernst van de situatie en de ernst van de problemen.
- Bespreken welke ondersteuning en behandeling cliënt wenselijk vindt en nodig heeft gezien zijn vragen en klachten en 'strengths' (eigen kracht).
- Bespreken wat GGZ NHN daarin te bieden heeft, wat andere hulpverleners of organisaties cliënt kunnen bieden, wat de herstelacademie zou kunnen bieden, wat cliënt en zijn naastbetrokkenen zelf kunnen doen.
- Indiciestelling (of een voorlopige indicatiestelling).
- Besluit over de behandeling en afspraken over het vervolg.

In elke herstelondersteunende intake wordt een vaste reeks van vragen besproken:

- Wat is er met cliënt gebeurd?
- Wat is cliënt zijn kwetsbaarheid en weerbaarheid?
- Waar wilt cliënt naartoe?
- Wat heeft cliënt nodig en van wie? (Noord Holland Noord GGZ, z.d.)

Breburg: Vanuit Ggz Breburg wordt er ook gewerkt met het verkennend gesprek. Lars de Vroege, behandelaar bij GGz Breburg vertelt: “In het verkennend gesprek wordt ingezoomd op de problemen, niet op de klachten. We kijken of mensen gebaat zijn bij behandeling in de ggz of bij ondersteuning op andere terreinen, zoals financiën of huisvesting” (van Elst, 2022).

In Breburg gaat de ggz-professional samen met de cliënt het probleem afpellen en samen met de cliënt, zijn familie en de verwijzer kritisch kijken naar de volgende stap. Zodat de zorg meer op maat is en gericht op de hulpvraag van de cliënt (van Elst, 2022). De bestuurder van GGz Breburg, Alex de Ridder, geeft aan dat de voornaamste uitdaging ligt in het feit dat er geen betaaltitel is voor de verkennende gesprekken. In Breburg worden de verkennende gesprekken nu voor vier jaar gefinancierd door zorgverzekeraar CZ, waaraan geen productieprikkel verbonden is. Wanneer het budget overschreden wordt, dan worden de kosten gedeeld. Wanneer er sprake is van winst, wordt dit ook gedeeld (van Elst, 2022).

Bijlage 2. Vragenlijst

In tabel 4 staan de vragen die worden gesteld in de vragenlijst. De vragen zijn gekoppeld aan een onderwerp vanuit de literatuur. Aan de hand van de uitkomsten van de enquête worden de vragen voor de focusgroep geformuleerd.

Tabel 4

Vragenlijst

Onderwerp (op basis van dimensies van Positieve Gezondheid (Huber, 2019) en factoren sociale omgeving Bronfenbrenner (1979)	Vragen
Ervaring van de professionals (mesosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979).	1. Hoe is je ervaring van werken met het verkennend gesprek in het algemeen?
Kwaliteit van leven cliënt (Positieve gezondheid van Huber, 2019)	2. In hoeverre is de kwaliteit van leven van cliënt meegenomen in het verkennend gesprek? Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?
Eigen regie cliënt (Positieve gezondheid van Huber, 2019)	3. In hoeverre is volgens jou de eigen regie van de cliënt m.b.t. vormgeven hulpverlening vergroot na toepassing van het verkennend gesprek? Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?

Sociaal netwerk cliënt (microsysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)

4. In hoeverre ervaar je verschil in hoe het sociaal netwerk van het cliënt meegenomen wordt in het verkennend gesprek vergeleken met de werkwijze voorheen?

Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?

Samenwerking disciplines (Exosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)

5. In hoeverre merk je verschil t.o.v. integraal werken met de andere disciplines deelnemend aan deze pilot?

Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?

Financiën (Macrosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)

6. In hoeverre ervaar je een verschil t.o.v. toepassen van zorg nu de financiering volgens een pilot loopt i.p.v. via wettelijke bestaande financieringsstelsels (Wmo, Wlz, Zvw)?

Denk hierbij aan het wel of niet doorverwijzen van een cliënt, het wel of niet een (kort/lang) traject ingaan of zelf meer tijd kunnen nemen voor interdisciplinair overleg

Wachtrijen ggz (Chronosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)	7. Verwacht je dat het verkennend gesprek op korte of lange termijn de wachtrijen in de GGZ en/of het sociaal domein verkorten? Waarom wel/niet?
Verbeterpunten	8. Wat zou je veranderen aan het verkennend gesprek hoe het nu uitgevoerd is?

Bijlage 3. Topiclijst Focusgroep

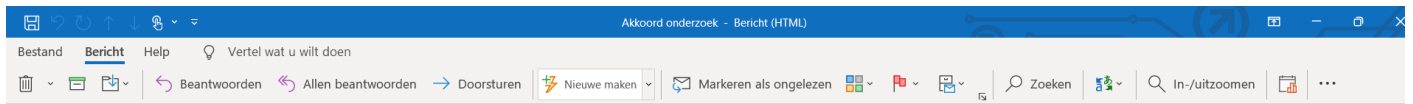
De topiclijst van de focusgroep is weergegeven in tabel 5. De thema's zijn voortgekomen uit de deelvragen. De subthema's komen uit de theorie Positieve Gezondheid (Huber, 2019) en het ecologische model (Bronfenbrenner, 1979).

Tabel 5

Topiclijst focusgroep

Thema's focusgroep	Subthema's
Cliëntniveau	- Kwaliteit van leven cliënt (Positieve gezondheid van Huber, 2019) - Eigen regie cliënt (Positieve gezondheid van Huber, 2019)
Niveau naaste	- Betrokkenheid van sociaal netwerk cliënt (microsysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)
Niveau professionals	- Ervaringen van het verkennend gesprek vanuit de professionals (mesosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979). - Samenwerking disciplines (exosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)
Niveau (financiële) organisaties	- Financiën (Macrosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979) - Voordelen en- nadelen voor organisaties (macrosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)
Afname wachtlijst	- Wachtrijen ggz (chronosysteem vanuit Bronfenbrenner, 1979)
Verbeterpunten	

Bijlage 4. Informed Consent Formulier



Akkoord onderzoek

 Pelle Oosting <p.oosting@dimence.nl>
Aan: Bianca Diks, Bianca Diks

 Beantwoorden  Allen beantwoorden  Doorsturen  do 6-7-2023 17:19

Beste Bianca,

Als opdrachtgever van het onderzoek naar het verkennend gesprek GEM Deventer geef ik toestemming om de professionals uit de veranderateliers van GEM te betrekken bij het afnemen van een vragenlijst en het bevragen tijdens een focusgroep. De onderzoeker Bianca Diks, zorgt ervoor dat de respondenten vrijwillig deelnemen, zich altijd terug kunnen trekken uit het onderzoek en dat de gegevens geanonimiseerd in het onderzoeksrapport verschijnen.

Maart 2023, Deventer

Akkoord door:
Pelle Oosting, Dimence

Vriendelijke groet,

Pelle Oosting
Projectleider
Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) Deventer
0611785935
p.oosting@dimence.nl



Beste Bianca,

Als opdrachtgever van het onderzoek naar het verkennend gesprek GEM Deventer geef ik toestemming om de professionals uit de veranderateliers van GEM te betrekken bij het afnemen van een vragenlijst en het bevragen tijdens een focusgroep. De onderzoeker Bianca Diks, zorgt ervoor dat de respondenten vrijwillig deelnemen, zich altijd terug kunnen trekken uit het onderzoek en dat de gegevens geanonimiseerd in het onderzoeksrapport verschijnen.

Maart 2023, Deventer

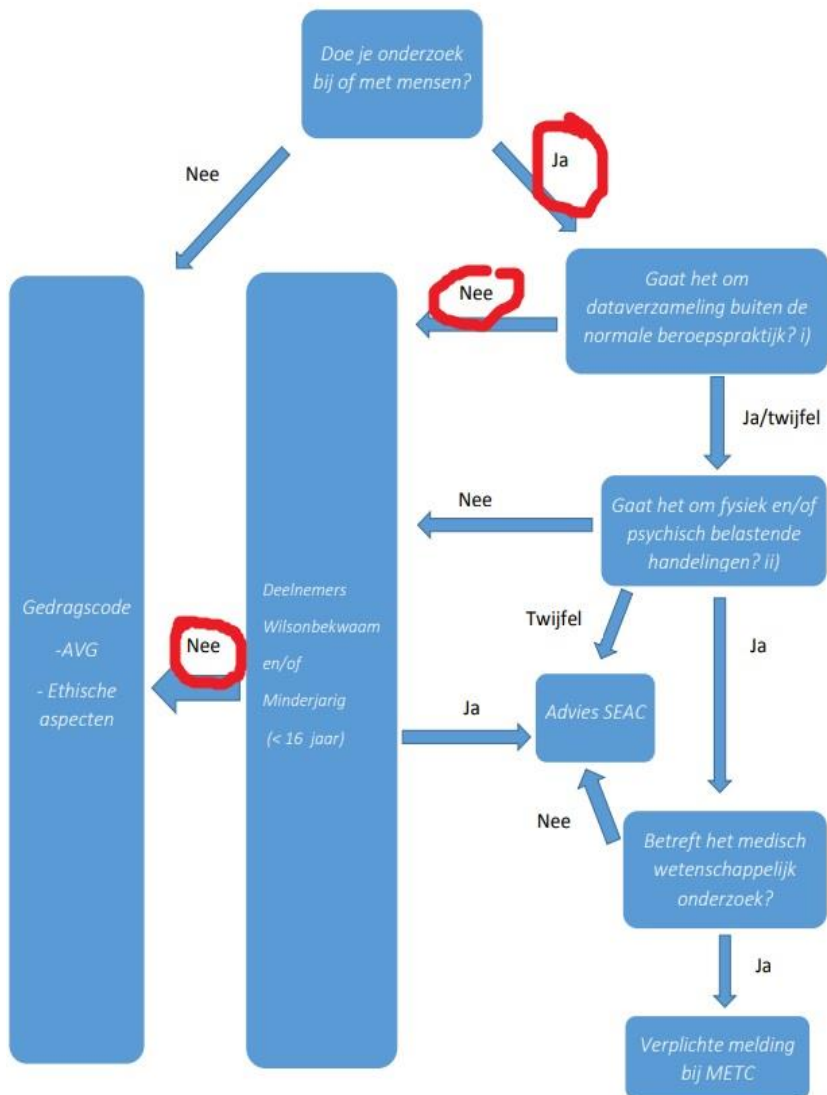
Akkoord door:
Pelle Oosting, Dimence

Vriendelijke groet,

Pelle Oosting
Projectleider
Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) Deventer
0611785935
p.oosting@dimence.nl



Bijlage 5. Selfcheck Saxion Ethische Adviescommissie



De respondenten hebben toestemming gegeven deel te nemen aan het onderzoek.

Bijlage 6. Overzicht thema's

Het overzicht van de thema's en de subthema's worden in onderstaande tabel 6 weergegeven. De hoofdthema's zijn in het blauw weergegeven.

Tabel 6

Overzicht thema's

	Vragenlijst	Focusgroep	Totaal
○ BETREKKEN SOCIAAL NETWERK	4	2	6
○ BETREKKEN SOCIAAL NETWERK: geen verschil in betrokkenheid sociaal netwerk	3	2	5
○ BETREKKEN SOCIAAL NETWERK: meer betrokkenheid sociaal netwerk	1	0	1
○ CLIËNTNIVEAU	9	29	38
○ CLIËNTNIVEAU: bredere uitvraag	2	12	14
○ CLIËNTNIVEAU: geen verschil cliëntervaring	2	7	9
○ CLIËNTNIVEAU: meer eigen regie cliënt	5	4	9
○ CLIËNTNIVEAU: sneller doorverwezen	0	6	6
○ FINANCIËN	3	6	9
○ FINANCIËN: positieve verwachtingen andere financiering	0	3	3

○ FINANCIËN: verandering andere financiering onduidelijk	2	1	3
○ FINANCIËN: verwachting geen verschil door andere financiering	1	1	2
○ FINANCIËN: verwachting positieve verandering door andere financiering	0	1	1
○ INVLOED WACHTLIJST	6	3	9
○ OVERIGE NADELEN	7	14	21
○ OVERIGE NADELEN: Doorverwijsopties nog niet gereed	2	9	11
○ OVERIGE NADELEN: Nog niet aantoonbaar	4	0	4
○ OVERIGE NADELEN: Overige onduidelijkheden	1	5	6
○ SAMENWERKING PROFESSIONALS	13	32	45
○ SAMENWERKING PROFESSIONALS: geen verandering t.o.v. integraal werken	4	6	10
○ SAMENWERKING PROFESSIONALS: negatieve ervaring integraal werken	0	2	2
○ SAMENWERKING PROFESSIONALS: neutrale mening t.o.v. integraal werken	1	4	5
○ SAMENWERKING PROFESSIONALS: onduidelijkheid doorverwijzen	0	10	10
○ SAMENWERKING PROFESSIONALS: positieve ervaring integraal werken	8	11	19

○ Verandertips VG	1	0	1
○ WERKWIJZE PROFESSIONALS	3	0	3
○ WERKWIJZE PROFESSIONALS: Geen verandering werkwijze	3	0	3
Totaal	85	170	255