

Het verkennend gesprek nader bekeken

Achtergrondrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers in de ggz'

Het verkennend gesprek nader bekeken

Achtergrondrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers in de ggz'

Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland, 2026

Colofon

Auteurs

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut
Jenny Boumans, Trimbos-instituut
Jurre Heijmens Visser, Trimbos-instituut

Met medewerking van (alfabetische volgorde)

Jan Dijkgraaf, MIND
Marcel Niezen, InBegrepen

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met dank aan

Dit evaluatietraject kon alleen worden uitgevoerd dankzij de waardevolle medewerking en input van de versnellers en andere betrokkenen uit de regio's die een subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg'.

De leden van de kwaliteitscommissie van het ZonMw-programma:

Mr. drs. J.J.H.M. (Sjef) van Gennip (voorzitter)

Dr. Henrie W.J. Henselmans

Dr. Richard Starmans

De begeleidingscommissie, bestaande uit leden van de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en afgevaardigden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Financier

ZonMw, programma Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg, projectnummer:
10740132310003

Vormgeving

The Creative Hub

Productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl
Artikelnummer: TRI75-043

©2026, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	De Versnellers-aanpakken	5
1.2	Het evaluatietraject	5
1.3	Verdiepend deelonderzoek naar het verkennend gesprek	7
1.4	Leeswijzer	11
2	Het verkennend gesprek: resultaten uit de documentenstudie	12
2.1	Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio)	12
2.2	Arnhem en Nijmegen (Versnellers-regio's)	15
2.3	Flevoland (Versnellers-regio)	21
2.4	Zwolle (Versnellers-regio)	27
2.5	Noord- en Midden-Limburg (Versnellers-regio's)	29
2.6	Achterhoek-de Liemers (Versnellers-regio)	32
2.7	Samenvatting resultaten uit documentenstudie	34
3	Het verkennend gesprek: resultaten uit de interviews	37
3.1	Organisatie en uitvoering	37
3.2	Wat werkt (en werkt niet) in de uitvoering van het VG?	46
3.3	Wat levert het VG op?	56
3.4	Samenvatting resultaten uit interviews	61
4	Algemene samenvatting	64
4.1	Uitvoering van het VG	64
4.2	Wat werkt in de uitvoering?	65
4.3	Algemene aandachtspunten in de uitvoering	65
4.4	Aandachtspunten voor de toeleiding naar het VG	67
4.5	Aandachtspunten voor het voeren van het VG	68
4.6	Aandachtspunten voor de opvolging van het VG	69
4.7	Meerwaarde – cijfers	70
4.8	Meerwaarde – kwalitatieve bevindingen	71
	Literatuur	72
	Bijlage 1 Eerste resultaten monitoring verkennend gesprek Zuid-Limburg	73
	Bijlage 2 Topiclijst Verkennend gesprek: uitvoerder	79
	Bijlage 3 Topiclijst Verkennend gesprek: hulpvrager	82

1 Inleiding



1.1 De Versnellers-aanpakken

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk. In oktober 2025 hadden bijvoorbeeld ruim 47.000 volwassenen een intakegesprek bij de specialistische ggz (sggz) gehad¹. Zes op de tien (61%) van hen moest hier langer op wachten dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) van vier weken². Kijkend naar de bijna 40.000 volwassenen die in oktober 2025 startten met behandeling in de sggz, viel voor een derde (33%) de wachttijd van intake tot aan de start van de behandeling buiten de Treeknorm van tien weken. Voor de basis-ggz ging het op deze peildatum om vergelijkbare hoge percentages volwassenen die te lang moesten wachten (resp. 64% en 27%). Hoewel de wachttijden in de ggz sinds 2017 nadrukkelijk op de beleidsagenda staan, blijkt het daadwerkelijk terugdringen ervan lastig te realiseren. Om een bijdrage te leveren aan de aanpak van de wachttijdenproblematiek is in 2022 het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg' gestart en dat liep tot en met 2025. De focus van het ZonMw-programma lag op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking. Verspreid over drie subsidierondes hebben in totaal 21 regio's één of twee keer subsidie ontvangen vanuit het programma. Als onderdeel van elke subsidie werd een zogenoemde versneller aangesteld die als onafhankelijke projectleider zorg diende te dragen voor een structurele samenhang en duurzame samenwerking tussen partijen binnen een regio, zodat de betreffende samenwerkingspartijen actief hun verantwoordelijkheid dragen in de aanpak van de wachttijden (ZonMw, 2022).

1.2 Het evaluatietraject

In de periode augustus 2023-maart 2026 hebben het Trimbos-instituut, het Nivel³, InBegrepen en MIND, gezamenlijk een evaluatietraject uitgevoerd naar de Versnellers-aanpakken in de 21 regio's. Het evaluatietraject was erop gericht om op basis van de resultaten van de gesubsidieerde projecten bij te dragen aan een goed werkende aanpak voor wachttijden in alle regio's. Daartoe zijn (mogelijk) werkzame elementen van de gehanteerde Versnellers-aanpakken geïdentificeerd, en is in kaart gebracht onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Bijzondere aandacht is besteed aan regionale domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van de regionale versnellers, aangezien dit focuspunten waren van de subsidies van het ZonMw-programma.

1 Uitgaande van cijfers zoals aangeleverd door ggz-aanbieders met 10 of meer zorgverleners.

2 [zichttopzorgaanbieders](#)

3 Tot mei 2025 betrokken.

Het evaluatietraject bestond uit verschillende onderdelen die in vier achtergrondrapporten worden beschreven⁴:

- 1 Een literatuurstudie 'Wachttijden in de ggz' naar de bredere context van de wachttijden in de ggz, waarbij is gekeken naar omvang en impact, oorzaken en oplossingsrichtingen, en lopend en toekomstig beleid.
- 2 Het hoofdonderzoek 'Wat werkt in de domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden?' over de regionale Versnellers-aanpakken op basis van een begeleide zelfevaluatie met elk van de 21 regio's afzonderlijk. Dit deelonderzoek vormde de basis van het evaluatietraject, en was erop gericht om na te gaan in hoeverre het regio's is gelukt om de beoogde doelen van hun aanpak daadwerkelijk te bereiken, en wat hierbij succesfactoren, knelpunten en geleerde lessen waren.
- 3 Een verdiepend deelonderzoek naar de uitvoering van en ervaringen met het verkennend gesprek (VG). Het VG was een veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.
- 4 Een verdiepend deelonderzoek 'Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken' naar de uitvoering van en ervaringen met het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Het DOCO was een ander veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.

Het voorliggende achtergrondrapport betreft het verdiepend deelonderzoek naar het VG.

Het eindrapport getiteld 'Samen werken aan een toegankelijke ggz' beschrijft de kernbevindingen uit bovengenoemde evaluatieonderdelen, en formuleert op basis daarvan aanbevelingen die richting geven aan de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz.



4 Daarnaast is halverwege het evaluatietraject een tussenrapport gepubliceerd, getiteld 'Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht' (Nuijen et al., 2024).

1.3 Verdiepend deelonderzoek naar het verkennend gesprek

1.3.1 Achtergrond

Als startpunt van het evaluatietraject is een overkoepelende verandertheorie van alle regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz ontwikkeld. Zoals beschreven in het eerder gepubliceerde tussenrapport van het evaluatietraject (Nuijen et al., 2024) kwam hieruit naar voren dat het zwaartepunt van de aanpakken lag op het verbeteren van de regionale domeinoverstijgende samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz, om daarmee hulpvragers tijdig en passend te kunnen toeleiden naar aanbod binnen of buiten de ggz. Eén van de meest gebruikte mechanismen hierbij was het vormgeven van brede triage via het verkennend gesprek (VG). Vandaar de keuze om daar een verdiepend onderzoek naar uit te voeren in de tweede fase van het evaluatietraject.

Het VG vindt zijn oorsprong in de regio Midden- en West-Brabant waarin vanaf 2021 zogenoemde Mentale gezondheidscentra (MG's) zijn ontwikkeld om bij te dragen aan een toekomstbestendige ggz (Van den Broek et al., 2022a; Hoekstra et al., 2024). MG's zijn netwerkorganisaties gericht op het versterken van de samenwerking tussen ggz-aanbieders, gemeenten, huisartsen, welzijn en sociaal werk en het informele netwerk van cliënten. Een MG bedient een postcodegebied van circa 125.000 inwoners. De aanname is dat betrokkenen via de MG's intensiever en optimaler met elkaar samenwerken, wat eraan bijdraagt dat inwoners met mentale problemen eerder passende zorg en begeleiding ontvangen die aansluit op hun primaire hulpvraag (Van den Broek et al., 2022a). Het voeren van VG'en was een belangrijke eerste stap in de werkwijze van de MG's. Via een VG werd nagegaan wat de hulpvraag was, en welke zorg of ondersteuning vanuit welk(e) domein(en) het meest passend was. Alleen wanneer ggz-behandeling essentieel was voor het herstel van de hulpvrager, werd verwezen naar een intake bij de ggz. De focus lag daarmee sterk op het vóórkomen van veronderstelde onnodige instroom in de ggz. Aangenomen werd dat een deel van de personen op de wachtlijst voor de ggz "oneigenlijk wachten op een niet passend aanbod" (Van den Broek et al., 2022b).

Met de ondertekening in september 2022 van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) kwam er een sterke impuls voor het VG. Om de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz te verbeteren is in het IZA afgesproken dat vanaf 2025 in elke regio een Mentaal gezondheidsnetwerk⁵ met meerdere, samenhangende functies is opgezet, volgens een zo uniform mogelijke werkwijze en organisatie, met ruimte voor regionaal maatwerk. Het VG moet als belangrijke functie de triage aan de voordeur van de ggz concreet vormgeven. In de periode na het uitbrengen van het IZA is door het landelijke programma Mentale gezondheidsnetwerken⁶ de werkwijze voor de netwerkorganisatie nader uitgewerkt (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Het VG heeft een centrale rol binnen de Mentale gezondheidsnetwerken, en wordt in de werkwijze gedefinieerd als een gesprek tussen de persoon met een hulpvraag, professionals uit ggz én sociaal domein, en (doorgaans ook) naaste(n) van de persoon. Zoveel als mogelijk sluit ook een ervaringsdeskundige uit ggz of sociaal domein aan. Het gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. Het resultaat is een advies over de meest passende vervolgstap aan de aanvrager van het gesprek, meestal de huisarts. De doelgroep

5 In het IZA wordt (als werktitel) nog gesproken van Mentale gezondheidscentra.

6 In dit programma zijn 11 koepels en veldpartijen vertegenwoordigd: [Home - Mentale gezondheidsnetwerken](#)

zijn personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen zoals schulden of eenzaamheid; een eendimensionale aanpak vanuit één domein volstaat naar verwachting niet. De werkwijze benoemt diverse doelen van het VG, en de opvolging daarvan:

- Inzicht in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag.
- Handvatten/ oplossingsrichtingen voor de hulpvrager om het mentale evenwicht te hervinden.
- Indien nodig: op het juiste moment en de juiste plek organiseren van zorg en/of ondersteuning.

Met de Mentale gezondheidsnetwerken, met het VG als centrale functie daarbinnen, wordt beoogd de volgende doelen te bereiken:

- De hulpvraag van de persoon om wie het gaat wordt snel en op de juiste plek opgepakt, waardoor niet alleen escalatie van zijn of haar problemen wordt voorkómen, maar ook onnodige instroom in de ggz.
- De beschikbare capaciteit (ggz, huisartsenzorg en sociaal domein) in de regio wordt optimaal benut.
- De wachttijd voor ggz voor mensen met complexe problematiek vermindert.

Het bereiken van deze doelen is gestoeld op diverse aannames. Zo wordt verondersteld dat een aanzienlijk deel van de personen op de wachtlijst voor de ggz eigenlijk niet thuishoort in de ggz en beter geholpen of ondersteund kan worden via voorzieningen in het sociaal domein, via zelfregie- of herstelinitiatieven, via zelfhulp aanbod, et cetera. Verder is de veronderstelling dat het VG écht een aanvulling is op al bestaande functies en voorzieningen met deels dezelfde doelen, zoals triage door de huisarts of praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz), de consultatiefunctie ggz, Welzijn op Recept en intake door de ggz. Specifiek voor huisartsen en POH's-ggz is de aanname dat zij bij een deel van de personen bij wie (vermoedelijk) sprake is van een combinatie van psychische en sociale problematiek onvoldoende in staat zijn om te beoordelen of een verwijzing naar de ggz aan de orde is.

Vooralsnog zijn deze aannames nog niet (goed) onderbouwd door onderzoek, en is het de vraag of de verwachte effecten van het VG, en de opvolging hiervan, daadwerkelijk optreden. Het Zorginstituut wijst dan ook op het belang van het monitoren en evalueren van de korte- en langetermijneffecten van het VG op onder andere de gezondheid van hulpvragers, de werkdruk voor professionals en de wachttijden in de ggz (Zorginstituut Nederland, 2023; 2024). Iets wat wordt onderschreven door MIND⁷. In haar standpunt over het VG plaatst het Zorginstituut ook enkele kanttekeningen bij de landelijke werkwijze die de effectiviteit mogelijk in de weg kunnen staan, waaronder een te globaal omschreven doelgroep en onduidelijkheid over de inzet van de ervaringsdeskundige uit ggz of sociaal domein. Wel concludeert het Zorginstituut in haar standpunt dat het VG onder de Zorgverzekeringswet valt en vanaf 2025 vergoed kan worden uit het basispakket⁸. Bedacht dient te worden dat de inzet van het sociaal domein bij het VG niet onder de Zvw valt. Aldus kan deze expertise niet worden vergoed uit het basispakket, dit is de verantwoordelijkheid van gemeenten. Voor de bekostiging van de inzet van de ggz-professional bij het VG kan vanaf 1 januari 2025 gebruik worden gemaakt van de betaaltitel VG⁹.

7 <https://mindplatform.nl/nieuws/verkennd-gesprek-in-basispakket>

8 Voor personen jonger dan 18 jaar geldt een ander wettelijk kader, de Jeugdwet.

9 [Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennd gesprek BR/REG 25145 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

Al met al, wordt met het IZA ingezet op het breed toegankelijk maken van het VG als centrale functie van de Mentale gezondheidsnetwerken¹⁰. Het is daarom niet verwonderlijk dat het ontwikkelen en het uittesten van een werkwijze van het VG (veelal in kleinschalige pilots) onderdeel was van diverse regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz. Daarbij moet worden bedacht dat de landelijke werkwijze van het programma Mentale gezondheidsnetwerken 'pas' in maart 2024 werd gepubliceerd, oftewel tijdens of na afloop van de looptijd van de meeste subsidieperiodes van de Versnellers-aanpakken. Met andere woorden: tijdens de ontwikkeling van een werkwijze van het VG was er in diverse Versnellers-regio's nog geen richtinggevend landelijk kader. Dit kan hebben bijgedragen aan regionale variatie in de precieze organisatie en uitvoering van het VG in de Versnellers-aanpakken.

1.3.2 Doel

Eén van de meest gebruikte mechanismen in de regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz was het vormgeven van brede triage via het VG. Het doel van dit verdiepende deelonderzoek is om meer zicht te krijgen op de uitvoeringspraktijk van het VG in de aanpakken, de ervaringen ermee en de (mogelijke) effecten ervan. Qua effecten is gekeken naar wat het VG (en de opvolging hiervan) oplevert, of kan opleveren voor de hulpvrager, de professional en de toegankelijkheid van de ggz. Ook is nagegaan wat hierbij bevorderende of belemmerende factoren zijn. De deelstudie is niet bedoeld om een volledig beeld van het VG te geven in termen van uitvoeringspraktijk, ervaringen en effecten, maar om hiervan een indruk te krijgen.

1.3.3 Aanpak: documentenstudie en interviews met direct betrokkenen

Voor het verdiepingsonderzoek is allereerst een documentenstudie uitgevoerd op beschikbare verslagen, rapportages of andere publicaties over het uitvoeren van VG'en in Versnellers-regio's. Aanvullend worden ook bevindingen uit de regio Midden- en West-Brabant beschreven, hoewel geen Versnellers-regio. Dit omdat het VG in deze regio zijn oorsprong vindt en er een meerjarig actieonderzoek is uitgevoerd naar het mechanisme. Ten tweede zijn duo- of individuele interviews gehouden met 'direct betrokkenen' bij het VG in Versnellers-aanpakken, waarbij het vooral ging om professionals (inclusief ervaringsdeskundigen) die het gesprek voerden, ook wel 'verkenner' genoemd. Er is bewust voor gekozen om direct betrokkenen te interviewen, omdat we een beeld wilden krijgen van het perspectief van personen die daadwerkelijk in de praktijkervaring hebben opgedaan met het VG.

Uit de startgesprekken met de Versnellers-regio's bleek dat 12 regio's als onderdeel van hun Versnellers-subsidie bezig waren (geweest) met het inrichten en/of testen van het VG, vaak middels het uitvoeren van een lokale pilot. Wij benaderden onze contactpersonen in deze regio's of zij konden bemiddelen in de werving van direct betrokkenen voor interviews. Ook vroegen wij of er documentatie beschikbaar was over de uitvoering en ervaringen met het VG.

10 Het in september 2025 ondertekende Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) bouwt voort op dit streven. Het is de bedoeling dat het Mentaal gezondheidsnetwerk, met het VG als centrale functie daarbinnen, structureel geïmplementeerd wordt in elk regio.

Documentenstudie

Van zeven Versnellers-regio's waren pilotevaluaties beschikbaar: Arnhem en Nijmegen (gezamenlijk), Flevoland, Zwolle, Noord- en Midden-Limburg (gezamenlijk) en Achterhoek-de Liemers. De documenten zijn bestudeerd en de belangrijkste thema's en bevindingen zijn daaruit gedestilleerd. Opgemerkt dient te worden dat de beschikbare informatie varieerde tussen regio's in omvang en gedetailleerdheid. Er is ook een zoekactie gedaan naar documentatie over het VG in niet-Versnellers-regio's. Daarbij kwam de eerste regio waar het VG is uitgevoerd, Midden- en West-Brabant, naar boven. Publicaties over het aldaar uitgevoerde actieonderzoek zijn meegenomen in de documentenstudie.

Ten slotte vormde een andere, achtste Versnellers-regio – Zuid-Limburg – een apart geval in de zin dat in deze regio een langer lopend, uitgebreid onderzoek (zowel kwalitatief als kwantitatief) gaande is naar de waarde van het VG. Van de betrokken onderzoekers van de Universiteit Maastricht hebben we een notitie ontvangen waarin een overzicht wordt gegeven van de opvallendste, tussentijdse zaken uit interviews met direct betrokkenen¹¹. Deze notitie is als bijlage 1 opgenomen.

Interviews: deelnemers en aanpak

In tien van de 12 Versnellers-regio's zijn geen personen geworven voor een interview, omdat:

- In vijf regio's bleken er op het moment van benaderen geen VG'en te worden uitgevoerd. Het VG stond ofwel 'on hold' na een pilotperiode (men was in afwachting van de goedkeuring van het IZA-transformatieplan), ofwel was überhaupt nog niet goed van de grond gekomen waardoor de vraag om te werven te vroeg kwam.
- In de drie regio's in Limburg was het niet logisch om te werven omdat er recent al een evaluatie was uitgevoerd (Noord- en Midden-Limburg) of omdat een langer lopend onderzoek gaande is (Zuid-Limburg).
- Het is niet gelukt om een respondent te werven (één regio) of er werd geen medewerking verleend aan de werving (één regio).

Tijdens contacten met twee andere Versnellers-regio's (Groningen en 't Gooi) bleek dat in deze regio's ook een pilot naar het VG is uitgevoerd en dat we hier direct betrokkenen konden werven. Hoewel geen onderdeel van de Versnellers-subsidie van deze regio's, lagen deze pilots in het verlengde hiervan. Daarom hebben we ervoor gekozen om ook in deze twee regio's direct betrokkenen te werven, wat ook gelukt is.

¹¹ Het gaat om drie interviews met hulpvragers, drie interviews met huisartsen, acht interviews met POH's-ggz en twaalf interviews met verkenneren.

Uiteindelijk zijn er vanuit de vier regio's 12 direct betrokkenen geïnterviewd. De tabel hieronder geeft een overzicht.

Regio	Verkenner ggz *	Verkenner sociaal domein *	Verkenner POH-ggz (huisartsenzorg)	Hulpvrager	Totaal
Groningen	1	1			2
Achterhoek-de Liemers	1	3		1	5
't Gooi	1	1	1	1	4
Midden-Holland	1				1
Totaal	4	5	1	2	12

* Waaronder een ervaringsdeskundige

Voor het interview werden topiclijsten ontwikkeld voor gespreksvoerders/verkenners (zie bijlage 2) en hulpvragers (bijlage 3). In het interview was er veel ruimte voor de ervaringen (positief en negatief) van betrokkenen met het VG, en de reflectie van betrokkenen op de meerwaarde van het VG, en factoren die hierop van invloed zijn. Interviews vonden digitaal plaats (via Teams) en duurden gemiddeld één uur. Van alle interviews werden transcripties gemaakt die vervolgens werden gecodeerd in Maxqda, een softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse. Dit heeft geleid tot een thematische analyse over uitvoering, ervaren meerwaarde en beïnvloedende factoren.

1.4 Leeswijzer

Eerst worden in hoofdstuk 2 de resultaten van de documentenstudie beschreven. Vervolgens presenteert hoofdstuk 3 de resultaten van de aanvullende interviews. Beide hoofdstukken eindigen met een samenvatting. Afgesloten wordt met hoofdstuk 4 waarin de bevindingen uit de documentenstudie en interviews in samenhang worden samengevat en beschouwd.

2 Het verkennend gesprek: resultaten uit de documentenstudie



Dit hoofdstuk start met het bespreken van de beschikbare literatuur over het VG in de regio Midden- en West-Brabant, de eerste regio waarin het VG werd uitgevoerd. Vervolgens wordt ingegaan op de beschikbare documentatie over het VG in de zeven Versnellers-regio's (Arnhem en Nijmegen, Flevoland, Zwolle, Noord- en Midden-Limburg en Achterhoek-de Liemers). Voor zover hier voor een regio informatie over wordt gegeven, richten we ons op de uitvoering van het VG, de ervaringen ermee en de effecten ervan. Voor de Versnellers-regio's verschilt de uitgebreidheid en inhoud van de beschikbare informatie. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting. Ten slotte is in bijlage 1 een notitie van onderzoekers van de Universiteit Maastricht opgenomen. Hierin wordt een overzicht gegeven van de opvallendste, tussentijdse zaken uit interviews met direct betrokkenen bij het VG zoals uitgevoerd in Zuid-Limburg¹². De interviews vormen onderdeel van een langer lopend onderzoek naar de waarde van het VG in deze regio.

2.1 Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio)

2.1.1 Uitvoering

Om de ggz toekomstbestendig te houden heeft Ggz Breburg in samenwerking met zorgverzekeraar CZ in Midden- en West-Brabant in 2021 het initiatief genomen om zogenoemde Mentale gezondheidscentra (MG's) in te richten. MG's zijn kleinschalige transdiagnostische ggz-centra met een bedieningsgebied van circa 125.000 inwoners. Kenmerkend is het meer vraag- en krachtgericht werken, waarbij samenwerking met hulpvragers, naasten en netwerkpartners als huisartsen, welzijn en sociaal werk centraal staat (Hoekstra et al., 2024). Naast MG's heeft Ggz Breburg haar expertisecentra gecontinueerd, die bedoeld zijn voor de meer specialistische, complexe en/of langer durende behandelingen.

Het voeren van VG'en was een belangrijke eerste stap in de werkwijze van de MG's. Met een VG wordt nagegaan wat de hulpvraag is, en welke zorg of ondersteuning vanuit welk(e) domein(en) het meest passend is. Het verhaal van de hulpvrager staat centraal, en gezamenlijk met de hulpvrager wordt gezocht naar de beste vervolgstap. Het gesprek wordt gevoerd door een ggz-professional, eventueel een ervaringsdeskundige, en (bij voorkeur) een naaste van de hulpvrager. In maximaal een uur wordt samen toegewerkt naar een samenvatting vormgegeven in een actieplan, en dat met goedkeuring van de hulpvrager wordt gedeeld met de verwijzer. Alleen wanneer ggz-behandeling essentieel is voor het herstel van de hulpvrager, wordt verwezen naar een intake bij de ggz. Dit kan basis- of specialistische ggz in een MG zijn, s-ggz in een expertisecentrum, of ander ggz-aanbod. Vóór 2024 kregen hulpvragers alleen een VG wanneer

12 Het gaat om drie interviews met hulpvragers, drie interviews met huisartsen, acht interviews met POH's-ggz en twaalf interviews met verkenner.

de huisarts of POH-ggz onzeker was over een verwijzing naar de ggz. Vanaf 2024 krijgt vrijwel iedere hulpvrager die voor ggz wordt aangemeld een VG¹³.

In de periode *januari 2022-maart 2024* is de uitvoering van het VG in de regio's Breda en Tilburg gemonitord en geëvalueerd met een actieonderzoek (Hoekstra et al., 2024; Van den Broek et al., 2024). In deze periode zijn in deze gebieden in totaal 4.795 VG'en gevoerd. In het actieonderzoek werd gebruik gemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden: vragenlijsten, interviews en analyse van registratiegegevens.

2.1.2 Ervaringen

De ervaringen van *hulpvragers* werden in kaart gebracht door middel van een korte vragenlijst met vier gesloten vragen (over het VG in het algemeen en de drie thema's 'relatie', 'doelen en onderwerpen' en 'aanpak en werkwijze') en één open vraag ('Wat maakt dat je het VG zo ervaren hebt?') (Hoekstra et al., 2024). Van alle hulpvragers van 16 jaar of ouder met wie een VG was gevoerd, vulde 34% (n=1.618) de vragenlijst in. Ruim de helft van hen (58%; n=939) beantwoordde ook de open vraag. De hulpvragers beoordeelden het VG over het geheel met een gemiddeld score van 8,2 (op een schaal lopend van 0 tot 10). De thema's 'relatie' (zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelen) en 'doelen en onderwerpen' (er is besproken wat men wilde bespreken) werden door hen vergelijkbaar positief gewaardeerd, met een gemiddelde score van respectievelijk 8,3 en 8,5. De gemiddelde score op het derde thema 'aanpak en werkwijze' (manier van problemen aanpakken sluit aan op verwachtingen en voorkeuren) was met een 7,3 wat lager. Een mogelijke verklaring volgens de onderzoekers is dat een deel van de hulpvragers aanvankelijk andere verwachtingen over het VG had en graag direct ggz-zorg had willen ontvangen (Hoekstra et al., 2024). Ook moest een deel van de hulpvragers na een VG wachten totdat de vervolghulp beschikbaar kwam.

De meerderheid van hulpvragers (74%) gaf een positief antwoord op de open vraag, 15% was kritisch en 11% had een antwoord dat als neutraal kon worden beschouwd. Vaker benoemde¹⁴ positieve reacties waren: gehoord/begrepen voelen, tijd nemen voor iemands verhaal, zich op het gemak voelen, het stellen van de juiste vragen en een veilig en vertrouwd gevoel. Ook gaven meerdere respondenten aan dat vervolgstappen passend waren, het gesprek goed werd samengevat en het prettig was dat een naaste erbij kon zijn. Vaker benoemde kritische punten waren dat het gesprek te kort was om het hele probleem uit te leggen, dat er niet diep genoeg werd ingegaan op het probleem en dat het lastig was om de hulpvraag duidelijk te krijgen. Tevens benoemden meerdere respondenten dat het vervelend was dat de vervolgstap nog onduidelijk bleef en/of dat het lang duurde voordat deze begon.

Ter verdieping van de resultaten van de vragenlijst zijn semigestructureerde diepte-interviews gehouden met 19 hulpvragers (Hoekstra et al., 2024). Hieruit bleek waardering voor onder andere de huiselijke locaties van de MG's, het vriendelijke personeel, het zich gehoord en serieus genomen voelen, het meedenken in vervolgstappen en het verkrijgen van een duidelijke samenvatting (actieplan met mogelijke vervolgstappen). Ook de mogelijkheid tot het meenemen van

13 Uitzondering zijn: kinderen jonger dan zes jaar, verwijzingen naar topklinische ggz of wanneer verwijzer en ggz-consultatiegever samen besluiten rechtstreeks bij een expertisecentrum aan te melden.

14 Er worden door de onderzoekers geen precieze aantallen gerapporteerd.

een naaste werd als positief ervaren. Dit gold eveneens voor de aanwezigheid van een ervaringsdeskundige bij het gesprek, hoewel dit wel afhankelijk was van diens achtergrond. Aandachtspunten die de geïnterviewden benoemden waren onder andere: parkeergelegenheid, routing in het gebouw, voorlichting door de huisarts over het doel van het VG en de te verwachten vervolgstappen, communicatie over wachttijden na het VG en opties ter overbrugging van de wachttijd. Naast ervaringen met specifiek het VG, is de geïnterviewden ook gevraagd te reflecteren op aanverwante veranderingen in de ggz. Zij gaven onder andere aan dat tegenwoordig beter geluisterd wordt naar hulpvragers, dat er meer gelijkwaardigheid is in de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager, en dat personeelskrapte en bezuinigingen een negatieve invloed hebben op wachtlijsten. Verder vonden de geïnterviewde hulpvragers het onder meer belangrijk dat ervaringsdeskundigen een vaste plek in een MG krijgen.

Er zijn ook groepsinterviews gehouden met *professionals* werkzaam in de MG's en expertisecentra (Van den Broek et al., 2024). De interviews gingen niet specifiek over het VG, maar over ervaringen gedurende de transitie naar MG's. Naar voren kwam dat de werkdruk van de professionals toenam. Men moest wennen aan de nieuwe manier van werken (meer cliëntgericht en herstelondersteunend). Ook kostte het tijd en energie om de interne samenwerking tussen MG's en expertisecentra verder te verbeteren. Dit gold ook voor de externe samenwerking met huisartsenzorg, sociaal domein en andere ggz-aanbieders. Tegelijkertijd ervoeren de professionals de nieuwe manier van werken wel als positief voor hun professionele ruimte, energie en werktevredenheid.

2.1.3 Effecten

Op basis van analyse van data uit het elektronisch dossier werd zicht verkregen op het vervolg na het VG (Hoekstra et al., 2024). Deze data waren compleet voor alle hulpvragers met wie in de periode januari 2022-maart 2024 een VG was gevoerd (n=4.795). Uit de cijfers bleek dat over de gehele periode 25% van de hulpvragers na het VG *buiten* de ggz werd geholpen, zoals in de huisartsenzorg, het sociaal domein of het eigen informele netwerk. Voor driekwart van de hulpvragers was ggz de vervolgstap, waarbij het ging om basis-ggz in een MG (33%), specialistische ggz in een MG (16%) of expertisecentrum (18%), of ander ggz-aanbod (7%). Het valt op dat de percentages in het eerste kwartaal van 2024 anders waren verdeeld dan in de jaren 2023 en 2024. Zo werd in het eerste kwartaal van 2024 18% van de hulpvragers buiten de ggz geholpen na het VG tegenover respectievelijk 29% en 28% in 2022 en 2023. Verder stroomden in het eerste kwartaal van 2024 verhoudingsgewijs minder hulpvragers door naar basis-ggz in een MG (20%), en juist meer hulpvragers naar specialistische ggz in een expertisecentrum (31%) of ander ggz-aanbod (12%). In 2022 waren deze percentages respectievelijk 41%, 11% en 3%, en in 2023 respectievelijk 37%, 14% en 6%. Volgens de onderzoekers is de meest waarschijnlijke verklaring voor deze verandering in 2024 dat gaandeweg sprake was van een bredere, complexere doelgroep. Vanaf 2024 kreeg zelfs elke hulpvrager die voor ggz werd aangemeld een VG (Hoekstra et al., 2024).

Wanneer gekeken werd naar de hulpvragers voor wie de ggz de vervolgstap was na het VG, bleek dat zij gemiddeld minder intakegesprekken hadden en behandeling sneller werd gestart (Van den Broek et al., 2024). Volgens de onderzoekers kan een verklaring zijn dat het VG een vraaggerichte aanpak is waarin gezamenlijk wordt gezocht naar mogelijke oplossingen, en dat dit

leidt tot gerichte indicaties voor een passende behandelvorm. Vermeldenswaard is dat ondanks de snellere toegang tot ggz na het VG, de totale wachttijd (van aanmelding tot de start van de behandeling) vooralsnog niet was gedaald.

2.1.4 Conclusies

De onderzoekers concluderen dat de resultaten van het actieonderzoek veelbelovend zijn, omdat de meeste hulpvragers positief zijn over het VG en aangeven passend geholpen te zijn na het gesprek (Hoekstra et al., 2024). Verder had een deel van de hulpvragers (28-29% in 2022-2023, maar dalend naar 18% in het eerste kwartaal van 2024) geen ggz-zorg nodig als vervolgstap na het VG. Mocht dit op de langere termijn ook zo zijn, dan kan dit op den duur bijdragen aan kortere wachttijden in de ggz en minder zorgkosten (Van den Broek et al., 2024). Tegelijkertijd wijzen de onderzoekers op beperkingen van het onderzoek. Zo kan een selectiebias niet worden uitgesloten. Mogelijk hadden vooral hulpvragers met meer positieve ervaringen de vragenlijst ingevuld en deelgenomen aan de interviews. Bovenal is longitudinaal onderzoek over een langere periode nodig om goed in kaart brengen wat de langetermijneffecten zijn van het VG, en de opvolging daarvan, op onder andere de gezondheid van hulpvragers, de werkdruk van professionals en de wachttijden in de ggz.

2.2 Arnhem en Nijmegen (Versnellers-regio's)

2.2.1 Uitvoering

In de regio's Arnhem en Nijmegen is de uitvoeringssubsidie van het Zon/Mw-programma 'Versnellers in de ggz' gebruikt om een zogenoemd Centraal Toeleidingspunt (CTP) op te zetten en te evalueren in een pilot (Bee-Improve, 2024a). Aanvullende financiering kwam van deelnemende ggz-partijen en zorgverzekeraar Menzis. Met het CTP werd beoogd om een verbeterde structuur omtrent de instroom naar de ggz te ontwikkelen, zodat een hulpvrager sneller op juiste plek terecht komt binnen of buiten de ggz. Na een lange voorbereiding is de pilot in de periode *april-juni 2024* uitgevoerd. Het CTP was gepositioneerd tussen de huisarts en de ggz, met het VG als centrale functie. Twaalf huisartsen (werkzaam in verschillende praktijken¹⁵) konden hulpvragers bij het CTP aanmelden bij een vermoeden van ggz-problematiek, onduidelijkheid over de problematiek en/of wanneer de hulpvrager en huisarts van mening waren dat een VG toegevoegde waarde had. Het CTP-team bestond uit ggz-professionals, ervaringsdeskundigen en professionals in het sociaal domein. Ter voorbereiding op het VG werd hulpvragers gevraagd om voorafgaand aan het gesprek de vragenlijst *Positieve Gezondheid*¹⁶ in te vullen. Het VG werd voornamelijk door twee personen uit het team gevoerd en vond digitaal plaats. Triagisten selecteerden op basis van een eerste beoordeling wie het VG zou voeren¹⁷. In de pilotperiode werden in totaal 129 hulpvragers aangemeld. Met 118 van hen is een VG gevoerd, terwijl 11 (9%) niet verschenen bij het onlinegesprek ('no-shows'). Ervaringsdeskundigen voerden de meeste gesprekken, gevolgd door basis- en klinisch psychologen, en daarna maatschappelijk werkers sociaal domein, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en) en gz-psychologen. Een ggz-professional en ervaringsdeskundige was de meest voorkomende combinatie van verkenners. Maatschappelijk werkers werkzaam in het

15 Acht praktijken in Nijmegen en vier praktijken in Arnhem.

16 <https://vragenlijsten.mijnpositievegezondheid.nl/>

17 De inzet van triagisten was circa 27 uur per week.

sociaal domein waren verhoudingsgewijs minder vaak verkenner. Een VG duurde gemiddeld 51 minuten, en de administratieve afhandeling ervan gemiddeld 48 minuten. Indien behandeling in de ggz de vervolgstap was na het VG, verwees het CTP de hulpvrager rechtstreeks door naar een ggz-aanbieder. Via een dashboard met informatie over wachttijden, aanbod, vorm van het aanbod, gecontracteerde verzekeraars en exclusiecriteria van in totaal 65 ggz-aanbieders in de regio kon het CTP-team nagaan waar iemand zo snel mogelijk terecht kon voor een behandeling.

2.2.2 Ervaringen

Verwijzers (huisartsen)

De helft van de 12 deelnemende huisartsen heeft een terugkoppeling gegeven over de ervaringen met het CTP in relatie tot het 'oude' (reguliere) verwijsproces. Hoewel hun ervaringen overwegend positief waren, hadden zij behoefte aan verdere doorontwikkeling. Benoemde expliciete wensen waren:

- Het CTP heeft doorzettingsmacht richting de s-ggz. De huisartsen vinden dat niet zij, maar de ggz verantwoordelijk is voor het vinden van een behandelplek voor een hulpvrager.
- Het platform ZorgDomein blijven gebruiken voor het aanvragen van een VG.
- Het CTP ook kunnen gebruiken als vraagbaak, om te sparren, en voor consultatie.
- Het CTP als onafhankelijk team/onafhankelijke plek.
- In het dashboard ook informatie opnemen over hoe de intakeprocedure bij ggz-aanbieders verloopt.

De huisartsen hadden verder de wens dat het CTP naar de toekomst toe verschillende 'doelgroepen' gaat bedienen. Concreet werden benoemd:

- Personen met een hulpvraag die zowel sociaal domein en ggz raakt, een terugkerende hulpvraag, een hulpvraag waarvoor een lange wachttijd bestaat of een complexe/gecombineerde hulpvraag;
- Personen met een diagnosebehoefte (enerzijds om gerust te stellen, en anderzijds om serieus te nemen);
- Jongeren/jongvolwassenen die druk vanwege hoge verwachtingen ervaren; en
- Personen die op zoek zijn naar bevestiging van hun klachten.

Ten slotte benoemden de huisartsen diverse aandachtspunten voor de verdere doorontwikkeling het CTP, waaronder:

- Een oplopende wachttijd bij het CTP.
- Het CTP is vijf dagen per week beschikbaar.
- De informatie in het dashboard over het regionale ggz-aanbod compleet krijgen.
- Goede terugkoppeling naar de huisarts en POH-ggz, ook om van te leren voor wat betreft de kwaliteit van de verwijzing.
- Het belang van korte lijnen.
- Samenwerking met het sociaal domein.
- Transparantie in taken en verantwoordelijkheden.
- Het voorkómen van dubbelingen, veel extra stappen, herhaling et cetera voor hulpvragers.
- Hulpvragers stimuleren om zelf aan de slag te gaan.
- Langetermijntuitkomsten voor hulpvragers: helpt het hen ook?

- Als positionering van het CTP wordt een plek dicht bij de huisarts het meest logisch gevonden, waarbij voorkómen moet worden dat de rol van de POH-ggz wordt overgenomen. De huisartsen geven aan dat zij graag ontlast willen worden bij het vinden van de juiste behandelplek in de ggz.

CTP-team

In een interactieve sessie is met het CTP-team gereflecteerd op het gehele proces en de uitvoering. Het viel op dat het type en aantal aanmeldingen sterk varieerde tussen de huisartsen. Dit wijst erop dat de behoefte vanuit huisartsen verschillend was. Er lijkt een gevarieerd CTP-team nodig die het beste antwoord kan geven op de hulpvragen van inwoners. Ten aanzien van de aanmelding werd verder benoemd dat hulpvragers in de toekomst zoveel mogelijk zelf regie moeten kunnen voeren op het plannen van afspraken en het invullen van de vragenlijst Positieve Gezondheid voorafgaand aan het VG. Deze vragenlijst werd door het team van toegevoegde waarde geacht bij de voorbereiding op het gesprek. Echter, in de pilot werd de vragenlijst in 'maar' 40% van de gevallen ingevuld. Het wordt daarom wenselijk gevonden dat de vragenlijst makkelijk is in te vullen en een voorwaarde is voor het plannen van een VG. Verder beveelt het team aan dat het CTP vijf dagen per week beschikbaar is, dat er een professioneel plannings- en registratiesysteem komt, en dat er voldoende ervaringsdeskundigen en professionals vanuit de ggz en de lokale wijk- en buurtteams beschikbaar zijn voor het matchen van hulpvraag en benodigde expertise.

Het CTP-team ervaarde dat het VG voldoende tijd bood om in alle rust met hulpvragers in gesprek te gaan. Het team waardeerde dat twee personen het gesprek voerden met de hulpvragers; zodoende werden verschillende perspectieven en expertises ingebracht. Het online voeren van het VG was voor de meeste hulpvragers een toegankelijke vorm. Ook bood digitale gespreksvoering meer flexibiliteit bij het plannen van afspraken. Wel gaf het team aan dat er een mogelijkheid moet zijn voor een face-to-face gesprek wanneer passend. Een aandachtspunt is dat het VG een open en verdiepend gesprek dient te zijn, waarin vanuit een 'bredere' blik naar de actuele hulpvraag van de persoon wordt gekeken. Er moet worden weggebleven van 'diagnose-denken'. Een ander benoemd aandachtspunt is het aansluiten van naasten bij het VG, aangezien een naaste slechts bij één op de acht gesprekken in de pilotperiode aanwezig was.

Het CTP-team gaf verder aan bij voorkeur tijdens het VG tot een advies te komen voor een vervolgstap. Wanneer een hulpvragers nog wilde nadenken over verschillende opties, ontstond namelijk het risico op 'uit zicht raken'. Het bleek dat verwijzingen die werden doorgezet richting de ggz de meeste tijd kostten qua afstemming en administratie. Het wordt aanbevolen om een meer uniform aanmeldproces voor ggz-aanbieders te hanteren, inclusief aan te leveren informatie. Verder wees het CTP-team erop dat er geen inzicht is in de duurzaamheid van gegeven adviezen. Monitoring hiervan wordt wenselijk gevonden.

Het CTP-team vond het dashboard handzaam en makkelijk in gebruik. Wel werd doorontwikkeling en uitbreiding noodzakelijk gevonden. Zo bleek er meer ggz-aanbod beschikbaar te zijn in de regio dan was opgenomen in de versie van dashboard ten tijde van de pilot. Ook waren wachttijden niet altijd actueel. Qua uitbreidingsmogelijkheden wordt gewezen op groepsaanbod in de ggz, aanbod van zelfregie- en herstelinitiatieven, en voorzieningen in het sociaal domein.

Wat betreft samenwerking werden de korte lijnen binnen het team en daarbuiten met huisartsen erg gewaardeerd. Ook de samenwerking met sociaal domein werd als heel waardevol ervaren. Door de goede samenwerking ontstond een 'levende sociale kaart'. Wel is het belangrijk om het sociaal domein vanaf het begin volwaardig aan te sluiten, dit was in de pilot niet het geval. Andere benoemde aandachtspunten waren onder andere: meer diversiteit in het team (zoals POH-ggz en medewerkers uit wijkteams), meer kennis bij medewerkers van aanverwante initiatieven en beschikbaar aanbod in de verschillende domeinen, en meer telefonisch overleg met huisartsen en POH's-ggz over complexe casussen. Het team gaf verder aan dat het CTP vooral hulpvragers, huisartsen en POH's-ggz zou moeten bedienen, en in mindere mate de ggz.

Ten slotte vond het team dat het CTP in de toekomst het beste gepositioneerd kan worden als onderdeel van de huisartsenorganisatie. Als voordelen hiervan werden benoemd dat de hulpvrager nog geen verwijzing naar de ggz heeft, de huisarts goed is geïnformeerd, en de POH-ggz meer mag behandelen. Het uitgangspunt van het CTP zou moeten zijn om hulpvragers en naaste optimaal eigen regie te laten voeren.

Hulpvragers

Ervaringen van hulpvragers met het VG vanuit het CTP zijn door MIND in kaart gebracht met interviews¹⁸. Er zijn zes hulpvragers geïnterviewd, en een naaste van een hulpvragers. Met het kleine aantal geïnterviewden is een indruk verkregen van het perspectief van hulpvragers, er kunnen geen algemene conclusies worden getrokken.

De meeste geïnterviewden ervoeren het VG als een fijn gesprek. Ze voelden zich gehoord en begrepen, en waren blij dat er een uur tijd was om hun verhaal te doen. Dit is anders dan bij de eigen huisarts, waarvan werd aangegeven dat deze drukbezet is. Hoewel de meeste hulpvragers het prima vonden om het VG online te voeren, werd ook aangegeven dat er een mogelijkheid zou moeten zijn voor een face-to-face gesprek. Een onlinegesprek kan om diverse redenen minder passend zijn voor een hulpvragers, zoals bij mindere digitale vaardigheden, het ervaren van een taalbarrière, een oudere leeftijd, ernstige psychische klachten of het ervaren van een onveilige thuissituatie.

Uit de interviews bleek verder dat verwachtingen soms niet overeenkwamen met de praktijk. Zo hadden sommige hulpvragers het idee dat ze geholpen zouden worden om snel behandeling in de ggz te krijgen, maar dan werd op basis van het VG een andere vervolgstap geadviseerd, zoals een voorziening in het sociaal domein of een eHealth cursus. Dit vraagt om een goede voorlichting vooraf door de huisarts over het VG, en ook om een goede onderbouwing van het advies. Verder waren sommige hulpvragers er niet van op de hoogte dat het gesprek met twee personen werd gevoerd, dit overviel hen daarom enigszins. Ook dit wijst op het belang van betere voorlichting vooraf.

Goede voorlichting kan ook onbekendheid bij hulpvragers verminderen. Zo waren sommige geïnterviewden niet bekend met de beschikbaarheid van allerlei voorzieningen vanuit de gemeente (sociaal domein). Ook waren niet alle geïnterviewden bekend met de functie van een ervaringsdeskundige binnen het CTP. Over het algemeen werd de ervaringsdeskundige gewaardeerd, omdat deze goed kon luisteren en uit eigen ervaring begreep wat er bij iemand speelde. Ook gaf de ervaringsdeskundige handige tips die makkelijk bereikbaar waren in de buurt.

18 Dit is gedaan met een subsidie vanuit het ministerie van Vws.

Soms werden vanuit het VG-opties gegeven om de wachttijd voor ggz-zorg te overbruggen en waar de hulpvrager direct mee aan slag kon. Hier werd verschillend op gereageerd. Een hulpvrager koos er bewust voor om hier geen gebruik van te maken vanwege de ervaren behoefte aan ggz-zorg, ondanks de lange wachttijd. Een andere hulpvrager maakte wel gebruik van het overbruggingsaanbod en met tevredenheid.

Andere benoemde aandachtspunten waren: het niet mogelijk zijn van een vervolcontact of -gesprek en het ervaren van een lange route door elkaar opvolgende gesprekken met de huisarts, de POH-ggz en de verkenner van het CTP.

Ontvangende ggz-aanbieders

Tijdens de pilot is vanuit het CTP naar circa 36 verschillende ggz-aanbieders verwezen. Door 11 aanbieders is een terugkoppeling gegeven op de kwaliteit van de verwijzingen. Over het algemeen werden de verwijzingen passend gevonden, waarbij aangetekend dat het in sommige gevallen ging om weinig verwijzingen. Benoemde aandachtspunten vanuit de ggz-aanbieders waren onder andere: meer informatie bij de verwijzing, verwijzers kennis laten maken met de ggz-aanbieders waarnaar verwezen kan worden, en betere communicatielijnen/overlegstructuren tussen het CTP en ggz-aanbieders.

2.2.3 Effecten

Zoals eerder aangegeven is in de pilotperiode met 118 hulpvragers een VG gevoerd. Voor bijna zes op de tien (58%) van hen was verwijzing naar de ggz de vervolgstap na het gesprek. Daarbij ging het bij 39% om s-ggz, en bij 19% om basis-ggz. Voor een kleine minderheid (5%) werd ggz geadviseerd in combinatie met andere zorg of ondersteuning.

Vermeldenswaard is dat in 13% van de gevallen de hulpvrager niet heeft teruggekoppeld of het advies voor hem of haar akkoord was. Hierbij ging het in de meeste gevallen om ggz-zorg als geadviseerde vervolgstap. Het is onbekend welk vervolg deze adviezen hebben gekregen.

Verder was voor 9% van de hulpvragers het sociaal domein de vervolgstap. In het evaluatierapport wordt opgemerkt dat dit percentage naar verwachting hoger zou zijn geweest als buurt- en wijkteams eerder waren aangesloten bij het CPT. Voor de resterende 19% van de hulpvragers varieerde de vervolgstap: terug naar de huisarts of POH-ggz, eHealth of WijkGGZ¹⁹.

2.2.4 Conclusies

In het evaluatierapport wordt geconcludeerd dat de resultaten van de pilot pleiten voor een voortzetting en doorontwikkeling van het CTP in Arnhem en Nijmegen, eventueel als een onderdeel van het regionale Mentaal gezondheidsnetwerk. Uitgaande van de bevindingen en verdere input van betrokken partijen geeft het rapport hier een advies over, dat hieronder wordt samengevat.

Qua positionering wordt geadviseerd om het CTP in te richten naast de huisartsenzorg en het sociaal domein, maar vóór de ggz. Om de integrale blik te borgen zouden in het CTP-expertises moeten worden gebundeld vanuit sociaal en publiek domein, huisarts en POH-ggz, ervarings-

19 WijkGGZ ondersteunt huisartsen en het sociale domein met kennis over psychiatrie, verslaving en lichte verstandelijke beperking. WijkGGZ-teams bestaan uit ervaringsdeskundigen, maatschappelijk werkers en SPV'en van Pro Persona, IrisZorg, Pluyn en RIBW. Deze professionals werken parttime in WijkGGZ.

deskundigheid en ggz. Verder wordt het relevant gevonden om een goede samenwerking te realiseren met regionale initiatieven van waaruit ook met een 'bredere blik' naar de hulpvragen van inwoners wordt gekeken²⁰. Voorkómen moet worden dat er 'dubbelingen' in gesprekken en stappen ontstaan voor de hulpvragers.

Het VG is de centrale functie binnen het CTP, waar een huisarts of POH-ggz gebruik van kan maken *ter advisering*. Inzet van het gesprek via een verwijzing is niet de bedoeling, omdat dit bij hulpvragers de verwachting kan scheppen dat men een behandeling in de ggz krijgt. Verder wordt geadviseerd om tot een voorstel te komen waarbij ook het sociaal domein het VG kan inzetten. De werkwijze tot inzet van het VG zou zo moeten zijn dat de hulpvrager optimaal eigen regie voert. Verder wordt het gesprek in principe online gevoerd. Een face-to-face gesprek zou wel mogelijk moeten zijn indien noodzakelijk. Wanneer ggz-zorg het advies is na het VG, zou deze concreet moeten zijn uitgewerkt en afgestemd met zowel de hulpvrager als ggz-aanbieder, zodat de huisarts het kan doorzetten als verwijzing.

Een dashboard met volledige en actuele informatie over het beschikbare regionale ggz-aanbod (inclusief wachttijden, inclusiecriteria en gecontracteerde verzekeraars) wordt als een belangrijke voorwaarde gezien voor de inrichting van het CTP. Een dergelijk dashboard is ook van belang voor 'directe' verwijzingen door de huisarts naar de ggz (dus zonder tussenkomst van het CTP). Ook goed zicht op de sociale kaart wordt essentieel gevonden om na het VG een zo concreet mogelijk advies te kunnen geven. In dat kader is het advies om vanuit het CTP de diverse initiatieven in de regio om de sociale kaart in beeld te brengen te benutten. Daarnaast zou ingezet moeten worden op het faciliteren van korte lijnen tussen de verschillende professionals en partijen.

Om de doorontwikkeling van het CTP vorm te geven worden diverse kaders aangegeven:

- Houdt in de procesvoering en inhoudelijke uitwerking vast aan het uitgangspunt van eigen regie van de inwoner en naaste.
- Kom tot een voorstel voor dossiervoering – bij voorkeur in de huisartsenpraktijk – van de overwegingen en uitkomsten van het VG.
- Hanteer het VG zoals bedoeld, namelijk een integrale brede benadering vanuit positieve gezondheid. Het gesprek wordt gevoerd door professionals met expertise die aansluit bij de actuele hulpvraag van de inwoner. Wanneer landelijke kaders met deze uitgangspunten 'schuren' moet hier op bestuurlijk niveau in de regio een oplossing voor worden gevonden.
- Onderzoek hoe gekomen kan worden tot een samenwerkingsvorm die de integrale benadering waarborgt, vanuit een gelijkwaardige en onafhankelijke positie.
- Financiering gebeurt op basis van reguliere gelden, de betaaltitel VG en gelden vanuit het transformatieplan.
- Adequate en centrale communicatie is cruciaal gegeven de reikwijdte van het CPT en de benodigde commitment van de vele betrokken professionals en partijen.

20 In Arnhem en Nijmegen gaat het o.a. om Welzijn op Recept, Gezondheidsplein, WijkGGZ en Mental Health Verbindt.

2.3 Flevoland (Versnellers-regio)

2.3.1 Uitvoering

Net zoals in Arnhem en Nijmegen is ook in Flevoland de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' gebruikt om een toeleidingspunt (TP) naar ggz of andere zorg/ondersteuning te ontwikkelen en te evalueren in een pilot (Bee-Improve, 2025). De gemeente Almere en deelnemende ggz-aanbieders hebben financieel of 'in kind' bijgedragen. Na een lange voorbereiding, is de pilot in het *vierde kwartaal van 2024* gestart met een looptijd van ongeveer drie maanden. Anders dan in Arnhem en Nijmegen ging het niet om een centraal TP, maar om twee TP'en: één voor de gemeente Almere en één voor de gemeenten Noordoostpolder (NOP) en Urk. De opzet en uitvoering van de TP'en was verder vergelijkbaar met die van het CTP in Arnhem en Nijmegen (zie par. 2.2.1). In totaal hebben 43 huisartsen en POH's-ggz deelgenomen aan de pilot in Flevoland; drie praktijken met in totaal 21 verwijzers vanuit Almere en 22 verwijzers uit NOP en Urk. In de pilotperiode zijn in totaal 119 hulpvragers aangemeld door de huisartsen en POH's-ggz. Met 98 van hen is een VG gevoerd, terwijl 21 (18%) niet kwamen opdagen bij het onlinegesprek ('no-shows'). De gesprekken zijn gevoerd door een koppel van ggz-professional en ervaringsdeskundige (55%) of van ggz-professional en professional vanuit het sociaal domein (45%). Uitgesplitst naar gemeente waren de gesprekvoerders in Almere vaker het laatstgenoemde koppel dan in NOP en Urk (58% versus 31%). Een VG duurde gemiddeld 47 minuten, en de administratieve afhandeling ervan gemiddeld 36 minuten.

2.3.2 Ervaringen

Verwijzers (huisartsen)

In het evaluatierapport zijn de ervaringen van een klein deel (9%) van de deelnemende huisartsen en POH's-ggz meegenomen; van het merendeel was (nog) geen terugkoppeling ontvangen. De responderende huisartsen en POH's-ggz waren overwegend positief over de TP'en, maar vonden verdere doorontwikkeling wel nodig. Expliciete wensen waren onder andere:

- Wanneer ggz-behandeling de passende vervolgstap is na het VG, niet terugverwijzen naar de huisarts, maar doorzetten via het TP.
- Het TP heeft doorzettingsmacht richting de ggz. De ggz is verantwoordelijk voor een geschikte plek, niet de huisarts.
- Het platform ZorgDomein blijven gebruiken voor het aanvragen van een VG.
- Het behouden van het TP als algemeen punt voor alle verwijzingen.
- Het TP als neutrale/ onafhankelijke plek.
- Minder invulwerk om te kunnen verwijzen naar het TP.

Voor de huisartsen en POH's-ggz was het verder wenselijk dat de TP'en in de toekomst diverse 'doelgroepen' gaan bedienen. Naast hele brede definities (bijv. voor iedereen met uitzondering van personen in crisissituaties en personen met een licht verstandelijke beperking, LVB), werden diverse meer specifieke groepen benoemd:

- Personen met een hulpvraag waarvoor meer zorg nodig is dan de POH-ggz kan bieden.
- Personen met een hulpvraag die zowel sociaal domein en ggz raakt.
- Personen met complexe problematiek/multiproblematiek.
- Hulpvragers die zijn afgewezen door meerdere ggz-aanbieders.

- Hulpvragers bij wie eerdere hulpverlening is vastgelopen of niet goed van de grond is gekomen.
- Hulpvragers voor wie het onvoldoende duidelijk is naar welk ggz-aanbod met de kortst mogelijke wachttijd het beste kan worden verwezen.

Ten slotte benoemden de huisartsen en POH's-ggz een variëteit aan aandachtspunten voor de verdere doorontwikkeling het CTP, waaronder:

- Een oplopende wachttijd bij het TP.
- De mogelijkheid behouden om zelf direct door te kunnen verwijzen wanneer een VG geen toegevoegde waarde heeft.
- De mogelijkheid om een VG op een fysieke, 'neutrale' locatie te voeren (bijv. het gezondheidscentrum).
- De mogelijkheid dat een VG ook in andere talen dan het Nederlands kan worden gevoerd.
- De vragenlijst Positieve gezondheid vormt voor hulpvragers regelmatig een belemmering om deel te nemen aan een VG.
- Geef na een VG ook advies over het overbruggen van de wachttijd (indien daar sprake van is).
- Goede terugkoppeling naar de huisarts en POH-ggz, ook om van te leren voor wat betreft de kwaliteit van de verwijzing.
- De informatie in het dashboard over het regionale ggz-aanbod compleet en actueel krijgen.
- Samenwerking met het sociaal domein.
- Transparantie in taken en verantwoordelijkheden.
- Het voorkómen van dubbelingen, veel extra stappen, herhaling et cetera voor hulpvragers.
- Privacy van de hulpvragers.
- Langetermijnuitskomsten voor hulpvragers: helpt het hen ook?
- Dicht bij de huisarts wordt de meest logische plek voor het TP gevonden, waarbij niet de rol van de POH-ggz moet worden overgenomen. Aangegeven wordt dat de huisarts ontlast moet worden bij het vinden van een passende behandelplek in de ggz.

TP-team

De medewerkers binnen het TP-team hebben in een interactieve sessie gereflecteerd op het gehele proces en de uitvoering. Zij gaven aan dat er grote variatie tussen huisartsen bestond wat betreft het type en aantal aanmeldingen. In dat kader werd het wenselijk gevonden dat er duidelijke inclusie- en exclusiecriteria voor verwijzen naar het TP zijn. Ook werd het ontwikkelen van een hulpmiddel (bijv. een beslisboom) nuttig gevonden, dat de huisarts ondersteunt bij het bepalen van welke 'route' wanneer te nemen, zoals aanmelding voor een VG, aanmelding bij een Overlegtafel, of alleen een vraag om toeleiding naar passend ggz-aanbod met de kortste wachttijd. Verder vond het team het wenselijk dat de huisarts de mogelijkheid heeft om 'direct' (zonder tussenkomst van het TP) te verwijzen naar de ggz als er uitsluitend sprake is van ggz-hulpvraag.

Het team wees er verder op dat het doel van het VG niet voor elke hulpvrager duidelijk was. Dit had ermee te maken dat aangemelde inwoners regelmatig al waren 'voorgesorteerd' op een ggz-hulpvraag. Qua voorbereiding werd het daarom wenselijk gevonden om een helder format te hanteren waaruit een integrale brede benadering vanuit positieve gezondheid blijkt. De vragenlijst Positieve Gezondheid bleek overigens door 'slechts' 40% van de hupvragers te zijn ingevuld voorafgaand aan het VG. Bovendien vond het team dat deze vragenlijst geen toegevoegde waarde had in de voorbereiding op het gesprek.

Verder werd door het team aangegeven dat hulpvragers vaak moeilijk bereikbaar waren voor het inplannen van een VG. Dit kostte veel tijd, ondanks dat het digitaal voeren van het gesprek wel flexibiliteit bood bij het inplannen. Om het plannen te vergemakkelijken en verbeteren vond het team het wenselijk dat het TP in de toekomst vijf dagen per week beschikbaar is en dat er een professioneel plannings- en registratiesysteem komt. Ook zouden er voldoende ervaringsdeskundigen en professionals vanuit de ggz en het sociaal domein beschikbaar moeten zijn voor het matchen van hulpvraag en benodigde expertise. Het viel het team verder op dat er relatief veel 'no shows' waren, of afspraken die door de hulpvrager werden afgezegd en opnieuw gepland moesten worden. Nagedacht moet worden over hoe dit in de toekomst te voorkómen.

Het team gaf aan dat het online voeren van het VG voor de meeste inwoners een toegankelijke vorm was. Bovendien was er volgens het team voldoende tijd om het gesprek goed te kunnen voeren met de hulpvrager. Wel werd aangegeven dat een face-to-face gesprek mogelijk zou moeten zijn, in geval dat digitaal niet mogelijk of niet passend is. Verder werd het nuttig gevonden dat twee medewerkers het gesprek voerden met de hulpvrager, omdat daarmee verschillende perspectieven en expertises werden ingebracht. Wel is een aandachtspunt dat het een open en verdiepend gesprek moet zijn, waarin vanuit een 'bredere' blik naar de actuele hulpvraag van de persoon wordt gekeken. Het doel is niet om een diagnose te stellen. De werkwijze zou de hulpvrager moeten stimuleren om zelf aan de slag te gaan. Ook het aansluiten van een naaste bij het VG moet in de toekomst aandacht krijgen; dit heeft namelijk meerwaarde volgens het team. Verder zou een verkenner maximaal twee VG'en op een dag moeten voeren. Bovendien vond het team dat er meer tijd beschikbaar moet komen voor de uitwerking van een gesprek.

Het team had de voorkeur om tijdens het VG tot een advies te komen voor een vervolgstap, en niet verschillende opties ter overweging mee te geven aan de hulpvrager. Dit laatste bracht namelijk het risico met zich mee dat een hulpvrager uit zicht raakte, of niet tot een keuze kon komen. Het team benoemde wel dat er soms meer tijd nodig was om alternatieven voor de vervolgstap te onderzoeken. Verder gaf het team aan dat er weinig zicht is op de navolging na VG ('is de hulpvrager aangekomen?') en de duurzaamheid van het gegeven advies.

Het team waardeerde het dashboard met informatie over het beschikbare ggz-aanbod in Almere en NOP/Urk; het werd handzaam en makkelijk in gebruik gevonden. Tegelijkertijd werd aangegeven dat doorontwikkeling en uitbreiding belangrijk is. Het gaat dan onder andere om: uniforme en actuele wachttijdinformatie, het aanvullen van ontbrekend regionaal ggz-aanbod (inclusief groepsaanbod), en het ook opnemen van informatie over het aanbod voor personen met een lvb, het aanbod van zelfregie- en herstelinitiatieven, en het aanbod vanuit het sociaal domein. Een zo compleet overzicht van beschikbare opties voor vervolgstappen na het VG kan eraan bijdragen dat het onderzoeken van alternatieven minder tijd vergt.

De samenwerking binnen het team tussen ervaringsdeskundigen, ggz-professionals en professionals vanuit het sociaal domein werd als erg waardevol ervaren. Het leidde tot een 'levende sociale kaart'. Het samenbrengen van expertises uit de verschillende domeinen gaf een gelijkwaardige invulling van het VG en het advies voor de vervolgstap. Het team benoemde diverse aandachtspunten in de samenwerking, waaronder meer diversiteit in het team (zoals POH-ggz), meer kennis van het beschikbare aanbod in de verschillende domeinen, elkaars kennis en expertise nog beter benutten, en meer telefonisch overleg met huisartsen en POH's-ggz over complexe casussen.

Hulpvragers

Het was de bedoeling dat MIND de ervaringen van tien hulpvragers in kaart zou brengen. Echter, veel hulpvragers hebben geen reactie gegeven op de uitnodiging voor een interview. MIND heeft uiteindelijk twee hulpvragers gesproken. Hiervan wordt verder geen verslag gedaan in het evaluatierapport.

Ontvangende ggz-aanbieders

Van tien ggz-aanbieders is een terugkoppeling ontvangen over de kwaliteit van de verwijzing via het TP. Hieruit kwam naar voren dat de meeste verwijzingen passend waren. De verwijzingen die niet of minder passend waren hebben geleid tot een aanscherping van de informatie in het dashboard.

2.3.3 Effecten

Zoals eerder beschreven is in de pilotperiode met in totaal 98 hulpvragers een VG gevoerd. In Almere ging het om 50 gesprekken, in NOP en Urk om 49 gesprekken. Voor 32% van de hulpvragers in Almere was een verwijzing naar de ggz²¹ de vervolgstap na het VG, en voor 44% werd naar de ggz verwezen in combinatie met andere zorg of ondersteuning (hoofdzakelijk vanuit het sociaal domein). In NOP en Urk waren deze percentages respectievelijk 58% en 29%. Het totale verwijspercentage naar ggz (al dan niet in combinatie met een ander traject) via het TP was dus hoger in NOP en Urk (88%) dan in Almere (76%). In de cijfers is geen uitsplitsing gemaakt naar basis ggz en s-ggz.

Uit deze ggz-verwijscijfers volgt dat in Almere voor relatief meer hulpvragers de vervolgstap na het VG buiten de ggz lag (18%)²² dan in NOP en Urk (10%). Het ging dan om terug naar de huisarts of POH-ggz, het sociaal domein, het voorliggend veld, of zelfhulp²³ (alleen Almere). Verder werd in Almere nog 6% van de hulpvragers na het VG aangemeld bij de regionale Overlegtafel om te komen tot passende zorg of begeleiding. In NOP en Urk gold dit voor één persoon (in combinatie met een traject in het sociaal domein).

2.3.4 Conclusies

Op basis van de bevindingen uit de pilot worden in het evaluatierapport belangrijke succesfactoren, aandachtspunten en geleerde lessen op een rij gezet. Hieronder volgt een samenvatting, waarbij we een onderscheid maken tussen aanmelding bij het TP, het voeren van het VG, en het vervolg daarna.

21 Inclusief GGZ Online, een onderdeel van GGZ Centraal.

22 Inclusief een hulpvrager voor wie een combinatie van POH-ggz en aanbod vanuit het sociaal domein werd geadviseerd na het VG.

23 Via online zelfhulpmodules of zelfregiecentra.

Aanmelding bij het TP

- De verwijzing via het platform ZorgDomein naar het TP was voor huisartsen laagdrempelig en gebruiksvriendelijk.
- De kwaliteit en volledigheid van de aanmeldingen bij het TP varieerde sterk. Aangegeven wordt dat dit vraagt om het vinden van een werkbaar balans tussen enerzijds voldoende informatieve aanmeldingen (vooral om gericht door te kunnen verwijzen na het VG) en anderzijds het vermijden van administratieve overbelasting voor verwijzers en medewerkers van het TP.
- De rol van de triagist – het selecteren van een combinatie van twee verkenners voor het voeren van het VG op basis van een eerste beoordeling – werd binnen het TP essentieel gevonden.
- Er was behoefte aan een professioneel en gebruiksvriendelijk plannings- en registratiesysteem voor overzicht en efficiëntie.

Het voeren van het VG

- Zoals eerder beschreven werd het voeren van het VG met twee verkenners waardevol gevonden. Aanvullend werd de inzet van ervaringsdeskundigen als gespreksvoerder als een belangrijke succesfactor beschouwd. Zo konden zij doorgaans goed aansluiten bij de leefwereld van de hulpvrager waardoor er vertrouwen ontstond. Ook hadden ervaringsdeskundigen vaak uitgebreide kennis van de lokale sociale kaart en het voorliggende veld, waaruit geput kon worden bij het bepalen van mogelijke vervolgstappen.
- In het rapport wordt gesteld dat het voeren van het VG in de praktijk grote toegevoegde waarde heeft. Dit omdat in de pilot op basis van het gesprek voor een deel van de hulpvragers aanvullende ondersteuning werd geadviseerd naast verwijzing naar de ggz, en voor een ander (kleiner) deel van de hulpvragers zorg of ondersteuning buiten de ggz werd geadviseerd als vervolgstap (een dus geen ggz-verwijzing).
- Tegelijkertijd wordt aangegeven dat uit de pilot bleek dat het VG soms geen meerwaarde had, zoals wanneer de hulpvraag duidelijk was en/of er geen behoefte was aan zorg of ondersteuning vanuit andere domeinen. Ook kon een hulpvrager de (verkeerde) verwachting hebben dat er al was doorverwezen naar de ggz, omdat bij aanmelding voor het VG een voorlopige DSM-classificatie was benoemd. Daarom adviseert het rapport om het VG niet na een 'verwijzing' in te zetten, maar te gebruiken als een adviesfunctie voor de huisarts en POH-ggz wanneer een hulpvraag niet duidelijk is en/of wanneer er naast psychische klachten mogelijk op andere levensdomeinen iets speelt. De mogelijkheid van directe verwijzing van huisarts naar ggz dient behouden te worden, ook om wachttijden bij het TP te voorkómen. In het verlengde hiervan wordt aanbevolen om te specificeren wanneer een hulpvrager in aanmerking komt voor een VG, de Overlegtafel of een rechtstreekse verwijzing naar de ggz (bijv. via een beslisboom).
- Het rapport geeft diverse andere adviezen rondom het voeren van het VG, zoals:
 - Het creëren van de mogelijkheid van face-to-face gesprekken.
 - Het trainen van verkenners op het hebben van een holistische blik met focus op positieve gezondheid tijdens de gesprekken.
 - Het niet gebruiken van de vragenlijst Positieve Gezondheid voorafgaand aan het VG om zo de drempel voor de hulpvrager tot het gesprek te verlagen. Bovendien worden hiermee extra administratieve handelingen voorkómen.
 - Het voorkómen van dossiervorming buiten bestaande systemen (zodat juridische complicaties en administratieve belasting wordt vermeden).
 - Het verder verminderen van de administratieve belasting voor alle betrokkenen.

Vervolg na het VG

Het rapport constateert dat er nog veel ontwikkelruimte bestaat in de daadwerkelijke toeleiding na het VG. Wat betreft toeleiding naar de ggz, bleek het gebruik van het dashboard met informatie over wachttijden, aanbod, vorm van het aanbod, gecontracteerde verzekeraars en exclusiecriteria waardevol. Dit hielp medewerkers van het TP om gericht te verwijzen. Tegelijkertijd vraagt dit er wel om dat de informatie over het beschikbare regionale ggz-aanbod volledig en actueel is. Hier bestaat nog verbeter ruimte. Verder wordt geadviseerd om het dashboard ook toegankelijk te maken voor huisartsen en ggz-aanbieders zelf, zodat het ook behulpzaam is bij directe verwijzingen (huisarts) of doorverwijzingen (binnen de ggz). Ook wordt aanbevolen om samenwerkingsafspraken te maken over het gebruik van het dashboard en het mandaat van de toeleiding vanuit het TP.

Voor toeleiding naar het sociaal domein werd in de pilot gewerkt met 'levende sociale kaarten', waarbij kennis over lokale voorzieningen afkomstig was van ervaringsdeskundigen en medewerkers van wijkteams. De ervaring was dat goed zicht op de sociale kaart dikwijls ook gepaard ging met toeleiding naar aanbod binnen het sociaal domein na het VG. Verder bleek deze toeleiding meer tijd te kosten dan een verwijzing naar de ggz, omdat het vroeg om een warme overdracht, eigenaarschap of verdeling van verantwoordelijkheden. Het rapport constateert dat de aanpak met 'levende sociale kaarten' persoonsafhankelijk is en vraagt om borging en doorontwikkeling, bijvoorbeeld via vaste contactpersonen per wijk en het inzetten van technologische mogelijkheden, zoals een AI-gestuurde zoekfunctie, om sneller en efficiënter inzicht te krijgen in het beschikbare aanbod.

Verder bleek de terugkoppeling aan zowel de huisarts als de hulpvrager een belangrijk aandachtspunt. Zo kon door technische beperkingen binnen het platform ZorgDomein niet direct doorverwezen of teruggekoppeld worden vanuit het TP. Het rapport wijst erop dat het voor de doorontwikkeling van het TP essentieel is dat er een gestroomlijnd communicatiesysteem komt, dat, conform privacywetgeving, transparant terugkoppelt over de geadviseerde vervolgstap en de opvolging daarvan.

Twee scenario's

Het evaluatierapport concludeert op basis van de pilot dat de werkwijze van het TP meerwaarde biedt. Tegelijkertijd wordt ook geconstateerd dat de pilot duidelijk heeft gemaakt dat domeinoverstijgende samenwerking gepaard gaat met technische en juridische uitdagingen en dat verwachtingen bij hulpvragers vragen om duidelijke processtructuren, heldere rollen, en een passende organisatorische inrichting.

Voor de voortzetting en doorontwikkeling van het TP, eventueel als een onderdeel van het regionale Mentaal gezondheidsnetwerk, worden twee scenario's uitgewerkt:

- i. Een TP mét de functie VG (zoals getest in de pilot). De huisarts verwijst naar het TP, dat vervolgens beoordeelt of een VG nodig is, en zo ja, het gesprek ook uitvoert. Als toeleiding naar ggz of sociaal domein het advies is na het VG, wordt dit ook door het TP uitgevoerd.
- ii. TP en VG als aparte, losgekoppelde functies. In dit scenario is het TP uitsluitend verantwoordelijk voor toeleiding naar de ggz, op basis van een al helder gedefinieerde hulpvraag.

2.4 Zwolle (Versnellers-regio)

2.4.1 Uitvoering

Als onderdeel van de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is in de periode van juli 2024 tot april 2025 in Zwolle-Zuid een pilot uitgevoerd naar het voeren van het VG. De pilot had een lerend karakter en kende twee fasen, 'sprints' genoemd. Een POH-ggz had een organiserende rol en plande de gesprekken in. In de pilotperiode is met in totaal 25 hulpvragers een VG gevoerd. De verwijzers waren POH's-ggz (60%) en huisartsen (36%); een keer is vanuit de transfertafel een hulpvrager aangemeld voor een VG. De hulpvragen speelden op het gebied van mentale gezondheid in combinatie met klachten of problemen op andere terreinen, zoals lichamelijke gezondheid, sociale relaties, werk/school/dagbesteding, financiën of wonen. De meeste hulpvragers (64%) kwamen alleen naar het gesprek. Negen hulpvragers (24%) namen een naaste mee, en voor drie hulpvragers was dit onduidelijk op basis van de registratiegegevens. Met negen van de hulpvragers (36%) vond een tweede gesprek plaats. In deze gevallen is in het eerste gesprek de hulpvraag breed verkend, waarna in het tweede gesprek een actieplan werd opgesteld. Slechts in één geval kwam de hulpvrager niet opdagen ('no show'); dit betrof een afspraak voor een tweede gesprek en de hulpvrager stond op de wachtlijst voor diagnostiek in de ggz. Het team van verkenner bestond uit een POH-ggz, twee ggz-professionals, twee ervaringsdeskundigen van de Wachtkracht²⁴ en drie medewerkers van het sociaal wijkteam. Twee verkenner voerden het gesprek. Bij de eerste tien gesprekken (vooral de eerste sprint) sloot een derde verkenner aan als observant. Vanaf de tweede sprint was een ggz-professional altijd een gespreksvoerder. Over de gehele pilotperiode bekeken was een ggz-professional en ervaringsdeskundige vanuit de meest voorkomende combinatie van verkenner. Het VG werd gevoerd volgens een eigen ontwikkelde leidraad, die was gebaseerd op het gedachtegoed van positieve gezondheid en alle gesprekservaring die Wachtkracht had opgedaan met personen die op de wachtlijst voor de ggz stonden. Een verkenner deed de verslaglegging inclusief het advies, en e-mailde dit naar de huisarts of POH-ggz. De organiserende POH-ggz e-mailde het verslag beveiligd naar de hulpvrager. Juni 2025 is een beknopte rapportage gepubliceerd met de belangrijkste resultaten uit de pilot (Samen Gezond IJssel-Vecht, 2025).

24 Wachtkracht biedt mensen die in de regio Zwolle op de wachtlijst voor de ggz staan de mogelijkheid om een gesprek met een ervaringsdeskundige te hebben. Zo kunnen zij hun verhaal kwijt en de ervaringsdeskundige kan de weg wijzen naar bijvoorbeeld een passende dagbesteding om meer structuur in de dag te krijgen of legt verbindingen in het sociaal domein. Wachtkracht is een samenwerking tussen WerV (de sociaal werk-tak van de Dimence Groep), Prisma Psychologie en PsyQ Zwolle (onderdeel van Lentis) en wordt ondersteund door Zilveren Kruis en Gemeente Zwolle. Zie: [Wachtkracht | De kracht van samen](#)

2.4.2 Ervaringen

Ervaringen met het VG zijn opgehaald bij *verwijzers en verkenners*, waarbij het onduidelijk is om hoeveel respondenten het gaat. Bevindingen waren:

- Het VG bood ruimte voor het verhaal van de hulpvrager, waardoor het goede gesprek gevoerd kan worden en door het 'schild' van de hulpvrager gebroken kan worden of richting kan worden aangebracht.
- Huisartsen gaven aan terughoudend te zijn om iemand met een gerichte verwijsvraag aan te melden voor een VG. Een dergelijke hulpvrager lijkt namelijk minder plooibaar, waardoor een VG mogelijk weinig meerwaarde heeft.
- Als ggz-problematiek deel van de (verwijs)vraag was, dan werd het zinvol gevonden om via een VG met een ggz-professional de hulpvraag uit te diepen.
- Het contact en de relatie dat een hulpvrager in het VG had opgebouwd met de verkenners kon door de POH-ggz niet worden overgenomen. In sommige gevallen bleek het nodig om opnieuw de basis te leggen.

Ook *hulpvragers* zijn gevraagd hun ervaringen met het VG te delen. Acht hulpvragers hebben dit gedaan. De meesten ervaarden het gesprek als prettig, helpend, verhelderend. Zij voelden zich gehoord en dankbaar. Sommige hulpvragers vonden het gesprek intensief of overweldigend; zij hadden behoefte aan kleinere stappen of minder gespreksvoerders (dit waren de gesprekken met een observant erbij). Verder gaven hulpvragers aan dat het scherpstellen van de hulpvraag richting en ruimte geeft, ook wanneer er geen doorverwijzing vanuit het VG werd geadviseerd. Ook werd aangegeven dat de gesprekken doorgaans leidden tot duidelijke vervolgstappen of zelfinzicht. Verkenners werden door hulpvragers ervaren als een toegankelijke en waardevolle schakel; het werd als prettig ervaren dat de mogelijkheid van het voeren van een VG bestond, buiten de reguliere hulpverlening.

2.4.3 Effecten

Zoals eerder aangegeven, is er in de pilotperiode met 25 hulpvragers een VG gevoerd. Voor zeven hulpvragers (36%) was verwijzing naar de ggz (vooral s-ggz²⁵) het advies na het VG. Uit de registratie was niet te herleiden of voor deze personen mogelijk ook aanvullende ondersteuning uit andere domeinen werd aanbevolen. Voor 13 hulpvragers (52%) was ggz niet het vervolgadvis, of was het nog onduidelijk of ggz ingezet zou gaan worden. Bij maar twee van deze 13 hulpvragers werd toeleiding naar het sociaal domein/voerveld geadviseerd. Aangegeven wordt dat dit mogelijk een onderschatting is vanwege onvolledige registratie door de verkenners. Voor de resterende drie hulpvragers (12%) was het advies vanuit het VG onduidelijk of niet geregistreerd door de verkenners.

25 Voor zeven hulpvragers ging het om verwijzing naar s-ggz, voor twee hulpvragers om verwijzing naar basis-ggz.

2.4.4 Conclusies

Op basis van de pilotresultaten zijn vooral conclusies getrokken voor de verdere doorontwikkeling van het VG in de regio. Het gaat om de volgende verbetervoorstellen of vervolgacties:

- Huisartsen en inwoners goed informeren over het VG, bijvoorbeeld middels informatiemateriaal.
- Juist ook inwoners met een duidelijke ggz-vraag en een gerichte verwijsvraag aanmelden voor een VG. Dit omdat voor ogenschijnlijke 'logische' ggz-verwijzingen de s-ggz niet altijd de enige oplossing is. Bovendien kan inzet vanuit het eigen netwerk, het voorveld of het sociaal domein vóór of tijdens behandeling in de ggz van meerwaarde zijn voor de hulpvrager.
- De ontwikkelde AD(H)D-diagnostiek beslisboom onder de aandacht (blijven) brengen van verwijzers; het VG is meegenomen in de beslisboom²⁶. Deze beslisboom is ontwikkeld omdat in de ggz een grote vraag wordt opgemerkt voor diagnostiek naar AD(H)D, zowel van cliënten als van verwijzers. De beslisboom ondersteunt verwijzers bij het zoekproces naar passende zorg wanneer de vraag ontstaat of er sprake is van AD(H)D.
- Vooraf in de communicatie met de hulpvrager erop aansturen dat een naaste aansluit bij het gesprek.
- Realiseren van een structurele oplossing voor het efficiënt verwijzen naar het VG, alsook het inplannen van de gesprekken.
- Verkenner hebben behoefte aan goed zicht op de actuele wachttijden, ook om geen verkeerde verwachtingen bij hulpvragers te scheppen na het VG.
- Hulpvragers na enkele maanden nabellen om na te gaan hoe het dan met hen gaat en om hun reflectie op het VG te horen.
- Goede registratie van de uitvoering van de VG'en, inclusief geadviseerde vervolgstappen.

2.5 Noord- en Midden-Limburg (Versnellers-regio's)

2.5.1 Uitvoering

In Noord- en Midden-Limburg werd in *oktober 2024* gestart met de eerste VG'en. Een jaar later zijn meer dan 100 gesprekken gevoerd. Hulpvragers werden aangemeld via drie routes: via de huisartsenpraktijk door de huisarts of POH-ggz, via de wachtlijst voor multidisciplinaire ggz-behandeling voor volwassenen, of via de wachtlijst voor multidisciplinaire ggz-behandeling voor jongvolwassenen. Uitvoerders van de VG'en waren ggz-professionals, professionals uit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen, POH's-ggz en LVB-professionals. De gesprekken werden gevoerd volgens de methode Netwerkinname²⁷, met een duidelijke focus op positieve gezondheid en eigen regie. Oktober 2025 verscheen een beknopte rapportage waarin de belangrijkste bevindingen uit kwalitatieve en kwantitatieve analyses van gevoerde gesprekken worden beschreven (Mentaal Gezond Noord- & Midden-Limburg, 2025).

²⁶ Beslisboom ADHD | Medrie.nl

²⁷ Netwerk intake: een herstelondersteunende probleemanalyse - UMC Utrecht

2.5.2 Ervaringen

In totaal 144 directbetrokkenen – aanmelders, verkenneren en hulpvragers – zijn benaderd om een vragenlijst in te vullen over de ervaringen met het VG. Dit is uiteindelijk gedaan door 23 personen (16%). Daarnaast zijn negen verdiepende interviews afgenomen. De aantallen aanmelders, verkenneren en hulpvragers onder de respondenten is onduidelijk; hierover wordt niet geapporteerd.

In de beknopte rapportage worden de belangrijkste bevindingen uit de vragenlijst en interviews samengevat. Daarbij wordt opgemerkt dat het gaat om eerste indrukken rondom het VG.

Positieve bevindingen waren:

- Hulpvragers voelden zich gezien en gehoord tijdens het VG (persoonsgericht).
- Hulpvragers leidden het gesprek (eigen regie).
- De gespreksvorm Netwerkintake werd ervaren als een waardevol hulpmiddel; het gaf overzicht en keuzes.
- Verkenneren leerden van elkaar, de samenwerking verbeterde (samen leren).
- Het sloot aan bij de bestaande werkwijze.
- Het VG stimuleerde nieuwe inzichten.

Er werden verder een aantal aandachtspunten geïdentificeerd:

- Het doel en de rolverdeling waren niet altijd helder.
- Hulpvragers hadden soms andere verwachtingen van het VG; dit gold met name voor personen die op de wachtlijst voor de ggz stonden.
- Binnen het team van verkenneren bestond verschil in expertise en rolopvatting.
- Het was soms onduidelijk wie verantwoordelijk was voor de opvolging na het VG. Soms was er ook te weinig tijd om tot een advies voor een vervolgstap te komen.

Ten slotte waren er een aantal wensen voor verdere doorontwikkeling:

- Verkenneren ook laten aansluiten bij de domeinoverstijgende casusoverleggen (DOCO's).
- Een mogelijkheid voor een tweede gesprek of opvolging.
- Een ggz-professional standaard verkenner laten zijn bij complexe casussen.
- Verdere uitwerking van wijze van verslaglegging en verantwoordelijkheidsverdeling.

2.5.3 Effecten

86 VG'en zijn kwantitatief geanalyseerd in termen van geadviseerde vervolgstappen na het VG. Daarbij wordt opgemerkt dat het onduidelijk is of de adviezen ook daadwerkelijk zijn opgevolgd. Een andere kanttekening was dat de adviezen vanuit de VG-en maar beperkt uit het gebruikte registratiesysteem gehaald konden worden, vanwege niet adequate registratie door de verkenneren. Dit kwam enerzijds doordat het systeem niet optimaal is ingezet en anderzijds doordat de verkenneren maar beperkte tijd hadden om het systeem eigen te maken.

De rapportage benoemt – mogelijk vanwege de beperkingen van de gegevens – weinig specifieke cijfers, maar beschrijft vooral bevindingen op hoofdlijnen:

- Voor de aangemelde hulpvragers vanuit de huisartsenpraktijk (aanmeldroute 1) waren de geadviseerde vervolgstappen na het VG evenwichtig verdeeld over de verschillende domeinen.

- Voor de aangemelde volwassenen die op de wachtlijst stonden voor multidisciplinaire behandeling in de ggz (aanmeldroute 2) lieten de adviezen vanuit de VG-en het volgende beeld zien:
 - Een derde van de volwassenen was mogelijk gebaat bij ondersteuning op meerdere domeinen.
 - Alle volwassenen kregen een advies richting de ggz, waarvan een derde specifiek voor multidisciplinaire ggz. Voor twee derde leek monodisciplinaire ggz, eventueel aangevuld met ondersteuning vanuit het voorliggend veld, meer passend.
 - Het viel op dat vanuit de gesprekken waar een ggz-professional een verkenner was, alleen multidisciplinaire ggz werd geadviseerd. In de VG'en met verkenner uit andere domeinen werden in alle gevallen andere adviezen dan multidisciplinaire ggz geadviseerd.
- Voor de aangemelde jongvolwassenen die op de wachtlijst stonden voor multidisciplinaire behandeling in de ggz (aanmeldroute 3) gaven de adviezen vanuit de VG-en het volgende beeld:
 - 45% van de jongvolwassenen had mogelijk baat bij ondersteuning op meerdere domeinen.
 - Bijna 50% van de jongvolwassenen kreeg het advies multidisciplinaire ggz, terwijl minder dan 50% vooral baat leek te hebben bij ondersteuning in het voorliggend veld.
 - Een kleinere groep kreeg een advies voor monodisciplinaire ggz en in één geval werd geen hulp of zelfzorg geadviseerd.

2.5.4 Conclusies

De rapportage concludeert dat de eerste resultaten van het VG veelbelovend zijn, ondanks praktische verbeterpunten. Het VG wordt een praktisch instrument gevonden om sneller en beter passende ondersteuning te bieden. Daarnaast wordt aangegeven dat het voeren van VG'en een aanjagende werking heeft op een bredere, benodigde cultuurverandering in hoe we naar mentale gezondheid kijken en de zorg en ondersteuning hieromtrent organiseren. Vertrouwen, nabijheid en samenwerking voorbij systeemgrenzen worden als de kern van deze transitie genoemd²⁸. Hiertoe worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Investeer in vertrouwen. Bouw relaties langjarig op, ook buiten tijdelijke projecten. Het opbouwen van vertrouwen vraagt tijd en continuïteit.
- Maak ruimte voor nabijheid en luisteren. Zorg dat professionals niet alleen worden afgerekend op protocollen en resultaten, maar ook op hun vermogen om écht aanwezig te zijn voor de hulpvrager.
- Zie experimenteren als proces, niet als project. Verwacht niet direct oogst, maar erken de waarde van leren onderweg en kleine stappen.
- Doorbreek systeemgrenzen. Richt financiering en beleid zo in dat domeinoverstijgend samenwerken niet steeds vastloopt in procedures of aanbestedingen.
- Gebruik taal die raakt. Vermijd beleidstaal en jargon; spreek in woorden die mensen begrijpen en die erkenning geven.
- Maak successen zichtbaar. Vertel verhalen uit de praktijk eerder en vaker; dit inspireert en legitimeert de transitie.
- Normaliseer psychisch lijden waar dat kan. Niet alles is zorg. Soms is verdriet of crisis een gezonde reactie op moeilijke omstandigheden. Normaliseren voorkomt medicalisering en overbelasting van de ggz.

28 Zie ook de publicatie 'Over de drempel. Perspectieven op mentale gezondheid in transitie'.

2.6 Achterhoek-de Liemers (Versnellers-regio)

2.6.1 Uitvoering

Als onderdeel van de uitvoeringssubsidie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is in de Liemers (vijf gemeenten) een pilot uitgevoerd naar het voeren van het VG (Bee-Improve, 2024b). Een ervaringsdeskundige werkzaam bij GGNet had een coördinerende rol en plande de gesprekken in. Per mei 2024 waren ruim 50 VG'en gevoerd. Hulpvragers werden verwezen door de huisarts, het sociaal domein of de ggz. Aanmelding door de huisarts kon ook op basis van eigen initiatief van de hulpvrager. De gesprekken werden met name gevoerd door de ervaringsdeskundige van GGNet en een welzijnsprofessional van de betreffende gemeente; in sommige gevallen had een medewerker van BAS (een onderdeel van GGNet dat basis-ggz biedt) of een POH-ggz de rol van verkenner. Voorafgaand aan de start van de pilot hebben de verkenners een training gekregen. Doorgaans vond het VG face-to-face plaats bij de hulpvrager thuis of op een locatie in het sociaal domein. Er werd zo min mogelijk gekozen voor BAS/GGNet als gesprekslocatie omdat dit al beeldvorming zou kunnen geven bij de hulpvrager. Het ging meestal om één gesprek. In sommige gevallen werd een tweede gesprek gevoerd, bijvoorbeeld om ook een naaste aan te laten sluiten.

2.6.2 Ervaringen

De eindrapportage over het Versnellers-traject (Bee-Improve, 2024b) bevat alleen een terugkoppeling vanuit de betrokken regionale huisartsenorganisatie, Onze Huisartsen. Er worden geen ervaringen beschreven van andere verwijzers, andere verkenners (niet-zijnde POH-ggz) of hulpvragers. Vanuit Onze Huisartsen werden diverse aandachtspunten en verbetervoorstellen benoemd voor de verdere doorontwikkeling van het VG in de regio²⁹, waaronder:

- Het ontwikkelen van een communicatieplan (inclusief verder ontwikkelen van bestaand informatiemateriaal) zodat potentiële verwijzers goed op de hoogte zijn van het doel en de werkwijze van het VG, en inwoners via hen ook.
- Er is behoefte aan een professioneel aanmeldings- en planningssysteem.
- Het proces van toewijzen van koppels van verkenners aan een VG dient te worden doorontwikkeld, waarbij GGNet als ggz kerninstelling de voortrekkersrol op zich neemt. In de pilot werd het VG vooral gevoerd door een combinatie van ervaringsdeskundige en professional uit sociaal domein. POH's-ggz en psychologen uit het team van de verkenners werden weinig toegewezen. Hierdoor kan bij hen het gevoel van betrokkenheid en samenwerking minder zijn geworden. Onze Huisartsen vraagt zich verder af of de hulpvrager en verwijzer niet ook inspraak zouden moeten hebben in de selectie van verkenners. In het verlengde hiervan ligt de vraag wat de invloed van de 'koppel'-keuze is op de ervaringen en uitkomsten van hulpvragers.
- Het expliciet betrekken van een naaste, dit was in de pilot niet altijd het geval.
- De mogelijkheid om naast de reguliere face-to-face variant, het VG ook online te kunnen voeren. De wens van de hulpvrager en naaste is hierin belangrijk.

29 Het is onduidelijk hoe tot deze aandachtspunten en verbetervoorstellen is gekomen.

- In de pilot was afgesproken dat er van het VG een kort verslag werd gemaakt (door de hulpvrager of verkenner). Het was aan de hulpvrager zelf om dit wel of niet te delen met de huisarts of andere verwijzer. Hoewel Onze Huisartsen de gedachte van autonomie voor de patiënt kan waarderen, bleek dit proces in de praktijk kwetsbaar. Zo raakte het merendeel van de korte verslagen vrij snel kwijt, waardoor huisartsen geen zicht hadden op wat er afgesproken of al gedaan was. Het voorstel is om in de toekomst te borgen dat er een kort en duidelijk verslag van het VG beschikbaar is voor de inwoner en verwijzer.
- In de pilot hadden hulpvragers soms een tweede gesprek. Vanuit Onze Huisartsen wordt gewezen op het belang van begrenzen en wordt aangegeven dat een VG in principe eenmalig is.
- De meningen lijken verdeeld te zijn over de doelgroep van het VG. Genoemd wordt dat het VG enerzijds zo breed mogelijk ingezet kan worden, en anderzijds gericht bij alleen de groep hulpvragers die anders waarschijnlijk op een wachtlijst voor de ggz terecht zouden komen. Onze Huisartsen vindt een brede inzet op zich lovenswaardig, maar waarschuwt ervoor dat dit te ambitieus is in de huidige situatie met nog beperkte uitvoerende capaciteit.
- Monitoring is belangrijk om na te kunnen gaan wat de langetermijneffecten zijn van het VG op de uitkomsten van hulpvragers en de wachttijden in de ggz.

2.6.3 Effecten

Zoals hierboven aangegeven, zijn in de pilotperiode ruim 50 VG'en gevoerd, na een verwijzing door de huisarts, de ggz of het sociaal domein. Voor de meeste hulpvragers (41%) was het advies vanuit het VG een combinatie van ondersteuning vanuit het sociaal domein en ervaringsdeskundigheid. Voor 17% van de hulpvragers was de geadviseerde vervolgstap een combinatie van sociaal domein en ggz, en voor een andere 17% ondersteuning vanuit het eigen netwerk. In 4% van de gevallen kwam een hulpvrager niet opdagen ('no-show'). De resterende 21% kreeg diverse adviezen³⁰.

De cijfers laten zien dat het sociaal domein (al dan niet gecombineerd met ervaringsdeskundigheid, ggz of POH-ggz) het vaakst de geadviseerde vervolgstap was (69%). Voor ruim een kwart (27%) van de gevallen werd ggz als vervolg geadviseerd, altijd in combinatie met andere ondersteuning. Mogelijk heeft deze verdeling ermee te maken dat hulpvragers ook vanuit het sociaal domein konden worden aangemeld voor een VG. In het eindrapport wordt niet beschreven hoe de aanmeldingen voor een VG waren verdeeld over de huisarts, de ggz en het sociaal domein.

2.6.4 Conclusies

In het eindrapport worden geen conclusies specifiek rondom de pilot met het VG getrokken, behalve dat het gelukt is om een werkwijze voor het VG te organiseren en implementeren in de praktijk. Een meer algemene conclusie (op basis van alle onderdelen van het Versnellers-traject in de regio) is dat de transitie naar multidisciplinaire samenwerking en gezamenlijke interventies een lange adem vergt, alsook voortdurende investeringen in samenwerking en communicatie. Daarbij wordt het essentieel gevonden om meetbare en haalbare (sub)doelen te formuleren. Ten slotte is vanaf het einde van het traject verbinding gelegd met de opstellers van het regionale transformatieplan om onder andere de werkwijze van het VG te verankeren in het in te richten Mentaal Gezondheidsnetwerk.

30 Ggz en ervaringsdeskundigheid (7%), alleen sociaal domein (7%), POH-ggz en sociaal domein (4%) en POH-ggz en ggz (3%).

2.7 Samenvatting resultaten uit documentenstudie

Variatie in uitvoering

De documentstudie laat zien dat het Verkennend Gesprek (VG) een mechanisme in ontwikkeling is. Er waren verschillen, maar ook overeenkomsten tussen de Versnellers-regio's in de uitvoering van het VG tijdens de pilots. In de meeste regio's konden alleen huisartsen en POH's-ggz inwoners aanmelden voor een VG. In Noord- en Midden-Limburg ging het ook om (jong)volwassenen die op de wachtlijst voor multidisciplinaire ggz-behandeling stonden. In de Liemers konden inwoners niet alleen via de huisartsenpraktijk naar het VG worden verwezen, maar ook via het sociaal domein en de ggz.

Gesprekken werden doorgaans gevoerd door een koppel van verkenner. In de meeste regio's was dit het vaakst een ggz-professional en een ervaringsdeskundige. In Almere was het meest voorkomende koppel een ggz-professional en een professional uit het sociaal domein, en in de Liemers een ervaringsdeskundige en een professional uit het sociaal domein. Het aandeel hulpvragers dat niet kwam opdagen bij een VG ('no show') varieerde van 3% (Zwolle-Zuid) tot 18% (Flevoland). Het VG werd face-to-face gevoerd, behalve in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland waar het digitaal gebeurde.

In deze laatstgenoemde regio's was het VG ingebed in een zogenoemd toeleidingspunt (TP)³¹, dat was gepositioneerd tussen de huisarts en ggz. Triagisten van het TP selecteerden de verkenner op basis van een eerste beoordeling. Ook konden de verkenner gebruikmaken van een dashboard met informatie over het beschikbare ggz-aanbod in de regio (inclusief wachttijden). Dit was een hulpmiddel voor gerichte verwijzing in geval ggz het vervolgadvis was na het VG. Het TP nam dus een eventuele ggz-verwijzing vanuit een VG op zich, dit werd niet weer eerst teruggelegd bij de huisarts.

Hoewel hierover niet voor alle regio's specifieke cijfers zijn gerapporteerd, voerden de meeste hulpvragers het VG zonder een naaste erbij. Zo was in de regio Arnhem en Nijmegen bij 13% van de gesprekken een naaste aanwezig, en in Zwolle-Zuid bij 25% van de gesprekken. In de meeste regio's werd doorgaans één gesprek gevoerd met de hulpvrager. In Zwolle-Zuid werd met een relatief groot aandeel van de hulpvragers (36%) een tweede keer gesproken. Dit om een vervolgadvis op te stellen, uitgaande van een brede verkenning in het eerste gesprek.

Als gekeken wordt naar de uitvoering van het VG in Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio) ten tijde van het actieonderzoek aldaar (januari 2022-maart 2024), was deze in sommige opzichten anders dan in de pilots in de zeven Versnellers-regio's. Een duidelijk verschil was dat de gesprekken plaatsvonden in een mentaal gezondheidscentrum dat onderdeel was van GGZ Breburg.

31 Voor Arnhem en Nijmegen ging het om één centraal toeleidingspunt; voor Flevoland om twee toeleidingspunten, één voor de gemeente Almere en één voor de gemeenten Noordoostpolder (NOP) en Urk.

Ervaringen

De zeven Versnellers-regio's hebben in de pilots vooral ervaringen van huisartsen en POH's-ggz als verwijzers naar het VG opgehaald, alsook ervaringen van gespreksvoerders (verkenners)³². Alleen in Arnhem en Nijmegen en in Zwolle-Zuid zijn de ervaringen van hulpvragers 'direct' bij hulpvragers zelf in kaart gebracht, waarbij het ging om bescheiden aantallen³³. Voor het perspectief van de partijen (buiten de huisartsenpraktijk) waarnaar hulpvragers na het VG werden toegeleid is alleen in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland aandacht, waarbij het alleen ging om een deel van de 'ontvangende' ggz-aanbieders.

Algemeen gesteld waren de opgehaalde ervaringen met het VG in de pilots overwegend positief. Het bood over het algemeen voldoende tijd om in alle rust met hulpvragers in gesprek te gaan. De meeste hulpvragers voelden zich gehoord en begrepen, en vonden dat het gesprek leidde tot meer zelfinzicht of een duidelijk vervolgadvice. Het als koppel voeren van het VG werd door de verkenners als waardevol ervaren, omdat hiermee verschillende perspectieven en expertises werden ingebracht. Bovendien leerden verkenners van elkaar en verbeterde de samenwerking. De ervaringen met de inzet van ervaringsdeskundigen waren over het algemeen positief. Zo werd aangegeven dat zij vanuit de eigen ervaring goed kunnen luisteren naar een hulpvrager, en goed kunnen aansluiten bij diens leefwereld. Bovendien hadden ervaringsdeskundigen vaak een goed overzicht van het ondersteuningsaanbod in de buurt of wijk. Wel lijkt er nog onbekendheid onder een deel van de inwoners met de functie van een ervaringsdeskundige. Het overwegend positieve beeld uit de pilots strookt grotendeels met het grootschaliger actieonderzoek in Midden- en West-Brabant, waaruit onder andere bleek dat de meeste hulpvragers positief waren over het VG. Tegelijkertijd was er vanuit de pilots een duidelijke behoefte aan verdere doorontwikkeling van de werkwijze, waarbij werd gewezen op een variëteit aan aandachtspunten. Naast algemene aandachtspunten hadden deze betrekking op de toeleiding naar het VG, het voeren van het gesprek en de opvolging ervan. Omdat diverse van deze aandachtspunten (grotendeels) ook terugkwamen in de interviews worden ze in de algemene samenvatting (hoofdstuk 4) op een rij gezet.

Effecten van het VG

Effecten van het VG zijn in de pilots van de zeven Versnellers-regio's alleen geëvalueerd in termen van geadviseerde vervolgstappen na het VG. Het percentage hulpvragers voor wie na het VG zorg of ondersteuning *buiten* de ggz wordt geadviseerd, varieert van 10% (NOP en Urk) tot 73% (De Liemers). Het percentage hulpvragers voor wie na het VG ggz *in combinatie met andere zorg of ondersteuning* wordt geadviseerd, varieert van 5% (Arnhem en Nijmegen) tot 44% (Almere). Het is onduidelijk hoe deze aanzienlijke variatie kan worden verklaard. Het lijkt waarschijnlijk dat de hierboven beschreven regionale verschillen in de uitvoering van het VG een rol spelen. Bovendien ging het voor de regio's om kortdurende en/of kleinschalige pilots met relatief lage aantallen VG'en. Dit kan hebben bijgedragen aan minder stabiele percentages per regio, en meer variatie tussen regio's.

Het actieonderzoek in Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio) was wél gebaseerd op een groot aantal VG'en (4.795) over een langere periode (januari 2022-maart 2024). Het aandeel hulpvragers dat geen ggz-zorg nodig had als vervolgstap na het VG, daalde in deze regio van

32 In de documenten wordt regelmatig niet benoemd om hoeveel personen het gaat, en wat hun achtergrond is.

33 Arnhem en Nijmegen: zes hulpvragers en één naaste. Zwolle-Zuid: acht hulpvragers.

28-29% in 2022-2023, naar 18% in het eerste kwartaal van 2024. Volgens de onderzoekers is de meest waarschijnlijke verklaring hiervoor dat gaandeweg sprake was van een bredere, complexere doelgroep³⁴. Het vraagt nader onderzoek met meerdere regio's om na te gaan of, naast doelgroep, ook andere kenmerken in de uitvoering van het VG (zoals de achtergrond en expertise van de koppels van verkenner) mogelijk invloed hebben op de verdeling van de vervolgadvisen over ggz en geen ggz-zorg.

Ten slotte is het goed om te benoemen dat op basis van 'doorstroomcijfers' niet kan worden vastgesteld of het VG, en de opvolging hiervan, daadwerkelijk bijdraagt aan tijdige en passende zorg of ondersteuning voor hulpvragers. Dit vraagt, zoals eerder benoemd, om longitudinaal onderzoek over een langere periode. Dat is ook nodig om te kunnen bepalen wat de lange termijn effecten zijn voor professionals.

34 Vanaf 2024 kreeg in principe elke hulpvrager die voor ggz werd aangemeld een VG.

3 Het verkennend gesprek: resultaten uit de interviews



In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van onze interviews met 12 betrokkenen bij het verkennend gesprek (VG) in vier Versneller-regio's: 't Gooi, de Liemers, Midden-Holland en Groningen. We presenteren overkoepelende resultaten met betrekking tot organisatie en uitvoering, ervaren meerwaarde, succes- en belemmerende factoren. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting.

3.1 Organisatie en uitvoering

Hier bespreken we de belangrijkste bevindingen met betrekking tot de uitvoering en organisatie van het VG in de vier regio's. Net als bij de documentenstudie zagen we tussen de regio's veel overeenkomsten, en enkele verschillen.

3.1.1 Doel/functie van het VG

Het overkoepelend doel van het VG wordt door geïnterviewden op vergelijkbare manieren omschreven. Het doel is een breed, vraagverhelderend gesprek te voeren met de hulpvrager waarbij het probleem waar iemand mee zit, wordt verkend, en wordt onderzocht welke ondersteuning het beste past, of dat nu een ggz-behandeling is of iets anders. Het gesprek biedt ruimte om het verhaal van de hulpvrager te onderzoeken, zonder meteen in diagnose- en behandelstand te schieten. Daarmee helpt het gesprek om tunnelvisie bij hulpvragers en verwijzers te doorbreken en wordt men aan het denken gezet. Er wordt gezamenlijk onderzocht wat er nú nodig is, of ondersteuning in het voorveld/ sociaal domein kan plaatsvinden en of ggz echt passend is of dat het alternatief beter aansluit (afbuigen). Daarmee kan worden voorkómen dat inwoners onnodig in langdurige of niet-passende ggz-trajecten terechtkomen en kan sneller passende zorg of ondersteuning worden geboden. Voor mensen die wél behandeling nodig hebben en op een wachtlijst komen, wordt gekeken wat men in de tussentijd al kan oppakken in het voorveld/ sociaal domein, of zelf, bijvoorbeeld samen met een naaste. Het gesprek wordt door geïnterviewden hoofdzakelijk gezien als een verlengstuk van de huisarts, die zelf vaak weinig tijd heeft om een hulpvraag goed te onderzoeken. Volgens de twee hulpvragers die we geïnterviewd hebben, had het gesprek het doel om de hulpvraag breed in kaart te brengen, om sneller gericht geholpen te kunnen worden en om te voorkómen dat zij op de verkeerde plaats terecht zouden komen, en daardoor langer zouden moeten wachten.

Wij kijken ook niet echt naar klachten om een bepaalde diagnose te stellen, maar meer van: hoe is zijn leven? Hoe ziet het leven eruit en welke relatie heeft dat met zijn klachten? En dat is gewoon veel breder. Veel breder plaatje krijg je dan. Want dan kom je er bijvoorbeeld achter dat het in de relatie niet goed zit, hè? Dan kun je zeggen: iemand heeft een depressie en dan gaan we daarop inzoomen. Maar je kunt ook zeggen: goh, er zijn problemen in de relatie. Nou, dan kun je daar met elkaar over in gesprek gaan van hoe kunnen we dat veranderen, hè? Wat voor hulp heb je daarbij nodig en wat kun je zelf? Of wat kan je omgeving daarin bieden? (Verkenner, regio Groningen).

Het was mij duidelijk dat ze eerst gingen kijken en in het gesprek met mij gingen kijken waar ze mij het beste konden plaatsen. Zo hebben ze het gebracht van: anders kom je misschien bij Jan en die zit helemaal niet in jouw situatie, dus die moet je weer doorsturen naar Pietje en voordat jij ergens bent waar je eigenlijk op jouw plek zit, ben je soms alweer 4 maanden verder. Dus daarom hadden ze het gesprek gedaan. (Hulpvrager, regio de Liemers).

Hoewel het overkoepelend doel duidelijk was voor alle betrokkenen, laat de analyse van de interviews zien dat er ook nuanceverschillen bestaan in hoe het doel van het VG in de praktijk wordt opgevat. Sommige verkenner signaleren zelf ook dat er in de praktijk verschillende interpretaties van het doel van het VG bestonden, of dat verschillende verkenner verschillende nadrukken legden. Het belangrijkste verschil is een meer instrumentele- versus een meer relationele interpretatie van het VG. Een instrumentele visie legt meer nadruk op het zoeken van juiste oplossingen voor iemands probleem. Bij een meer relationele visie ligt het accent op het *bieden van een luisterend oor* en het iemand aan het denken zetten over wat hij/zij wil in het dagelijkse leven, waarbij de regie bij de persoon komt te liggen om zelf een oplossing te vinden. Hoewel het niet volledig mogelijk is om dit soort verschillen toe te schrijven aan de achtergrond van versnellers, lijkt daar wel enige samenhang in te zitten. Zo lijkt het erop dat verkenner vanuit ervaringsdeskundigheid en sociaal domein iets meer de nadruk leggen op het relationele: zij benadrukken laagdrempeligheid, gelijkwaardigheid en een persoonlijke benadering zodat bewoners zich gehoord voelen en in beweging (willen) komen. Belangrijker voor deze verkenner dan het precieze probleem in kaart brengen en oplossingen aandragen, is de focus op normaliseren en mogelijkheden in het dagelijks leven. Voor verkenner vanuit de ggz lijkt de nadruk iets meer te liggen op de instrumentele invulling: het in kaart brengen van de volledige hulpvraag van een cliënt, inclusief psychische, sociale en praktische problemen en daarbij passend aanbod zoeken. Waar in het eerste geval het gesprek vooral moet leiden tot activering van de persoon, is dat in het tweede geval een meer een professioneel behandel- of ondersteuningsadvies aan de huisarts waarin een passende route is bepaald. In de praktijk lopen deze perspectieven natuurlijk door elkaar. Dat is immers het hele idee van de opzet met duo- verkenner.

We hebben allemaal een ander beeld gehad van de verkennende gesprekken. (Verkenner, regio Groningen).

Je hebt een uur de tijd waarbij je eigenlijk heel concreet een aantal dingen moet afwerken. (..) We gaan eigenlijk alleen maar een gesprek voeren, een brief maken en terugsturen aan de huisarts. De behandelrelatie is niet het eerste waar je op insteekt. Dat is nu in een verkennend gesprek niet zo belangrijk. (Verkenner, regio 't Gooi).

We hebben eigenlijk een uur alleen maar zitten luisteren en wat tips gegeven. Het was echt heel mooi. Ik kreeg 1,5 maand later een appje van haar. Ze had die tips opgevolgd en dat heeft haar heel erg geholpen, dus dat zijn hele mooie dingen. Dan zie je hoe klein dingen soms ook kunnen zijn. (Verkenner, regio de Liemers).

3.1.2 Doelgroep

In de interviews kwam naar voren dat er (ten tijde van de interviews) een variatie aan doelgroepen naar het VG werden geleid in de betrokken regio's, waaronder: mensen die op de wachtlijst voor de ggz staan, mensen met een meer algemene hulpvraag waarbij twijfel is of het ggz-problematiek betreft, mensen met multi-problematiek, mensen die steeds terugkomen bij de huisarts, en soms casussen vanuit de overlegtafel (domeinoverstijgend casusoverleg). Volgens geïnterviewden worden in elke regio hier eigen keuzes in gemaakt. Betrokkenen uit Groningen (Stadkanaal) vertelden dat in hun pilot begonnen werd met het positioneren van het VG als een gesprek voor mensen die al op de ggz-wachtlijst stonden, bedoeld om te verkennen wat iemand in de tussentijd nodig heeft en welke sociale of activerende ondersteuning kan helpen bij overbrugging van de wachttijd. Betrokkenen zijn van mening dat dit eigenlijk niet ideaal is. Liever spreek je mensen al eerder in het proces. En ook bleek het veel verwarring op te leveren, want mensen wisten vaak niet waarom ze voor het VG werden uitgenodigd, en hadden de verwachting dat hun behandeling begon terwijl dat niet zo was. Betrokkenen pleiten voor een positionering bij de huisarts in het vervolg.

We hebben tot nu toe alleen de mensen gedaan die al heel lang op de wachtlijst stonden bij ons. Dus ja, die waren eigenlijk al aangemeld. En toen werden ze ineens uitgenodigd voor een verkennend gesprek. Toen dachten ze ook van ja, wat gaat er dan gebeuren? Kom ik nou in behandeling? Dat had wat extra uitleg nodig, zeg maar. Het was een beetje mosterd na de maaltijd, want ze waren natuurlijk al in de pijplijn, hè? Dus het mooiste is eigenlijk dat als iemand komt met allerlei psychische klachten of onduidelijke klachten bij de huisarts, dan zou je eigenlijk al willen dat ze dan in het volgende kamertje een verkennend gesprek kunnen doen. Veel meer naar de voorkant (Verkenner, regio Groningen).

Heel vaak was de vraag: 'Hoe lang sta ik nog op de wachtlijst?' of: 'Waarom ben ik hier dan?' En er was een jongen en die kwam met zijn persoonlijke begeleider. Die vrouw was heel kritisch, en terecht. Van hè, wat is dan het idee van dit gesprek en waarom moeten we hem dan weer belasten met zijn hele verhaal op tafel leggen, terwijl hier verder niets uitkomt? Alleen maar: 'ja, je blijft op de wachtlijst staan'. Toen dacht ik wel van wij slaan de plank mis nu. (Verkenner, regio Groningen).

Betrokkenen uit de regio Midden-Holland gaven aan dat de doelgroep daar vooral bestond uit mensen met psychische klachten, waarbij bij de huisarts of POH-ggz twijfel bestond over de geschiktheid van de ggz, bijvoorbeeld bij complexe, verweven problematiek. Daarnaast werd het ingezet wanneer eerdere ggz-behandelingen weinig opleverden, of wanneer huisarts en patiënt het niet eens zijn.

Bij mensen waarbij er veel speelt in de sociale omgeving, schulden, wonen, eenzaamheid, dan denk je: laten we eerst kijken waar de pijn nu zit, voordat we een depressie gaan behandelen. Want soms is die panieklucht misschien een logische reactie op stress. (Verkenner, regio Midden Holland).

Huisartsen vragen het verkennend gesprek vaak aan als ze denken: deze persoon heeft al twee keer behandeling gehad, knapte niet echt op... is het dan zinnig om nóg een ronde ggz te starten? (Verkenner, regio Midden Holland).

Betrokkenen in de Liemers gaven aan dat in hun regio een combinatie werd gemaakt van mensen op de wachtlijst voor ggz, en inwoners die via huisarts (en soms via maatschappelijk werk of gemeente) werden aangemeld. Er kwamen ook enkele aanmeldingen vanuit de overlegtafel (domeinoverstijgend casusoverleg) wanneer twijfel bestond of een vraagstuk wel ggz-gerelateerd is. In het begin konden inwoners zich ook zelf aanmelden. Door de verschillende aanvliegroutes was er sprake van een zeer gemêleerde groep hulpvragers. Van jong tot oud, van lichte tot (zeer) zware problematiek, psychische en/of psychosociale problemen en soms met verborgen problemen (schulden, relatieproblemen, stress). Geïnterviewden benadrukken dat het gesprek in principe voor al die doelgroepen en in alle fases kan plaatsvinden en nuttig kan zijn. Voor de mensen die op de wachtlijst stonden gold dat het aanbieden van het VG niet betekende dat iemand van de wachtlijst ging. Het fungeerde dan als een extra gesprek om te kijken naar andere (overbruggende) mogelijkheden.

Ja, ik denk dat het voor iedereen wel zinvol is. Omdat je toch weer even je verhaal kan doen. En een ander licht op de zaak kan werpen. (Verkenner, regio de Liemers).

Ik heb ook een paar keer gehad dat mensen zelf gewoon binnenkwamen: 'Ik heb dit flyertje gezien.' Dat vind ik echt heel bijzonder. (Verkenner, regio de Liemers).

Ook in 't Gooi werden volgens geïnterviewden mensen door de huisarts naar het VG gestuurd als er op meerdere gebieden problemen waren of als de huisarts niet goed wist wat nu de juiste weg was om te bewandelen. Vaak ging het om mensen met meervoudige problematiek op verschillende levensgebieden (financiën, gezondheid, relaties, daginvulling) en mensen die meerdere mislukte verwijzingen achter de rug hadden of bij wie de huisarts het overzicht kwijt was. Ook personen die zorgmijden, gefrustreerd zijn over eerdere hulp of geen regie kunnen voeren door hun kwetsbaarheid, werd een VG aangeboden. Tot slot werden ook personen die (vaak herhaaldelijk) bij de huisarts kwamen met onduidelijke of lichamelijk onverklaarbare klachten, en waarbij er vermoed werd dat “meer speelt dan lichamelijke problemen,” naar het VG doorgestuurd.

Mensen die met lichamelijke klachten blijven komen, maar waarbij bijvoorbeeld ook financiële problemen of huisvesting spelen. (Verkenner, regio 't Gooi).

Het kunnen verschillende redenen zijn, hè? Het kan zijn dat iemand al meerdere keren verwezen is naar een instantie en vervolgens steeds per kerende post terugkomt, hè? Van deze is toch niet geschikt voor deze wachtlijst of toch niet voldoende geholpen. Of dan komt iemand op gesprek en dan blijkt het toch onderliggend iets te zijn, wat uit een intake naar voren komt. Dat moet eerst gedaan worden, waardoor iemand ook weer terugkomt bij de huisarts. Ik denk dat dat de belangrijkste reden is, hè? VG voor als een huisarts iemand niet onder de pannen krijgt. (Verkenner, regio 't Gooi).

De criteria zijn volgens mij dat er op meerdere gebieden problemen zijn. Dat er op meerdere levensgebieden problemen zijn en dat de huisarts niet zomaar weet: dit is nu de weg. Dus als hij weet: naar de ggz, dat is prima, dan doet hij dat gewoon. We moeten naar een cliëntondersteuner: dan doet hij dat. Maar als hij het niet weet dan heeft hij de ruimte om een verkennend gesprek in te schieten. Zo van: oké laat iemand dan de tijd nemen om eens in een uur tijd het allemaal langs te lopen en een proces te schetsen waar de huisarts eigenlijk geen tijd voor heeft. En dan zijn het vaak dus cliënten die met lichamelijke klachten blijven komen, of iemand heeft ook financiële problemen of wordt uit zijn huis gezet. Dus logischerwijs is er van alles aan de hand, meer dan wat de cliënt in die 10 minuten bij de huisarts mag vertellen. Dus die zegt: ik ben heel moe nu, maar je komt niet op de vraag: is er een reden waarom je moe bent, weet je dat? Dus daar is het vooral voor ingericht. Dat is in ieder geval de insteek. (Verkenner, regio 't Gooi).

Betrokkenen uit verschillende regio's denken dat elk mens het in principe prettig zal vinden als er 'zonder oordeel ruimte is om je verhaal te doen'. Zij vragen zich of het niet meer een algemene voorziening in samenleving zou moeten zijn, en niet vooral op aanvraag van de huisarts.

3.1.3 Wie voeren het uit?

Zoals hierboven beschreven waren er binnen de pilots in de regio's verschillende aanvliegroutes naar het VG, waarbij de meest voorkomende route was via de huisarts (of POH-ggz). In de Liemers kon ook de maatschappelijk werker aanvrager zijn. Het daadwerkelijke oproepen van mensen voor het VG ging volgens betrokkenen in de Liemers via de ervaringsdeskundige. In Groningen gebeurde dit (aanvankelijk) vanuit de ggz. Dit was verwarrend voor hulpvragers. Zoals

hierboven vermeld, gaf dit mensen die al op een wachtlijst stonden het idee dat de behandeling begon. Voor mensen waarbij nog helemaal geen sprake was van een ggz-verwijzing, werd het oproepen worden door de ggz als vreemd en soms zelfs vervelend ervaren. Oproepen vanuit de ggz wordt door geïnterviewden dan ook als onwenselijk gezien. In 't Gooi ging het oproepen via het sociaal domein. Het goed uitleggen van het doel van het gesprek bij het eerste contact met de hulpvrager wordt door alle geïnterviewden als zeer belangrijk gezien (Zie ook paragraaf 3.2.2).

Ik kreeg een mail van de maatschappelijk werker en daar werd heel duidelijk uitgelegd dat ik het gesprek heb met haar en met een psycholoog. Op basis van dat ene gesprek hebben ze dan een verwijzing gemaakt naar een instantie waarvan zij denken dat dat bij mij past. (Hulpvrager, regio 't Gooi).

Het VG werd volgens geïnterviewden uitgevoerd door 'koppels', vaak van een professional uit de ggz (bijv. een gz-psycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige, SPV) en een professional uit het sociaal domein (bijv. een WMO-consultant of maatschappelijk werker), maar hier waren variaties in. Zo werd in de Liemers standaard een ervaringsdeskundige (uit de ggz en/of het sociaal domein) aangehaakt in de gesprekken en was niet altijd een ggz-professional aanwezig³⁵. In 't Gooi was één van de verkenneren een POH-ggz, en zij voerde de gesprekken samen met een ervaringsdeskundige uit het sociaal domein. In sommige regio's waren er 'vaste' koppels, terwijl de koppels in andere regio's steeds wisselden.

3.1.4 Hoe wordt het VG uitgevoerd?

De geïnterviewden hebben de ervaring dat de VG's meestal één uur duurden (met een range van 45-90 minuten). Verschillende geïnterviewden vonden deze tijdsduur van het gesprek aan de korte kant. Het was in principe een eenmalig gesprek. Een tweede gesprek was soms noodzakelijk als er sprake was van een complexe hulpvraag, geen consensus over de oplossingsrichting of veel emoties bij de hulpvrager. Verder mocht de hulpvrager een naaste meenemen, maar dit was ten tijde van de pilots nog niet gebruikelijk, aldus geïnterviewden.

Er stond op papier een uur, maar we hebben uiteindelijk 1,5 uur in gesprek gezeten. Het voelde voor mij alsnog wel een beetje kort... alsof ik in een uur eigenlijk alles moest bewijzen. Dus toen ging ik er sneller van praten en voelde het voor mij een beetje opgejaagd.(..) Ja, het voelde voor mij een beetje alsof ik soort van op sollicitatiegesprek moest en dat er veel van dat ene gesprek af hing. (Hulpvrager, regio 't Gooi).

Ik heb nog wel een keer een terugkoppelgesprek met iemand gehad, omdat we toen niet zo helder hadden of de cliënt wel wilde gaan doen wat wij gingen voorstellen. Dus dan hadden we een voorstel gedaan en daar was hij eigenlijk nog niet zo over eens. Dat kan natuurlijk ook, hè? Ja als iemand op dat moment al zegt: ja, dat wil ik niet, dan staan we

35 In sommige gevallen werd het gesprek gevoerd door twee ervaringsdeskundigen, o.a. omdat deze flexibeler zijn in tijd.

weer op hetzelfde punt. Dus daar is toen nog wel een gesprek aan gewijd van oké, en wie gaan we daarvoor inschakelen? En toen bleek ook uiteindelijk wel dat diegene het toch wilde gaan proberen. Dat is dan waardoor je een tweede gesprek voert, maar dat is wel echt ontmoedigd bij ons. Het is echt ook wel een soort van: je moet het in een uur kunnen en dan moet de verwijzing duidelijk zijn. Ik heb daar nog wel mijn vraagtekens bij. (Verkenner, regio 't Gooi).

VG'en werden digitaal of face-to-face uitgevoerd. Uit de interviews valt op te maken dat regio's hier verschillende keuzes in maakten. Zo waren gesprekken in Groningen en de Liemers meestal face-to-face en vrijwel nooit online. In Midden-Holland werden de gesprekken meestal digitaal gevoerd, vooral omdat de betrokken professionals de reistijd die gepaard gaat met een face-to-face uitvoering moeilijk kunnen vrijmaken. In 't Gooi varieerde het: sommige koppels werkten (alleen) digitaal en anderen juist face-to-face. In de analyse van de interviews valt op dat er zowel argumenten bestaan die in het voordeel zijn van live gesprekken als van digitale gesprekken. Digitale gesprekken hebben als voordeel dat de persoon niet hoeft te reizen en in zijn eigen vertrouwde omgeving zit. Verder noemde een verkenner het een voordeel dat een digitaal gesprek wat zakelijker is en minder het gevoel van een startende behandelrelatie in zich draagt. Andere verkenner merkten tevens dat hulpvragers online opener waren (veilige afstand vermindert spanning). Daartegenover staat dat niet iedereen even digitaal vaardig is en dat niet iedereen zich prettig voelt bij een online gesprek. Mogelijk kan lichaamstaal beter worden opgepikt in een real life setting dan via een scherm. Volgens verschillende gesprekspartners kunnen live gesprekken bovendien no-shows voorkomen³⁶.

Eentje zei dat hij meer open was omdat er die afstand was. Dus dat digitale maakte dat hij makkelijker zijn verhaal ging vertellen en dat vond ik wel heel opvallend. En ja sommige hadden wel gedoe met het openen van het linkje. (..) Maar je ziet ook dat mensen wel daarin meebewegen in die hele digitale wereld en dat vond ik wel opvallend eigenlijk. (Verkenner, regio 't Gooi).

Ik vond het wel lastig dat het online was. (..) Dat vind ik altijd wel lastig omdat je toch wel best wel veel persoonlijke dingen moet delen. Je legt best wel veel van jezelf op tafel. Dus dat was denk ik het eerste waarvan ik dacht, oh, dat vind ik wel lastig. (Hulpvrager, regio 't Gooi).

Van andere regio's hoor ik dat de no-shows veel lager zijn als het live is. Voor sommige mensen is Teams openen al stressvol. Dat moeten we serieus nemen. (Verkenner, regio Midden-Holland).

36 In de Liemers, waar de gesprekken hoofdzakelijk f-t-f werden gevoerd, waren er zeer weinig no shows. Mogelijk kwam dit ook door acties van de coördinator die persoonlijk contact legde met alle aangemelde hulpvragers en laagdrempelig bereikbaar voor hen was.

Wat betreft de live gesprekken geven betrokkenen aan dat het belangrijk is om niet te kiezen voor de ggz als locatie, maar liever een sociaal domein locatie (bijv. ontmoetingsruimte van welzijn) te nemen. De plek waar het gesprek plaatsvindt moet in ieder geval aansluiten bij de persoon. In 't Gooi koos men voor de huisartsenpraktijk als locatie.

Ik was bang dat mensen zouden zien dat ik naar de ggz ging. Maar dit was gewoon een gebouw op het industrieterrein. Mensen werkten daar, niemand keek op; er viel een last van mijn schouders. Het was heel huiselijk. Geen strak bureau, geen dokter tegenover je. We zaten een beetje in het rond... alsof je bij iemand op bezoek was. (Hulpvrager, regio de Liemers).

Het liefst niet in de ggz. Je zit anders in de witte, kale wachttruimte van de polikliniek. Dat wil je juist voorkomen. (Verkenner, regio Midden-Holland).

Als het gaat om hoe het gesprek (inhoudelijk) wordt gevoerd, valt op dat hier grotendeels vergelijkbare opvattingen over zijn, zij het met wat nuanceverschillen, die samenhangen met de eerder beschreven nuanceverschillen in de opvatting over doelstelling (instrumenteel versus relationeel). Alle verkenner die we spraken, benadrukken dat aansluiten bij de persoon en zijn verhaal het belangrijkste is, en dat het hanteren van een strak format dus niet bij het VG past. Een verkenner uit Groningen noemt dit 'er zo blanco mogelijk in gaan'. Vaak gebruiken verkenner op een losse manier inzichten vanuit herstelondersteunend werken of gespreksmodellen zoals motiverende gespreksvoering, krachtgericht of oplossingsgericht werken en/of Positieve Gezondheid. Daarbij werden bijvoorbeeld belangrijke domeinen uit het model van Positieve gezondheid (zoals lichamelijke gezondheid, psychische klachten, wonen, financiën, etc.) in het achterhoofd gehouden. Belangrijkste is volgens verkenner echter dat er erkenning wordt gegeven aan klachten en beperkingen, maar dat er tegelijkertijd aandacht is voor wat er goed gaat, wat energie geeft, wat waardevol is, en wat iemand zou willen veranderen. Omdat de verkenner er blanco ingaan, kan de uitkomst van het gesprek wel verschillen, afhankelijk van met welk koppel van verkenner het wordt gevoerd.

Ja de basisvragen zijn vooral: Wat is je verhaal? Waar wil je naartoe? Wat kan je zelf? Wat kan een ander doen? Dat zijn ze niet helemaal specifiek, hoor, maar dit is ongeveer de strekking. (Verkenner, regio Midden-Holland).

We moesten er met een blanco blik ingaan... zonder intake, zonder diagnose, gewoon geïnteresseerd kijken: wat is er aan de hand? (Verkenner, regio Groningen).

Het gesprek verloopt heel anders afhankelijk van wie het voert. Een ervaringsdeskundige sluit laagdrempelig aan en richt zich vooral op beleving en verbinding. Een sociaaldomein verkenner stelt meer intake-achtige vragen, verdiept door en zoekt naar feiten en context. Zelf probeer ik beide te combineren: de cliënt centraal zetten én het totale plaatje begrijpen. Maar niet iedereen wil alles delen, en dat bepaalt ook het resultaat. (Verkenner, regio 't Gooi).

Volgens geïnterviewden leidden de meeste gesprekken tot een advies voor de meest passende vervolgstap. Dit advies werd door verkenner in het verslag opgeschreven, en dit verslag ging beveiligd terug naar de persoon zelf en de huisarts. In de regel was het de huisarts die het advies voor verwijzing moest oppakken. Bij een verwijzing naar het sociaal domein was het soms mogelijk om warme overdracht te doen door de betrokken verkenner/ sociaal domein-professional zelf. In de regel werd er daarna niet meer opgevolgd. In de Liemers ging dit net iets anders omdat hulpvragers regelmatig in het VG gekoppeld werden aan één van de verkenner zelf, die dan ook een tijdje betrokken bleef bij deze persoon. In 't Gooi kwam het voor dat personen verder gingen met de verkenner die ook POH-ggz is. Maar dit zijn eerder de uitzonderingen op de regel.

Een groot deel zien wij wel weer terug op de een of andere manier, maar een aantal mensen niet, die verdwijnen. En dan ja dan hoop je dat ze toch hun weg vinden. (Verkenner, regio de Liemers).

Een vrouw heb ik daarna langer gezien totdat er juiste zorg ingevoegd was. (..) Sommige mensen zijn zo vaak van het kastje naar de muur gestuurd, dat wilde ik bij deze vrouw niet doen, dus ik heb haar meerdere keren gezien om al thuis iets in beweging te krijgen en ondertussen het optuigen van ambulante woonbegeleiding, zodat er meer structuur en overzicht in het leven zou komen. (Verkenner, regio 't Gooi).

3.1.5 Wat zijn de oplossingsrichtingen?

In de interviews hebben we geen aantallen uitgevraagd maar komt er een vrij eenduidig beeld naar voren van de meest voorkomende oplossingsrichtingen/ adviezen vanuit het VG. Dit zijn:

- Sociaal domein: o.a. maatschappelijk werk, ambulante (woon)begeleiding & welzijn/ voorveldvoorzieningen (waaronder groepen, herstelgerichte activiteiten, trainingen, activiteiten, maatjes/buddy's, financieel trefpunt, vrijwilligerswerk).
- Ggz-behandeling: basis-ggz of specialistische ggz.
- Verslavingszorg.
- Zelf aan de slag met praktische adviezen van verkenner, al dan niet ondersteund met informatie en ondersteuning van websites (bijvoorbeeld mind.nl) en/of eHealth modules.
- Combinatieadviezen: bijv. op de wachtlijst blijven, maar ondertussen wel iets oppakken in het sociaal domein.

Andere, minder vaak voorkomende adviezen, betroffen:

- Verwijzing naar een kort traject bij de POH-ggz (als er nog geen POH-ggz betrokken was geweest).
- Bestaande begeleiding/ trajecten opnieuw activeren.
- Alternatieve therapievormen.

Het beeld dat uit de interviews naar voren kwam, is dat het advies 'ggz-behandeling' werd gegeven wanneer duidelijk was dat er een psychisch probleem ligt dat behandeling behoeft. Het ging daarbij vooral om het maken van een zuivere keuze: dat er echt even bij stil is gestaan of behandeling de beste weg is. Het advies 'sociaal domein' werd gegeven wanneer het passend

geacht werd om bij mentale klachten praktische problemen eerst op te lossen (bijv. problemen rond financiën, huisvesting, schulden, werk, dagstructuur, beperkt netwerk). Soms werd er dan een welzijnscoach (Welzijn op recept) of cliëntondersteuner gekoppeld aan de hulpvrager om verder uit te zoeken welke voorziening het best past. Dit was namelijk vaak niet direct duidelijk.

Wat opvalt in de gesprekken is dat er wel een duidelijke nadruk lijkt te liggen op oplossingen in het sociaal domein/ voorveld of combinatieoplossingen (ggz en sociaal domein). Veel verkenner benadrukken dat het aanpakken van (psycho)sociale problemen en zingevingsvraagstukken bijna altijd wel wenselijk is. Daarbij wordt ook als argument gegeven dat afhankelijkheid van de ggz risico's kent (zoals minder zelfredzaamheid) en dat het ook daarom goed is om altijd (ook) buiten de ggz hulp te zoeken. Opvallend was verder dat in de Liemers de nadruk lag op de keuze van de hulpvrager zelf als het gaat om de oplossingsrichting (dus veel nadruk op eigen regie). Waar in andere regio's meer benadrukt wordt dat er een advies wordt gepresenteerd aan de persoon.

Iemand met ADHD, woonproblemen en schulden, dat zou anders een ggz-verwijzing zijn, maar we kwamen erachter: deze persoon heeft vooral een coach nodig die helpt de post te openen. (Verkenner, regio Midden-Holland).

Zoals eerder aangegeven hebben we twee hulpvragers geïnterviewd. Eén van hen vond de oplossingsrichting die aangereikt werd enigszins onverwacht, maar wel positief. De andere persoon benadrukte al direct handvatten en perspectieven uit het gesprek te hebben gekregen. Zij werd bovendien direct gekoppeld aan één van de verkenner, die deze persoon een tijdje heeft begeleid en toegeleid naar lotgenotenbijeenkomsten. De hulpvrager benadrukte dat het VG voorkwam dat ze opnieuw “van kastje naar de muur” werd gestuurd.

3.2 Wat werkt (en werkt niet) in de uitvoering van het VG?

In de analyse van de interviews kwamen verschillende werkzame elementen, succesfactoren en belemmerende factoren naar voren, die we hier de revue laten passeren. Sommige van deze factoren hebben te maken met de uitvoering zelf, en anderen zijn meer randvoorwaardelijk.

3.2.1 Werkzame elementen

Een eerste werkzaam element dat inherent is aan het model van het VG is dat er **meer tijd en ruimte** is om uit te zoeken wat er nodig is. De huisarts heeft doorgaans tien minuten om de hulpvraag te horen, te beoordelen en een verwijzing of advies te geven. Bij het VG wordt hier vaak één uur voor uitgetrokken. Dit zorgt ervoor dat de persoon veel beter zijn verhaal kan vertellen en de professional veel rustiger kan meedenken, wat leidt tot zorgvuldiger afwegingen. Ook het feit dat geen dossier hoeft te worden opgebouwd, helpt om ruimte te creëren.

Mensen die komen als eerste terecht bij de huisarts en de huisarts die heeft natuurlijk heel weinig tijd. Het zou mooi zijn als dit gesprek een plek zou krijgen. Omdat je in het verkennend gesprek net even wat meer tijd hebt om met iemand te gaan zitten (Verkenner, regio de Liemers).

Volgens betrokkenen is een tweede werkzame element de brede, krachtgerichte en **normaliserende insteek** van het gesprek. Het brengt de focus op het dagelijkse functioneren, zelfregie en verbondenheid. Dit zorgt volgens hen voor 'beweging' en tot betere en duurzamere oplossingen. Waar hulpvragers die op de wachtlijst worden geplaatst, de impliciete boodschap krijgen: 'jij hebt behandeling nodig en daar moet je op wachten' (wachtstand), is de boodschap bij het VG (meestal) precies andersom: 'je kan zelf aan de slag met oplossingen'. Door de normaliserende aanpak zet het VG mensen aan het denken over eigen en andere mogelijkheden om naar de klachten te kijken.

Als je mensen de kans geeft om het hele verhaal te doen en daar ook op aan kan haken, dan kun je dingen ook wat meer normaliseren van: "joh, dit zijn dingen die bij het leven horen en het is helemaal niet raar dat u op dit moment even in de war bent of wat somberder bent." En dat je daar ruimte voor geeft in plaats van bij de huisarts meteen antidepressiva aan te vragen. En dat je ook de ruimte geeft om dat gevoel er te laten zijn en daar ondersteuningsplekken en ventileringsplekken voor aan te bieden, bijvoorbeeld in het voorleggende veld dan. Dan maak je dingen minder ziekmakend dan dat je meteen met een behandelaanbod komt. (Verkenner, regio de Liemers).

Ten derde werd de aanpak **met duo's uit twee verschillende domeinen** benoemd als werkzaam element. De duo-opzet zorgt voor een brede blik op het verhaal van de persoon en het 'elkaar scherp houden'. Veel geïnterviewden hebben ervaren dat ze van hun co-verkenners hebben geleerd. Dit zorgt tevens voor wederzijds begrip en betere samenwerking in de regio.

Daar is sprake van wederzijds respect, en juist die aanvulling op elkaar zorgt ervoor dat ggz-professionals aangeven soms anders te gaan kijken. (Verkenner, regio de Liemers).

3.2.2 Bevorderende factoren

Uit de interviews komen verschillende bevorderende factoren naar voren bij de uitvoering van het VG. Samenvattend zijn er verkenner-gerelateerde factoren (training, competenties, sociale kaart kennen), factoren die te maken hebben met de samenwerking tussen verkenners (gelijkwaardigheid, onderlinge chemie, ervaringsdeskundige verkenners) en factoren die te maken hebben met de samenwerking met de hulpvrager (aansluiten bij de persoon, goede opvolging, snel proces). Hier passeren deze factoren de revue.

Training

Een eerste bevorderende factor is het zorgen dat alle verkenners (het liefst gezamenlijk) een uniforme training doorlopen. Op het moment van de interviews is de organisatie en inhoud van de training voor verkenners niet uniform; elke regio maakt daar eigen keuzes in. Ook hadden niet alle verkenners die wij spraken een training gevolgd. Verkenners die wel een training hadden gevolgd, geven aan dat de training belangrijk, zo niet cruciaal, is om het gesprek goed te kunnen uitvoeren. Daarbij is het volgens betrokkenen vooral belangrijk dat er tijdens de training aandacht

is voor persoonsgericht werken en voor de samenwerking tussen verkenner. Met betrekking tot dat laatste gaat het over hoe de verschillen in werkwijzen en manieren van gespreksvoering tussen ggz en sociaal domein kunnen worden overbrugd, zodat de samenwerking in de gesprekken vanaf de start soepel verloopt. Verschillende geïnterviewden bepleiten dat er een landelijke trainingsmogelijkheid wordt ontwikkeld.

Ik mis eigenlijk een landelijke trainingsmogelijkheid voor de uitvoerders van die verkennende gesprekken, want eigenlijk moet je het zo voorstellen: komend jaar gaan we stapsgewijs opschalen, gaan we eigenlijk steeds meer huisartsenpraktijken betrekken en steeds meer verkennende gesprekken voeren, wat betekent dat de capaciteit aan verkenner ook steeds moet opschalen. Dus zo druppelsgewijs komen er steeds één, twee mensen bij. Maar je kan die mensen niet inschrijven op een soort landelijke training of zo voor het verkennend gesprek dus we moeten dat dan toch zelf in onze eigen regio met transformatiegeld gaan organiseren. Wat denk ik gewoon gaat inboeten aan kwaliteit en het gaat ook veel geld en tijd kosten. Het is denk ik veel zinniger als je dit met elkaar kan organiseren. Regio overstijgend, want iedereen gaat dit hebben. (Verkenner, regio Midden-Holland).

Specifieke competenties

Er zijn ook aspecten die je minder makkelijk in een (korte) training aanleert, maar die wel belangrijk zijn voor het goed uitvoeren van het VG. Het gaat dan om specifieke competenties van verkenner. Het echt naast de hulpvrager gaan staan en kunnen luisteren zonder te oordelen, zijn volgens geïnterviewden competenties die de werkzaamheid van het VG bepalen. Het werkt het best als professionals hier al enigszins in geoefend zijn en/of veel affiniteit mee hebben. Betrokkenen gaven aan dat dit niet vanzelfsprekend voor alle professionals geldt³⁷. Dit punt is vooral van belang bij verdere opschaling. In de pilots waren het immers vooral de geïnteresseerde professionals die verkenner werden, waarbij deze interesse waarschijnlijk voortkwam uit een al bestaande behoefte of interesse om meer persoonsgericht te werken. Bij opschaling, als meer verkenner gaan worden aangewezen, is het van belang goed te kijken of deze competenties aanwezig of trainbaar zijn.

Interviewer: Kun je in zijn algemeenheid de competenties of vaardigheden omschrijven die iemand nodig heeft om een verkennend gesprek goed uit te voeren? Wat vinden jullie belangrijk? Verkenner: nou, ik denk dat je snel een beeld moet kunnen vormen en dat is dus door vragen stellen, hè? Niet van 'wat is de aanmeldreden' maar 'wie heb ik hier voor mij'? 'Wie is dit en wat kan hij wel zelf en wat kan die niet zelf?' - Ja, en ik vind het ook altijd belangrijk om te weten wat die ander belangrijk vindt, wat die ander wil en wat voor oplossingen hij of zij ziet voor de situatie. En hoe zijn netwerk eruit ziet. Dus: 'heb jij een partner of heb je dat niet?' 'Word je uitgekotst op je werk en zit je alleen maar thuis of niet?' En 'hoe komt het volgens jou dat je er niet zelf uitkomt?' Dus ik denk daarom dat die combinatie van het verkennende vanuit sociaal domein, en vanuit de ggz een hele

³⁷ Voor professionals uit het sociaal domein ligt deze manier van werken in de regel dicht bij hun reeds opgedane ervaring, dan voor professionals uit de ggz.

mooie aanvulling op elkaar is. Vanuit het sociaal werk hebben wij daar toch echt wel heel veel feeling mee. Dus ik denk: kennis en vaardigheden, maar ook je gesprekstechnieken en ook in verbinding zijn met de persoon. Omdat de ander vaak al stukgelopen is en gefrustreerd is over de instanties van 'we komen op een wachtlijst en niks helpt en dat heb ik al geprobeerd'. Je moet wel wat in huis hebben om met die ander daarover het gesprek te voeren. (Verkenners, regio 't Gooi).

Het voorliggend aanbod goed kennen

Het VG werkt vooral als de betrokken verkenners echt goed op de hoogte zijn van alle mogelijke (verwijs)opties. Dit is belangrijk om te noemen want de betrokkenheid van verkenners uit twee domeinen, betekent in zichzelf niet dat deze ook goed op de hoogte zijn van al het beschikbare aanbod. Dit vraagt iets van de verkenners, of de ondersteuning van hen. Zij moeten op één of andere manier verbonden zien te raken met verschillende initiatieven of vormen van aanbod.

Ik denk kennis van de sociale kaart is nodig om goed te kunnen matchen. (Verkenner, regio 't Gooi).

Gelijkwaardigheid en onderlinge chemie

Als het verkenners lukt om een modus te vinden waarin ze elkaar, vanuit gelijkwaardigheid en wederzijds respect, kunnen aanvullen, dan werkt dat bevorderend in het gesprek. Sterker nog, het is een voorwaarde. Een verkennend gesprek waarin één discipline dominant is, gaat voorbij aan de bedoeling van het gesprek. Elkaar aanvullen vraagt iets van beide verkenners. Het is niet vanzelfsprekend dat dit direct lukt. Het is namelijk niet een kwestie van simpelweg om de beurt een vraag stellen, maar echt een dialoog/interactie waarin verschillende perspectieven elkaar op natuurlijke wijze versterken en verdieping brengen in het gesprek. Volgens verkenners is het belangrijk om vóór het eerste gesprek te voeren, samen al goed kennis te maken, en te verkennen op welke manier je samen het gesprek wil voeren. Volgens betrokkenen functioneren koppels die vaker samenwerken over het algemeen beter in het VG door onderlinge chemie en het hebben van een steeds beter beeld van elkaars expertise.

Die psycholoog stelde wel wat meer vragen over wat de oorzaak zou kunnen zijn of wat diepere vragen en de maatschappelijk werker stelde wat bredere vragen over gewoon mijzelf, wie ik ben en et cetera. Dus ze vullen elkaar wel aan met andere soort vragen. Het was niet dat er een leider was van het gesprek en de andere een beetje aanvult. Het was wel fifty-fifty en het was ook op een natuurlijke manier vulden ze elkaar inderdaad echt aan. (Hulpvrager, regio 't Gooi).

In het begin was het meer aftasten. Maar doordat we meer op elkaar ingespeeld raakten en ook omdat je steeds beter weet waar elkaars expertise zit, kun je elkaar heel mooi aanvullen. Als ik kijk naar ons tweeën, dan denk ik dat het vinden van elkaar, het erkennen van elkaars professionaliteit, dat heeft echt een toegevoegde waarde. (Verkenners, regio 't Gooi).

Inzet ervaringsdeskundigheid

De betrokkenen die ervaring hadden met het samenwerken met een ervaringsdeskundige als verkenner, gaven aan dat de inbreng van ervaringsdeskundig perspectief heel bevorderend werkt in het VG. Ervaringsdeskundigen stellen andere vragen en creëren ruimte die niet gericht is op snel een oplossing te zoeken, maar eerst echt te horen wat iemand te vertellen heeft. Dat geeft een andere dynamiek dan in ggz- of sociaal werkgesprekken, die vaak wat meer oplossingsgericht zijn. De kennis van ervaringsdeskundigen wordt daarom als zeer waardevol gezien voor het VG.

Ik vind dat heel veel toevoegen, omdat hij [de ED] veel meer voelt nog, hoe het is om op die stoel aan de andere kant te zitten en ik van hem daar ook weer heel veel in geleerd heb. Ook in alle trainingen en zo die we gehad hebben dat hij [de ED] op een gegeven moment -dat blijft mij dan bij - zegt: er is niemand die aan mij gevraagd heeft wat mijn doel nou was en wat ik nou graag wilde. ...Het feit dat je als mens gewoon ook nog steeds gezien wordt, is wel het allerbelangrijkste. (Verkenner, regio de Liemers).

Aansluiten bij de persoon

Een volgende succesfactor is het goed aansluiten bij de persoon en diens hulpvraag. Dit wordt gezien als een essentie van het VG. Volgens betrokkenen werkt het 't beste als ze in het gesprek geen strikt format hanteren, maar een open houding hebben. Het is belangrijk dat het geen formeel gesprek is, maar eerder huiselijk en informeel. Het is behulpzaam om principes uit de Positieve gezondheid en herstelondersteunende zorg daarbij te benutten, maar niet op een dogmatische manier.

Als verkenner heb ik wel de neiging om een beetje het format los te laten. En ook niet zozeer toe te werken naar een oplossing, maar meer het verkennen. In de praktijk ga je toch meer in op het verhaal wat de persoon vertelt, dus dan hou je niet zo strak dat format aan. (Verkenner, regio de Liemers).

Meenemen van een naaste

Zoals eerder vermeld waren in de ervaring van geïnterviewden, naasten slechts beperkt aanwezig bij het VG. Het is onduidelijk hoe dat komt. Eén van de geïnterviewde hulpvragers gaf aan dat zij niet op de hoogte was van het feit dat haar naaste meekon. Hieruit zou kunnen worden opgemaakt dat de informatievoorziening wellicht onvolledig of onvoldoende was. In de gevallen waarin wel een naaste meeging, leidde dit volgens geïnterviewden tot snellere en betere dialogen, openheid en doorbraken. Aan de andere kant, zo signaleerden twee verkenners, kan dit het gesprek ook ingewikkeld maken, bijvoorbeeld als de hulpvrager een geheim meedraagt (verslaving, schulden), waar naasten niet van op de hoogte zijn.

Bij ons is er sporadisch een naaste bij. We zien de meerwaarde daarvan, want dat betekent namelijk ook dat je het open kunt gooien en dat er meteen meer mensen van het probleem weten en dat er dus meer hulp kan komen vanuit het netwerk. Maar dat is vaak ook de basis van het probleem, hè? Die hebben een geheim, of die hebben een hele grote schuld, of ze zijn verslaafd. Ja, als je verslaafd bent en je hebt dat al die tijd verborgen, dan ga je niet zeggen: 'Ik neem mijn man mee en ik ga daar even zeggen, oh ja, want ik drink stiekem.' Ja, dat was nou juist probleem namelijk. (Verkenner, regio 't Gooi).

Locatie /vorm die voor de hulpvrager prettig is

In paragraaf 3.1 beschreven we dat er voor- en nadelen zijn voor het online dan wel face-to-face voeren van het gesprek. Bovendien moet in geval van een f-t-f gesprek een geschikte locatie worden gezocht. Een belangrijke succesfactor is dat wordt aangesloten bij wat de hulpvrager zelf prettig vindt. Wanneer het gesprek online wordt gedaan terwijl iemand daar weinig ervaring mee heeft, zit dat een goed gesprek in de weg. Andersom geldt hetzelfde. Bij een live gesprek zijn een neutrale, warme, niet-medische setting en een informele, huiselijke, luchtige sfeer bevorderend voor een goed gesprek.

Niet strak achter een bureau. Het voelde huiselijk en veilig. Daardoor kon ik sneller ontspannen. (Hulpvrager, regio de Liemers).

Nazorg/ opvolging

Uit de interviews met de hulpvragers kwam naar voren dat het belangrijk is dat de persoon aan het eind van het gesprek goed weet wat de volgende stap is en daar ook bij geholpen wordt als dat nodig is. De ene geïnterviewde hulpvrager vertelde dat ze na het gesprek niet goed wist wat de vervolgstappen waren en dat ze daar graag meer in begeleid was geweest. De andere hulpvrager had juist de ervaring dat na het VG contact werd gehouden met haar, door één van de verkenners. Dit was enorm bevorderend voor het zorgen dat zij daadwerkelijk passende zorg kreeg. De geïnterviewde verkenners vermoeden dat als helemaal niks aan opvolging wordt gedaan, mogelijk veel personen alsnog niet geholpen zijn. Het steunen van personen om een vervolgstap te zetten, is vaak simpelweg nodig.

Het was voor mij niet helemaal duidelijk: oké, we hebben dat gesprek gehad... en wat nu? Ik moest zelf mailen: moet ik nu zelf een afspraak maken bij de huisarts? (Hulpvrager, regio 't Gooi).

Samen met iemand iets regelen — van A naar B komen — maakt echt verschil. Het helpt als je niet alleen verwijst, maar ook meekijkt bij de aanmelding en hoort of iemand daadwerkelijk geholpen is. (Verkenner, regio 't Gooi).

De opvolging daarna vraagt om een structurele aanpak. Ook in de onderlinge communicatie is dit belangrijk: wanneer er gesprekken zijn gevoerd en daar een advies uit voortkomt, is de vraag hoe dit wordt opgevolgd en hoe gemonitord wordt of het daadwerkelijk de juiste oplossing is en mensen ook echt geholpen zijn. (Verkenner, regio de Liemers).

Snelheid van het proces (meteen handelen, korte lijnen)

Eén van de kernpremises van het VG is dat het sneller leidt tot passende zorg. Deze premisse valt of staat met de mogelijkheid om hulpvragers snel te benaderen voor een afspraak en deze afspraak ook op korte termijn in te plannen. Betrokkenen gaven aan dat het 't beste werkt als de hulpvrager direct, of in ieder geval binnen een week, wordt benaderd voor een afspraak. Daarvoor is een gestroomlijnd proces en voldoende beschikbaarheid van verkenner een voorwaarde. Ook moet na de afspraak het vervolgadvis snel in werking treden, en moet er op worden toegezien dat dit ook echt gebeurt. Volgens betrokkenen was het proces ten tijde van de pilots nog niet helemaal uitgekristalliseerd, maar werd het wel steeds beter. Ook door de twee hulpvragers werd de snelheid van het proces genoemd als belangrijke succesfactor.

Het verliep allemaal heel snel. Tussen het moment bij de huisarts en drie weken later had ik al de juiste verwijzing. (Hulpvrager, regio 't Gooi).

Ze gaven me tips, koppelden me door, en een week later had ik weer een gesprek. Het ging zó snel. (Hulpvrager, regio de Liemers).

3.2.3 Belemmerende factoren

Geïnterviewden benoemden tijdens de gesprekken verschillende factoren die de uitvoering van het VG kunnen belemmeren. De belangrijkste factoren worden hier benoemd.

Onduidelijkheid over doel en onbekendheid

Geïnterviewden liepen er tegenaan dat het soms onvoldoende duidelijk was voor hulpvragers wat het doel is van het VG. Dit werd niet altijd goed uitgelegd door de aanvrager (bijv. de huisarts). Hiervoor is heldere, toegankelijke informatie nodig, het liefst zowel mondeling (door de aanvrager en door degene die de afspraak inplant) als schriftelijk (via de bevestigingsbrief). Het moet duidelijk zijn dat het geen intakegesprek bij de ggz is en dat de verkenner samen met de persoon gaan kijken naar andere mogelijkheden, om sneller hulp te krijgen. Ook aan het begin van het VG zelf moet het doel opnieuw worden toegelicht.

Omdat ik het samen doe met iemand van [de ggz] denken mensen dat het verkennend gesprek een soort van intake is, dat ze dan geholpen gaan worden. Omdat ze dus ook bij [de ggz] op de wachtlijst staan. En dan denken ze dat het gesprek het begin van de behandeling is. (Verkenner, regio de Liemers).

Ze sturen een brief, maar geven geen toelichting. Dan denkt iemand die die brief ontvangt: "Wat is dit nu weer?" (Verkenner, regio Groningen).

Ik kreeg niets mee. Een flyer had fijn geweest, iets dat uitlegt wat het is en wat je kunt verwachten. (Hulpvrager, regio de Liemers).

De onduidelijkheid over het doel van het VG kwam overigens niet in de laatste plaats omdat ook aanvragers soms onduidelijkheid ervoeren, en soms verschil van inzicht hadden hierover. Er zijn de laatste jaren immers verschillende initiatieven opgekomen rond (lichte) psychische problematiek en die zich positioneren in het gebied tussen huisarts, sociaal domein en ggz. Denk bijvoorbeeld aan Welzijn op recept, herstelinitiatieven, de POH-ggz, de basis-ggz. Ook was er altijd al de mogelijkheid om te verwijzen naar sociaal werk. Betrokkenen denken dat de veelheid aan opties kan zorgen voor verwarring.

Ik denk dat het wel ingebed is, maar dat ze [huisartsen] niet begrijpen wat het verschil is. Want het gaat dan naar mijn collega die de Aanmelddienst doet. Die krijgt heel vaak vragen voor verkennend gesprekken. Zij belt ze allemaal na om te checken van 'wat is nou precies de hulpvraag en moet dat inderdaad dan een verkennend gesprek zijn of is dat gewoon een hulpvraag die wij hier intern op kunnen pakken?' Daar zit eigenlijk nog wel eens wel een grijs gebied. Dat wordt nog niet volledig begrepen en aan de andere kant vind ik dat ook weer heel ingewikkeld, want dat hebben we op heel veel gebieden al die hokjes. Wat hoort nou waar? (Verkenner, regio de Liemers).

Weerstand bij aanvragers

Naast het punt van onduidelijkheid speelde in sommige regio's dat er (ten tijde van de pilots) überhaupt nog sprake was van onbekendheid met (en soms zelfs weerstand tegen) het VG, met name bij huisartsen, waardoor er weinig personen werden aangemeld voor een VG.

We zijn toen uiteindelijk, denk ik gestart in november en we kregen gewoon niks binnen vanuit de huisartsen dus [naam coördinator] heeft gewoon heel erg haar best gedaan om huisartsenpraktijken te benaderen en daar gesprekken mee te voeren. Dus zij heeft heel erg vanuit haar rol en functie geprobeerd om huisartsenpraktijken te motiveren om mensen te verwijzen. Want niet iedereen doet het, alleen maar de huisartsenpraktijken waar dan die afspraken mee zijn omdat het een pilot is. (Verkenner, regio 't Gooi).

Ingewikkelde planning en logistiek

In alle regio's was het inplannen van VG'en complex vanwege beperkte en wisselende beschikbaarheid van verkenner, en (in sommige gevallen) zelfroosting. Geïnterviewden beschrijven het als een 'grote puzzel' en vragen zich af of het model schaalbaar is (immers, hoe meer gesprekken, hoe complexer de planningsopgave). In een regio werd ook opgemerkt dat de pool van verkenner nog te klein was, wat belemmerend werkte in het uitvoeren van het VG. Het is belangrijk dat er voor deze belemmeringen oplossingen worden gevonden. Voor het stroomlijnen van het proces rond het VG is vermoedelijk blijvend een lokale coördinator nodig en een secretariaat. Dit gaat vooral relevant worden bij opschaling naar grotere aantallen gesprekken.

Dat logistieke verhaal, daar zou nog wel verbetering kunnen. (Verkenner, regio Groningen)

Het plannen en organiseren is af en toe een crime. Je hebt te vaak dat afspraken weer verzet moeten worden. (Verkenner, regio de Liemers).

Financiering en niveau-eis ervaringsdeskundige

Ten tijde van de pilots was in sommige regio's de financiering van sociaal-domein inzet onvoldoende geborgd. Zo konden in de Liemers de verkenner vanuit sociaal domein maar zes VG'en vergoed krijgen, terwijl er meer aanmeldingen waren. Ook de financiering van ervaringsdeskundigheid was nog niet goed geregeld. Hoewel vrijwel alle geïnterviewden denken dat ervaringsdeskundigen misschien wel de beste competenties hebben om het VG te voeren (zie ook paragraaf 3.2.2), was het niet eenvoudig om in de praktijk te regelen dat zij de rol van verkenner op zich kunnen nemen. Dit kwam doordat de landelijke eis was dat de inzet van een ervaringsdeskundige alleen gefinancierd werd als deze niveau 6 bezit. Niveau-6 ervaringsdeskundigen zijn er echter bijna niet. Dit wordt als zeer belemmerend ervaren. Betrokkenen pleiten bij opschaling voor betere borging van sociaal-domeininzet en structurele financiering van ervaringsdeskundigheid.

Uiteindelijk gaat het toch over het geld. Wie gaat wat doen hè? De psycholoog, dat wordt een betaaltitel vanuit de Zvw, maar sociaal domein, dat is een betaaltitel vanuit de gemeente en dan ben je echt wel afhankelijk van de gecontracteerde partijen. En de ene gemeente houdt dat in zijn eigen gelederen en de andere besteedt het uit aan de welzijnsorganisaties of aan ons als cliëntondersteuner of andere cliëntondersteunende organisaties. Maar dat is gewoon niet goed geregeld binnen het verkennende gesprek. (Verkenner, regio 't Gooi).

Bij de ervaringskundige zit er nog wat ruis. In het ZPM kan niveau 5 ervaringsdeskundigheid gewoon ingekocht worden, maar voor het verkennend gesprek vragen ze in de veldnorm om niveau 6 ervaringsdeskundigen. Dat is een opleiding die nog niet bestaat. (Verkenner, regio de Liemers).

Overdreven nadruk op afbuigen

Betrokkenen gaven aan dat het een valkuil kan zijn om het VG puur als een instrument voor afbuiging te zien. De focus moet volgens hen liggen op passendheid. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met het feit dat het voorliggend veld/sociaal domein niet elke hulpvraag kan 'oppakken', onder andere door het ontbreken van expertise en (voldoende) passende voorzieningen. Volgens betrokkenen bestaat er geen consensus over wat het voorveld wel en niet zou moeten aankunnen/ oppakken qua problematiek. Dat werkt in de praktijk belemmerend en maakt de afbuigingsoperatie kwetsbaar.

Wij worstelen er ook wel heel erg mee dat we sowieso merken in het voorliggend veld dat er steeds meer een verschuiving gemaakt wordt. Maar wat is dan problematiek die wij aankunnen en waar stopt het? Wij [maatschappelijk werk] denken echt altijd in een kop en een staart, een kortdurend traject waarin je in een aantal gesprekken iemand weer op de rit hebt. En dat betekent dat iemand het zelf weer kan, dus er moet ook sprake zijn van enige leerbaarheid. En daar kunnen we heel veel in doen, maar wij zijn één uur in de twee à drie weken voor iemand beschikbaar. Heb je meer nodig, moet je niet bij ons zijn. (Verkenner, regio de Liemers).

Sommige hulpvragers willen (per se) een oplossing vanuit de ggz

Betrokkenen gaven aan dat de culturele transformatie die nodig is om het VG goed te laten werken nog achterblijft. Dat wil zeggen, cultureel gezien worden mentale klachten gemedicaliseerd en gezien als iets dat 'gefixt' moet worden. Daarom willen veel mensen in therapie. Het werkt belemmerend in het VG als mensen met een vaste overtuiging het gesprek in gaan.

Maar dat is gewoon maatschappelijk ook iets. Alles moet goed zijn ofzo. En dat los ik dan niet op, denk ik dan maar, maar dat is wel wat we uitdragen dat dingen heel normaal zijn. (Verkenner, regio de Liemers).

Terugkoppeling ontbreekt

Dit punt hangt samen met het laatste punt onder paragraaf 3.2.2. Hoewel inherent verbonden aan de opzet van het VG, ervoeren sommige betrokkenen het feit dat het VG een eenmalig gesprek is en er geen terugkoppeling wordt gegeven over de opvolging na het VG, als belemmerend. Hierdoor hadden verkenners namelijk geen zicht op de juistheid van hun advies, en ontbrak het leereffect. Soms was een eenmalig gesprek duidelijk te beperkt. Betrokkenen vonden de strikte opdracht om het bij één gesprek te houden soms belemmerend.

Een eenmalig gesprek is eigenlijk te beperkend. (Verkenner, regio Groningen).

Nou we weten het meestal niet. Daar hebben we dus geen zicht op, wij krijgen ook niet teruggekoppeld van: dat was een goed advies of dat was een goede verwijzing. Of nu denkt de verwijzer: wat fijn dat jullie dit allemaal hebben voorgewerkt. (Verkenner, regio 't Gooi).

Onbedoelde dominantie van medisch domein

Tot slot, hoewel de sociaal-domein verkenners die wij spraken vooral heel positief waren over de samenwerking met professionals uit de ggz binnen het VG, gaven een aantal van hen wel waarschuwingen mee. Zij gaven aan dat ggz-professionals vaak van huis uit een ander perspectief hebben: meer medisch en 'beoordelend'. Voor hen vraagt het meer verandering in hun werkwijze. Betrokkenen zien een (onbedoelde) dominantie van een medische visie als een potentieel

risico. Eén van de twee geïnterviewde hulpvragers had de ervaring dat het gesprek niet echt heel 'breed' gevoerd werd en dat er veel 'medische taal' in het eindadvies stond, waar ze best van schrok. Deze ervaring lijkt haaks te staan op de bedoeling van het VG. Dit risico kan mogelijk ondervangen worden door goede, gezamenlijke voorbereiding.

We hebben nabesprekingen gedaan. Nou in groepjes dat het een beetje gemixt was. Nou. Het was allemaal veel medischer en veel meer het beoordelen. Terwijl ik dacht, waarom vragen we niet eens gewoon, wat doe je de hele dag? Ja en dat hebben we ook al besproken tijdens de training. Het is nog steeds zo dat wij de andere vragen stellen. (Verkenner, regio de Liemers).

Ik denk niet dat het breed was... 80% ging over één onderwerp. Dat is best wel schrikken als je medische termen over jezelf leest, zonder toelichting. (Hulpvrager, regio 't Gooi).

3.3 Wat levert het VG op?

In de interviews kwamen verschillende vormen van (potentiële) meerwaarde naar voren: voor hulpvragers, voor professionals en voor wachttijden. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen beschreven.

3.3.1 Meerwaarde voor de hulpvrager

Volgens verkenners zit de meerwaarde van het VG voor hulpvragers bovenal in het gehoord en gezien worden. Zij zijn ervan overtuigd – en hebben dit ook ervaren in hun contacten met hulpvragers - dat het VG echt kan zorgen voor een setting waarin een meer persoonsgerichte benadering mogelijk wordt. Dit heeft te maken met de normaliserende en demedicaliserende sfeer die wordt nagestreefd (zie paragraaf 3.2.1). Dit zorgt voor erkenning en ruimte voor inzicht, reflectie en een breder perspectief op ervaren klachten. Dit is echt anders dan een intakegesprek in een hulpverleningstraject. Ook benadrukken verkenners dat de meerwaarde ligt in de (vaak verrassende) inzichten, tips en oplossingsrichtingen die tijdens het VG naar voren komen. Soms zorgt dit voor een soort doorbraakmoment bij de hulpvrager, omdat het kernprobleem of patronen opeens wordt/worden benoemd, wat leidt tot nieuw perspectief en hoop. Ook weten mensen voordat ze het gesprek hebben vaak niet goed wat er mogelijk is in het voorliggend veld; het VG brengt die kennis naar hulpvragers toe. Voor hulpvragers zorgt dit voor overzicht en minder frustratie in de zoektocht naar hulp/verandering. De hulpvrager wordt ook veel transparanter ingelicht over wat ze kunnen verwachten van de ggz, ook in termen van wachttijden³⁸.

38 Verkenners benadrukken dat positieve meerwaarde voor hulpvragers alleen ontstaat als het daadwerkelijk lukt om persoonsgericht en demedicaliserend te werken. Als een verkennend gesprek toch te veel wordt gedomineerd door medische/psychologische taal, dan heeft het geen meerwaarde ten opzichte van bestaande procedures.

Ik had een gesprek en die vrouw die kende ik toevallig uit het verleden en zij had haar situatie uitgelegd. En toen dachten wij: dit is wel iemand die bij de ontmoetingsgroep goed op haar plek zal zijn. Dus we hebben aan haar uitgelegd wat die groep dan precies inhield. En toen zei ze van: "Oh, wat leuk". En: "Ik wist helemaal niet dat het bestond". Toen hebben we haar dus in contact gebracht met de betaalde kracht bij [welzijnsorganisatie] die de intakegesprekken voert. En nou, zij was gewoon helemaal blij en na een tijdje gaf ze aan dat ze helemaal op haar plek zat. Dus ja, dat is wel een voorbeeld van een positieve casus. (Verkenner, regio de Liemers).

Het feit dat het VG (als het goed is) leidt tot een daadwerkelijk passende vervolgstap (en dus niet tot stand komt vanuit een automatisme van doorverwijzen naar de ggz), is een volgende vorm van meerwaarde die wordt benoemd. Dat wordt door verkenners vooral gekoppeld aan de ervaring dat er regelmatig mensen naar de ggz worden verwezen waarbij vooral factoren in iemands omgeving bepalend lijken te zijn voor het ontstaan van psychische klachten. Een geïnterviewde verkenner geeft een illustratief voorbeeld van iemand die al bijna een jaar bij de crisisdienst zat met vermeende angstklachten, terwijl uiteindelijk een arbeidsconflict de echte oorzaak bleek. Bovendien is de kans groter dat een hulpvrager met meer eigen regie aan een vervolgstap begint als de keuze voor die vervolgstap veel meer in gezamenlijkheid is gemaakt. Hulpvragers krijgen immers een duidelijk advies, dat onderbouwd wordt door inzichten uit het gesprek. Zo houdt de hulpvrager meer regie in het proces en is deze vanaf de start meer betrokken bij het vervolg, ten opzichte van een verwijzing zonder een VG. Verkenners geven aan dat niet alle hulpvragers positief reageerden op het gesprek. Soms hadden hulpvragers het idee dat ze een richting op werden gestuurd die ze niet wilden. Ze wilden naar de ggz, maar kregen die verwijzing niet. Maar in het merendeel van de gevallen, was de ervaring volgens verkenners positief.

We hebben wel eens iemand binnengekregen die echt heel veel angst en paniek had. In het gesprek bleek dat daar ook een financiële kwestie onder lag, dus die hebben we in contact gebracht met het Financieel Trefpunt. Dat probleem is voor het grootste deel opgelost waarbij die persoon meteen ook lekkerder in zijn vel kwam te zitten. Dat is logisch. (Verkenner, regio de Liemers).

In de gevallen wanneer mensen die het VG aangeboden kregen al op een ggz-wachlijst stonden, was er wel iets meer twijfel over de meerwaarde. Daar vroegen verkenners zich af waarom ze iemand eigenlijk weer moesten belasten met zijn hele verhaal moeten vertellen, terwijl ze al wisten dat hier verder niet uit zou komen behalve dat iemand op de wachlijst blijft staan.

Nou er was een een vrouw en die stond al best wel lang op de wachlijst en die kwam al gelijk binnen van: "ja, ik ga niet nog een keer mijn verhaal vertellen, want dat heb ik al zo vaak gedaan". (..) Ja en die hebben we eigenlijk gewoon op de wachlijst laten staan. Maar die vrouw had dus geen zin om haar verhaal weer helemaal opnieuw te vertellen, want die was al helemaal het vertrouwen kwijt in de zorg. Die had al een redelijk negatieve houding toen ze binnenkwam. (Verkenner, regio de Liemers).

Het is jammer dat wij slechts twee hulpvragers konden spreken over hun ervaringen met het VG. Desalniettemin kunnen we enige bevindingen over de door hen ervaren meerwaarde delen. De twee geïnterviewde hulpvragers geven beiden aan het VG als waardevol te hebben ervaren. Voor de ene hulpvrager bracht het gesprek vooral wat rust en vertrouwen. Het gesprek hielp haar de stap naar gespecialiseerde zorg beter te begrijpen en het voelde als een laagdrempelige kennismaking buiten een formele intake. De meerwaarde voor de andere hulpvrager zat in het gehoord en gezien worden. Zij had de ervaring dat zij drie keer eerder een intake heeft gehad en daarna weer naar iemand anders werd verwezen of doorgestuurd, waar zij dan weer haar hele verhaal moest doen. Zij heeft het gevoel dat ze tijdens het VG wel meteen op het goede spoor is gezet. In beide gevallen gaf het VG perspectief in een situatie van stagnatie.

Het was zo eigenlijk gewoon zo fijn dat dat er mensen zijn die je begrepen. Dat idee had ik: dat ik mij begrepen voelde en niet van 'we zien niks aan je, waarom werk je niet en dat soort dingen'. (...) Je wordt gehoord door mensen die in het vakgebied zitten. Dat vind ik ja, dat vond ik gewoon fijn. Dat je dus niet eerst van kastje naar de muur wordt gestuurd en daar weer je verhaal doet en weer je verhaal doet. Nu word je wel gelijk op de goede spoor gezet. (Hulpvrager, regio de Liemers).

Samenvattend zijn betrokkenen ervan overtuigd dat hulpvragers sneller op een passende route terechtkomen, zonder onnodige medicalisering. Wel moet de kanttekening worden geplaatst dat ook vanuit onze interviews geen uitspraken kunnen worden gedaan over of deze vormen van meerwaarde daadwerkelijk ontstaan, en of het VG op langere termijn daadwerkelijk tot meer passende zorg of ondersteuning leidt.

3.3.2 Meerwaarde voor de professional

Uit de interviews kwam naar voren dat de belangrijkste meerwaarde van het VG voor professionals is dat het heel leerzaam en verrijkend is. Allereerst komen ze in contact met één of meerdere professionals uit andere domeinen, die vanuit een ander paradigma werken. Verkenners gaven aan dat hun blikveld hierdoor wordt verruimd, en dat dit ook zorgt voor een beter overzicht van alle verschillende mogelijkheden die er zijn om te werken aan mentale gezondheid en welzijn. De samenwerking met andere instanties in de regio of buurt wordt daardoor ook laagdrempeliger en eenvoudiger. Professionals en instanties weten simpelweg beter wat iedereen eigenlijk doet, waardoor er ook meer waardering en respect ontstaat voor elkaar. Ook leren verkenners van de gesprekken zelf. Door met hulpvragers te spreken vanuit een brede blik, leren verkenners hoe psychische/mentale problemen ingebed zijn in een context. Het breder kijken, en samenwerken met andere verkenners, zorgde ervoor dat ze de mens konden zien, zonder beïnvloeding door een vooraf bepaald kader of dossier. Net als voor hulpvragers kan het VG ook voor professionals voor nieuwe inzichten zorgen, met name door de bredere beeldvorming³⁹. Ook het niet-sturende karakter van de werkwijze van het VG werd door verkenners als meerwaarde benoemd. Hoewel het soms moeilijk is om 'niet meteen je expertise in te zetten' (dit gold vooral voor ggz-professionals), vond men het heel leerzaam om eens vanuit een meer open houding het gesprek te voeren. Door de bredere blik en samenwerking was men alerter op wat lokaal mogelijk is en

39 Dit het sterkst benadrukt door verkenners die samenwerkten met een ervaringsdeskundige.

konden patronen van 'rondcirkelen in het systeem' worden doorbroken. Een verkenner beschrijft dat het VG haar eigen manier van werken beïnvloedt, zelfs in de privésfeer, waarbij de kern is dat zij ervan leert om zonder oordeel in contact te staan met anderen. Veel verkenners vonden het ook gewoon leuk om te doen. Ook huisartsen vinden het prettig dat twijfelgevallen ergens belegd kunnen worden.

Nou, ik vind de samenwerking met iemand in het voorveld een enorme verrijking, alleen al gewoon om je bewust te zijn van de dingen die zij weet over wat er in het voorveld allemaal kan. Ja, die weet ik allemaal ergens wel, maar het is gewoon niet mijn dagelijkse cup of tea, dus het maakt meteen dat je op een andere manier vragen gaat stellen. (Verkenner, regio 't Gooi).

Het is voor beide partijen positief om te merken hoe goed de kwaliteit van de ander is. Ggz-professionals zeggen: ik ben verrast, ze kunnen eigenlijk best wel wat. En andersom ook: sociaal werkers komen erachter dat ggz'ers niet alleen maar binnen hun protocolletjes denken. (Verkenner, Midden Holland).

Paar jaar terug hoefde ik het niet te proberen hoor om met iemand van de ggz vanuit mijn rol in overleg te komen. En dan werd mij van daaruit wel even verteld wat ik allemaal moest doen in het afschalen, zeg maar. En dat vind ik wel veranderen. (Verkenner, regio de Liemers).

Enkele verkenners waren iets minder overtuigd van de meerwaarde voor professionals. Sommige verkenners vanuit het sociaal domein gaven aan dat het gesprek niet veel anders is dan wat ze normaal doen in hun reguliere werk als maatschappelijk werker. In een ander geval had het gevoel van beperkte meerwaarde te maken met een gebrek aan voorbereiding en afstemming met haar collega-verkenner. Dit werd echt als belemmerend ervaren. Een andere verkenner riep tijdens het interview de vraag op of het VG de meest efficiënte inzet van personeel is.

Het heeft zeker wel meerwaarde, maar het is voor mij niet een heel groot verschil met mijn dagelijkse werk. Zeg maar, het enige verschil is dat ik geen niet per definitie ervan uitga dat er een traject voor mij uitkomt. Die beweging naar dat normale? Ja, dat dat is voor ons heel vanzelfsprekend. (Verkenner, regio de Liemers).

Ja iemand die niet zo goed in zijn vel zit, niet goed slaapt, zich rot voelt, dan naar de huisarts gaat, eigenlijk voor een verwijzing naar een psycholoog en die dan bij een verkennend gesprek wordt aangemeld bij ons. (..) Dat is een beetje het grijze gebied, want het maatschappelijk werk is er eigenlijk altijd al geweest. Juist voor dit soort casussen. Dus waarom zou je er dan iets apart voor organiseren? Overal is maatschappelijk werk. Dat is gewoon algemene voorziening. (Verkenner, regio de Liemers).

Ik dat het meerwaarde heeft, anders zijn we iets in het leven aan het roepen wat eigenlijk alleen maar een extra ding is. Wat voor mensen die hulp vragen heel veel energie kost en voor de andere partij tijd en geld. (Verkenner, regio Midden-Holland).

Samenvattend profiteren professionals van het VG doordat het gesprek hen helpt scherper te kijken naar de hulpvraag. Ze zien hoe een meer holistische aanpak effectief kan zijn en hoe ze zelf vaak maar een klein deel van de oplossing zijn. Het gesprek stimuleert ook samenwerking tussen domeinen; ggz-professionals krijgen hierdoor meer vertrouwen in wat het sociaal domein kan bieden, en andersom. Daarbij kan gesteld worden dat er nog wel vragen leven over de meerwaarde van het VG.

3.3.3 Meerwaarde voor de aanpak van wachttijden / toegankelijkheid ggz

In de interviews kwam naar voren dat verkenner verwachten dat het VG kan bijdragen aan kortere wachttijden. Zij denken dat het gesprek zorgt voor betere verwijzingen, minder mismatch, minder onnodige ggz-intakes, en meer en eerdere inzet van het voorveld, wat op termijn zal zorgen voor een lagere druk op de ggz. Veel verkenner hebben ook in de praktijk ervaren dat een deel van de hulpvragers middels het VG kon worden 'afgebogen' naar andere vormen van hulp en ondersteuning; een observatie die deze hypothese ondersteunt. In de Liemers was een (kleine) verkorting van wachttijden zelfs zichtbaar ten tijde van de pilot. Ook de twee hulpvragers die we spraken gaven aan dat zij niet hebben hoeven wachten.

Ik denk dat het klopt dat dit winst oplevert. Ook doordat we al daarvoor iets kunnen doen, waardoor de problematiek minder heftig wordt. (Verkenner, regio de Liemers).

We weten natuurlijk helemaal niet of over drie jaar of twee jaar, of misschien een half jaar de mensen die nu zijn afgebogen, weer terugkomen en alsnog naar de ggz gaan. Maar ik denk zeker diegenen die zijn afgebogen en die wel een bepaalde plek gevonden hebben dat je ze zich sterker en steviger hebt gemaakt. Daar geloof ik echt wel in. (Verkenner, regio de Liemers).

Toch waren de meeste betrokkenen ten tijde van het interview wel nog voorzichtig met uitspraken over meerwaarde ten aanzien van wachttijden. Ze hadden er vaak geen goed zicht op, of ze vermoedden dat het nog om te kleine aantallen ging. Ook zagen ze dat de doelgroep van het VG vaak complexe problemen had, waarbij het niet zeker is dat de gekozen richting op langere termijn ook goed uitpakt. Enkele verkenner gaven aan dat het uitvoeren van VG'en (in de pilotfase) ook erg arbeidsintensief is, waardoor het de vraag is of de ggz er netto mee opschiet. En sommigen benoemden het risico op het verplaatsen van wachttijden naar het sociaal domein. Veel geïnterviewden benadrukten dat het VG vermoedelijk niet hét antwoord is. Veel geïnterviewden vonden dat bij het beoordelen van de meerwaarde van het VG niet te veel naar directe effecten op de wachtlijst moet worden gekeken. "Het belangrijkste is dat mensen gehoord worden," aldus één van de geïnterviewden.

Ik weet niet of het direct de wachttijd verkort. Het is nu gigantisch arbeidsintensief. Maar als het goed uitgerold wordt en een breed publiek bedient, kan je over langere tijd misschien zeggen: ja, het is verkort. (Verkenner, regio 't Gooi).

Ik weet eigenlijk niet of de beweging waar ik nu aan meewerk over 10 jaar zinnig blijkt. Misschien verplaatsen we het probleem alleen. (Verkenner, regio Midden-Holland).

Je moet het niet alleen in het verkennend gesprek zoeken. Wachttijden hebben verschillende oorzaken. (Verkenner, regio de Liemers).

In Groningen (Stadskanaal) werd het VG aangeboden aan mensen op de wachtlijst. In deze pilot viel op dat de meesten op de wachtlijst bleven staan en het VG in zichzelf niet leidde tot kortere wachttijden. Opvallend genoeg was het simpelweg nabellen van de wachtlijst om te kijken welke personen eigenlijk geen hulp meer nodig hadden, effectiever. Hierdoor daalde de wachtlijst in Stadskanaal wél.

3.4 Samenvatting resultaten uit interviews

Het concept Verkennend Gesprek (VG) wordt breed gedragen, maar verschillend geïnterpreteerd. Over het overkoepelende doel denkt iedereen vergelijkbaar: een breed, vraagverhelderend gesprek dat moet leiden tot passende hulp (in de ggz of het sociaal domein). In de praktijk bestaan echter verschillende interpretaties: een meer instrumentele opvatting die gericht is op het scherp krijgen van de hulpvraag en passende doorverwijzing en een meer relationele opvatting, gericht op luisteren, erkenning, normalisering, eigen regie en activering. Deze verschillen lijken deels samen te hangen met achtergrond van verkenner en met wie de lead heeft in het organiseren van de gesprekken. De duo-opzet (sociaal en medisch) helpt om deze perspectieven te verbinden, maar dat werkt alleen goed als er sprake is van gelijkwaardigheid.

Ten tweede kunnen we concluderen dat er variatie is in de doelgroep voor wie een VG wordt aangevraagd. In Groningen (Stadkanaal) is gestart met de inzet van het VG voor vooral mensen op de ggz-wachtlijst (maar dit werkte verwarrend en was volgens betrokkenen eigenlijk te laat in het proces). In de andere regio's was er een bredere inzet van het VG, onder andere bij onduidelijke problematiek, multiproblematiek, terugkerende hulpvragen of wanneer huisartsen twijfelen. Alle betrokkenen vinden dat het VG in principe voor veel verschillende doelgroepen nuttig kan zijn, maar dat het goed zou zijn als het proces van wie er wordt uitgenodigd iets meer wordt gestroomlijnd. Onvoldoende duidelijkheid bij aanvragers over voor wie het VG is, zorgt ook voor onduidelijkheid richting inwoners over waarom ze voor een VG worden uitgenodigd, wat onwenselijk is. In sommige regio's werden personen vanuit de ggz 'opgeroepen' voor het VG. Dit draagt bij aan verwarring over het doel ("is dit mijn intake?"), en werkte belemmerend.

Met betrekking tot uitvoering van het gesprek zijn er veel overeenkomende principes te destilleren uit de interviews, maar ook verschillen. Wat overal terugkomt is dat voor het VG een duur van 45 tot 90 minuten wordt gehanteerd. Deze (langere) tijdsduur wordt breed gezien als voorwaarde

voor verdieping en zorgvuldigheid. Soms is het echter nog steeds niet voldoende om echt tot een goede richting te komen. Zorginhoudelijk werkt 'aansluiten bij de persoon' tijdens het gesprek, zonder strak format, volgens betrokkenen het beste. Er worden in regio's verschillende keuzes gemaakt over of de gesprekken digitaal of fysiek worden uitgevoerd, wat allebei voor en nadelen heeft. Bij fysieke gesprekken is de locatiekeuze van belang: niet-medische, huiselijke plekken bevorderen veiligheid en daarmee een goed gesprek. Er zijn verschillen in de mate van nazorg: in één regio werden mensen warm overgedragen of tijdelijk begeleid door één van de verkenners; elders was het echt een eenmalig gesprek zonder opvolging. Voor hulpvragers kan het lastig zijn om zelf de afgesproken vervolgstap te zetten, zonder hulp of ondersteuning daarbij.

Een derde conclusie kan getrokken worden over werkzame elementen en bevorderende factoren. Die zijn vrij duidelijk en consistent. Drie kernmechanismen komen overal naar voren:

- 1 Tijd en verdieping, wat leidt tot ruimte voor een breder verhaal en betere duiding.
- 2 Normaliserende en krachtgerichte benadering, wat medicalisering doorbreekt, wachtstand voorkomt en regie en perspectief creëert.
- 3 Duo-aanpak, wat zorgt voor blikverbreding en domeinoverstijgende samenwerking.

Bevorderende factoren zijn onder andere training, persoonsgerichte competenties van verkenners, betrokkenheid van ervaringsdeskundigheid en goede kennis van het voorliggend veld. Belemmeringen zijn vooral organisatorisch en structureel van aard. Zo zorgt onvoldoende of onduidelijke informatie richting inwoners en huisartsen voor beperkt draagvlak. Andere factoren zijn het gebrek aan landelijke uniformiteit (training, kwaliteitscriteria, doelgroep-definitie), de complexe logistiek van het inplannen van duo's, en de niet optimale borging van de financiering van sociaal domein en ervaringsdeskundigen, wat opschaling lastig maakt. Aandachtspunten zijn het goed laten functioneren van duo's. Hiervoor is goede voorbereiding en afstemming van visie en werkwijze nodig. Een gebrek hieraan kan leiden tot ineffectieve gesprekken. Tot slot blijft medische dominantie een risico (vooral in regio's waar ggz leidend is in de organisatie van gesprekken).

De meerwaarde van het VG voor hulpvragers zit vooral in de erkenning, het perspectief dat gecreëerd wordt. Mensen voelen zich gehoord, gezien en niet-medisch benaderd. Het VG voorkomt "van kastje naar muur" gestuurd worden en geeft vaak direct inzicht, tips en een passend vervolg, al is het voor geïnterviewden moeilijk met zekerheid te zeggen dat het VG daadwerkelijk tot passende routes leidt. De waardering van het VG is het hoogst als er duidelijkheid over vervolgstappen is, er sprake van warme overdracht of opvolging door de verkenner is. Het VG lijkt minder zinvol voor mensen die al lang op de wachtlijst staan.

De meerwaarde voor professionals zit in de leerkans die ontstaat door het samenwerken. Verkenners ervaren het VG als verrijking van hun blik en leren breder te kijken. Bijkomend effect is dat de samenwerking tussen domeinen laagdrempeliger wordt en het respect over en weer groeit. Toch wordt het VG niet voor iedereen als even vernieuwend ervaren (sociaal werkers voeren dit type gesprekken al), maar in het algemeen wordt het als positief, leerzaam en zinvol ervaren.

Als het gaat over het effect op wachttijden bestaat er voorzichtig optimisme, maar betrokkenen doen hierover nog geen harde uitspraken. Verkenner verwachten dat het VG op langere termijn de ggz-druk vermindert door betere triage, minder mismatch, meer afbuigen naar sociaal domein en versterking van de eigen regie. Maar, de aantallen zijn nog klein, de doelgroep is vaak complex en er bestaat een risico op verplaatsing van wachttijden naar het sociaal domein. Een opvallend inzicht is dat in Groningen (Staskanaal) het simpelweg nabellen van wachtlijsten beter werkte dan het VG zelf, als het gaat om het laten dalen van wachttijden.

4 Algemene samenvatting



In dit laatste hoofdstuk vatten we de belangrijkste resultaten uit de documentenstudie en interviews samen.

4.1 Uitvoering van het VG

Uit de beschreven pilots in Versnellers-regio's en onze eigen aanvullende interviews met betrokkenen uit vier regio's (waarvan één overlappende regio, Achterhoek-de Liemers) komt het beeld naar voren dat er ten tijde van de pilots overeenkomsten bestonden in de uitvoering van het VG, en ook enkele, serieuze verschillen.

Over het overkoepelende doel van het VG bestond brede overeenstemming. Het wordt uitgelegd als een breed, vraagverhelderend gesprek dat moet leiden tot passende hulp (in de ggz, het sociaal domein, de huisartsenpraktijk of het eigen informele netwerk). Uit de interviews bleken wel verschillende nuances/ interpretaties. We zagen een meer instrumentele opvatting die gericht is op het scherp krijgen van de hulpvraag en passende doorverwijzing en een meer relationele opvatting, gericht op luisteren, erkenning, normalisering, eigen regie en activering. Deze verschillen lijken deels samen te hangen met de achtergrond van de betrokken verkenners en met welke discipline de lead had in het organiseren van de gesprekken. De duo-opzet met twee gesprekvoerders uit verschillende domeinen helpt om deze perspectieven te verbinden.

De positionering van het VG varieerde tussen regio's. In de meeste regio's was het VG een verlengstuk van de huisarts/ POH-ggz. Dat wil zeggen: de huisarts vraagt aan, en het VG leidt tot een advies dat teruggaat naar de huisarts. In enkele regio's was de positionering anders. Zo zagen we positionering ná ggz-verwijzing (o.a. mensen op de wachtlijst) en inbedding van het VG in een zogeheten toeleidingspunt (TP) dat gepositioneerd was tussen huisartsenzorg en ggz. In dat laatste geval nam het TP de eventuele ggz-verwijzing vanuit een VG op zich, dit werd niet weer eerst teruggelegd bij de huisarts. In een enkele regio konden inwoners ook via het sociaal domein en de ggz naar het VG worden verwezen. Over het algemeen bestond er ten tijde van de pilots (nog) geen afgebakende, duidelijke doelgroep voor het VG. Het werd onder andere aangevraagd bij onduidelijke problematiek, multi-problematiek, terugkerende hulpvragen of twijfel bij de huisarts.

Gesprekken werden doorgaans gevoerd door een koppel van verkenners met een achtergrond in de ggz, het sociaal domein en ervaringsdeskundigheid. Welke combinaties er werden gemaakt, was verschillend in de regio's. In een enkel geval was de POH-ggz ook betrokken als verkenner. Wat overal terugkomt is dat voor het VG een duur van 45 tot 90 minuten werd gehanteerd. Deze (langere) tijdsduur wordt breed gezien als voorwaarde voor verdieping en zorgvuldigheid. In de meeste regio's werd doorgaans één gesprek gevoerd met de hulpvrager. In enkele gevallen werd er een tweede gesprek gehouden (bijv. in de pilot in Zwolle-Zuid was dit gebruikelijker). Dit om een vervolgadvis op te stellen, uitgaande van een brede verkenning in het eerste gesprek.

Voor het gesprek werd doorgaans geen vast format gebruikt. Verkenner benadrukten dat het aansluiten bij de persoon tijdens het gesprek, zonder strak format, het beste werkt. Er werden in regio's verschillende keuzes gemaakt over of de gesprekken digitaal of fysiek werden uitgevoerd, wat allebei voor- en nadelen heeft. Bij fysieke gesprekken is locatiekeuze van belang: niet-medische, huiselijke plekken bevorderen veiligheid en daarmee een goed gesprek. Bij digitale gesprekken lijkt de kans op 'no show' groter. Er waren verschillen in de mate van en manier waarop 'nazorg'/ opvolging vorm kreeg: in één regio werden mensen warm overgedragen of tijdelijk begeleid door een verkenner; elders was het echt een eenmalig gesprek zonder opvolging. Aangegeven werd dat het voor hulpvragers lastig kan zijn om zelf de afgesproken vervolgstap te zetten, zonder hulp of ondersteuning daarbij.

4.2 Wat werkt in de uitvoering?

Uit de documentenstudie en interviews kan worden opgemaakt dat de ervaringen met het VG overwegend positief zijn. Betrokkenen hebben het idee dat het VG werkzaam is in het bereiken van het doel (brede vraagverkenning om te komen tot passende zorg of ondersteuning). Het VG leunt daarbij op een drietal werkzame elementen:

- De tijd en verdieping, wat leidt tot ruimte voor een breder verhaal en betere duiding.
- De normaliserende en krachtgerichte benadering, wat medicalisering doorbreekt, wachtstand voorkómt, en regie en perspectief creëert.
- De duo-aanpak, wat blikverbreding faciliteert en domeinoverstijgende samenwerking verbetert.

Daarnaast kunnen verschillende bevorderende factoren voor de uitvoering worden gedestilleerd uit de documenten en de interviews, waaronder: goede training, een betrokken kartrekker/coördinator, persoonsgerichte competenties van verkenner, betrokkenheid van ervaringsdeskundige verkenner, goede afstemming van visie en werkwijze in de duo's van verkenner, stimuleren van het meenemen van een naaste, en goede kennis van het voorliggend veld.

Ondanks de overwegend positieve ervaringen kunnen vanuit de documenten en interviews ook diverse aandachtspunten worden geïdentificeerd, die met name van belang zijn bij verdere doorontwikkeling en opschaling van het VG.

4.3 Algemene aandachtspunten in de uitvoering

De documentenstudie en interviews wezen op een aantal fundamentele aandachtspunten. Allereerst de positionering van het VG. Hierin zijn keuzes te maken die ook de precieze functie van het VG lijken te beïnvloeden. Zo was in de pilots in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland het VG (als centraal onderdeel van het TP) gepositioneerd tussen de huisartsenpraktijk en de ggz; het VG had een advies- en verwijfsfunctie. Uit de evaluatie van de pilots bleek bij betrokkenen de behoefte te bestaan om in de toekomst het VG dichtbij of naast de huisartsenpraktijk te positioneren als een adviesfunctie voor de huisarts en POH-ggz. Ook uit onze interviews bleek hier een brede voorkeur voor. Inzet van het VG via een verwijzing naar de ggz, of als mensen al op de wachtlijst

stonen, kwam in zowel de documenten als interviews naar voren als niet wenselijk, vanuit de ervaring dat het VG dan geen of minder meerwaarde had, vooral ook omdat een verwijzing bij hulpvragers de verwachting schepte dat een behandeling in de ggz de vervolgstap zou zijn⁴⁰.

Een ander belangrijk aandachtspunt, samenhangend met de positionering, is de doelgroep van het VG. Als gekeken wordt naar de huisartsenpraktijk – de belangrijkste aanmeldroute naar het VG – geven de resultaten uit zowel de documenten als de interviews aan dat onder huisartsen en POH's-ggz hierover geen duidelijke consensus bestaat. Zo bleek uit de pilots in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland dat het type en het aantal aanmeldingen voor het VG sterk varieerde tussen huisartsen. Verder benoemden deelnemende huisartsen een variëteit aan groepen hulpvragers voor wie het VG zinvol kan zijn; een bevinding die we ook terugzagen in onze aanvullende interviews. Een ander voorbeeld is dat uit de pilot in de Liemers naar voren kwam dat sommige huisartsen vonden dat het VG zo breed mogelijk ingezet zou moeten worden, terwijl andere huisartsen juist een voorkeur hadden om het gericht te gebruiken bij alleen hulpvragers die anders waarschijnlijk op een wachtlijst voor de ggz terecht zouden komen. Door het ontbreken van een duidelijke consensus is het nodig om te verduidelijken welke inwoners met welke hulpvragen in aanmerking komen voor het VG, zeker als het VG in een regio als adviesfunctie voor huisartsen en POH's-ggz wordt gepositioneerd. Onvoldoende duidelijkheid bij aanvragers over voor wie het VG is (of in het verlengde hiervan wat de functie is), kan zorgen voor onduidelijkheid richting inwoners over waarom ze voor een VG worden uitgenodigd, wat onwenselijk is. De landelijke werkwijze voor de ontwikkeling van Mentale gezondheidsnetwerken geeft waarschijnlijk onvoldoende concrete handvatten, omdat de doelgroep van het VG daarin vrij globaal wordt beschreven, te weten personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Met betrekking tot de positionering en doelgroep van het VG is een andere vraag of inwoners óók vanuit het sociaal domein kunnen worden aangemeld voor het VG. In één regio was dit in de pilot een mogelijkheid, en in andere regio's was dit een wens bij de doorontwikkeling.

Verder komt uit de documenten en interviews naar voren dat 'dubbeling' of 'herhaling' van gesprekken en stappen voor de inwoner⁴¹ moet worden voorkómen. Dat wil zeggen: het is belangrijk dat hulpvragers niet meerdere keren, aan verschillende mensen, hun verhaal moeten vertellen voor er iets in gang wordt gezet. Dit betekent dat er zorggedragen moet worden voor samenhang tussen het VG en andere functies en voorzieningen met deels dezelfde doelen. Het VG is de centrale functie van de Mentale gezondheidsnetwerken die in elke regio worden ingericht. Er zal een goede verbinding moeten zijn met de andere functies binnen de netwerken, te weten het transfermechanisme, het domeinoverstijgend casusoverleg, en informatievoorziening over het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio (inclusief wachttijden)⁴². Daarnaast gaat het

40 Het plaatsen van het VG naast de huisartsenpraktijk is een andere benadering dan in Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio) tijdens het aldaar uitgevoerde actieonderzoek in de periode januari 2022-maart 2024. Toentertijd was het VG gepositioneerd binnen de mentale gezondheidscentra, die onderdeel zijn van GGZ Breburg, de ggz-kerninstelling in de regio. Vanaf 2024 werd met vrijwel iedere hulpvragers die was aangemeld voor de ggz een VG gevoerd in een mentaal gezondheidscentrum. Met een dergelijke positionering had het VG meer een functie als 'voordeur' van de ggz, en minder een adviesfunctie voor de huisarts en POH-ggz.

41 Een concreet voorbeeld uit de regio Arnhem en Nijmegen was een lange route door elkaar opvolgende gesprekken met de huisarts, de POH-ggz en de verkenner.

42 In de toelidingspunten in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland werd het VG al gecombineerd met informatievoorziening over het regionale ggz-aanbod (inclusief wachttijden).

om goede samenhang tussen het VG en al langer bestaande functies en voorzieningen, zoals brede gespreksvoering in de huisartsenpraktijk, de POH-ggz, consultatiefunctie ggz, Welzijn op Recept en laagdrempelige steunpunten. Het zal voor de huisarts en ook de POH-ggz duidelijk en overzichtelijk moeten zijn wanneer een hulpvrager in aanmerking komt voor welke functie of voorziening.

Ten slotte is het VG een nieuwe werkwijze waarin wordt samengewerkt tussen huisartsen en POH's-ggz, professionals vanuit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en ggz-professionals. Uit de documenten en interviews komt duidelijk naar voren dat allerlei randvoorwaarden (o.a. op organisatorisch, juridisch gebied en qua bemensing, taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, financiering, en dossiervoering en informatie-uitwisseling) geregeld dienen te zijn voor de doorontwikkeling en opschaling van het VG. Landelijke uniformiteit (m.b.t. training, kwaliteitscriteria, doelgroep-definitie) kan helpen, waarbij er wel ook ruimte moet blijven voor regionaal maatwerk. Daarbij wordt erop gewezen dat de extra administratieve belasting voor betrokkenen zo klein mogelijk moet worden gehouden en dat zoveel mogelijk gebruik moet worden gemaakt van bestaande verwijs- en registratiesystemen.

4.4 Aandachtspunten voor de toeleiding naar het VG

De documenten en interviews identificeerden een aantal aandachtspunten voor de toeleiding naar het VG. Zo wordt gewezen op het belang van het goed vooraf voorlichten van hulpvragers over het doel en de werkwijze van het VG. Dit voorkómt teleurstellingen (zoals dat het gesprek kan leiden tot een vervolgstap *buiten* de ggz) of verrassingen (zoals dat het gesprek met twee personen wordt gevoerd). Hiervoor is heldere, toegankelijke informatie nodig, het liefst zowel mondeling (door de aanvrager, en door degene die de afspraak inplant) en schriftelijk/digitaal (via de bevestigingsbrief). Het moet duidelijk zijn dat het geen intakegesprek is en dat de verkeners samen met de persoon gaan kijken naar andere mogelijkheden, om sneller hulp te krijgen. Goede voorlichting van de hulpvragers vereist ook dat verwijzers – doorgaans de huisarts en POH-ggz – goed zijn geïnformeerd. Ook wordt aangegeven dat vooraf in de voorlichting en communicatie zoveel mogelijk moet worden aangestuurd op het aansluiten van een naaste bij het VG. Dit omdat de meesten gesprekken zonder een naaste erbij werden gevoerd, terwijl de aanwezigheid van een naaste juist als waardevol werd ervaren.

Uit de documenten en interviews blijkt verder dat het inplannen van de VG'en veel tijd kost. Eén van de kernpremises van het VG is dat het sneller leidt tot passende zorg of ondersteuning. Deze veronderstelling valt of staat echter met de mogelijkheid om hulpvragers snel te benaderen voor een afspraak en deze ook op korte termijn in te plannen. Betrokkenen geven aan dat het 't best werkt als de hulpvrager direct, of in ieder geval binnen een week, wordt benaderd voor een afspraak. Daarvoor is een gestroomlijnd proces en voldoende beschikbaarheid van verkeners een voorwaarde. Dit vraagt bij de doorontwikkeling om voldoende menskracht hiervoor en een professioneel en gebruiksvriendelijk plannings- en registratiesysteem. In sommige pilots was sprake van relatief veel 'no-shows' of afspraken die werden afgezegd. Nagegaan moet worden hoe dit zoveel mogelijk kan worden voorkómen.

Ook het vergroten van de toegankelijkheid van het VG heeft aandacht. In de pilots zijn positieve ervaringen opgedaan met zowel face-to-face als digitale gespreksvoering. Tegelijkertijd werd duidelijk dat voor een deel van de hulpvragers een face-to-face variant het meest passend is, en voor een ander deel een online variant. Daarom wordt aanbevolen om ervoor te zorgen dat beide varianten mogelijk zijn, en dat de behoeften van de hulpvragers en naaste belangrijk zijn in het maken van de keuze tussen fysiek of online. Om de toegankelijkheid van het VG te vergroten wordt ook gewezen op het bieden van de mogelijkheid om het gesprek in andere talen dan het Nederlands te voeren.

4.5 Aandachtspunten voor het voeren van het VG

Uit de documenten en interviews volgden ook een aantal aandachtspunten voor de uitvoering van het VG. Zo dient geborgd te worden dat het gesprek wordt gevoerd met een integrale brede blik en vanuit inzichten over positieve gezondheid en herstelbevordering. In dat kader wordt het belangrijk gevonden dat deze gespreksbenadering door de verkenner wordt gedragen en dat zij hier ervaring in hebben en hierin zijn getraind. In diverse pilots was ondersteunend instrumentarium beschikbaar, zoals een gespreksleidraad of -vorm. Over het algemeen waren de ervaringen hiermee positief⁴³. Maar in de interviews werd wel benadrukt dat het 't beste werkt om er 'open' in te gaan, en dus niet te dogmatisch vast te houden aan een bepaalde methode. Ook moet er rekening mee gehouden worden dat sommige hulpvragers gewoon echt naar de ggz willen.

Een integrale benadering wordt ook gestimuleerd doordat twee verkenner met verschillende expertises het gesprek voeren. Hierbij wijzen de bevindingen wel op twee aandachtspunten. Ten eerste voldoende diversiteit binnen het team van verkenner. In dit opzicht viel op dat in sommige pilots ook POH's-ggz de rol van gespreksvoerder vervulden, en dat uit evaluaties van andere pilots bleek dat daar een behoefte aan bestond. Dit verschilt van de landelijke werkwijze waarin geen verkennerrol is weggelegd voor de POH-ggz (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024)⁴⁴. Aanvullend kwam uit de interviews naar voren dat het aansluiten van een ervaringsdeskundige veel meerwaarde heeft, maar dat dit nog onvoldoende financieel wordt ondersteund. Ten tweede geven de pilots aan dat het proces van het selecteren van een koppel van verkenner aandacht heeft. Voorwaardelijk is dat er vanuit de verschillende domeinen en expertises voldoende professionals beschikbaar zijn. Specifiek uit de interviews kwam naar voren dat de twee verkenner ook moeten matchen met elkaar. Als visie en werkwijze te veel verschillen kan dit leiden tot inefficiënte en ongemakkelijke gesprekken. Dit kan deels worden ondervangen door voldoende tijd uit te trekken voor afstemming en voorbereiding. Voorkómen moet worden dat de medische blik toch onbedoeld overheerst. Dit blijft een risico volgens betrokkenen. Een andere kwestie is hoe het beste een 'match' kan worden gemaakt tussen de hulpvraag van een inwoner en de expertises van de verkenner. Hierbij is de nog te beantwoorden achterliggende vraag in hoeverre ervaringen en uitkomsten van hulpvragers worden beïnvloed door gekozen koppels van verkenner met verschillende deskundigheden. In de pilots werd het toewijzen van verkenner verschillend ingevuld. Zo was dit in sommige pilots belegd bij de professional die

43 Met uitzondering van het gebruik van de vragenlijst Positieve Gezondheid, dat wisselend werd ervaren.

44 Volgens de werkwijze dient het VG gevoerd te worden door professionals uit ggz én sociaal domein, waarbij zoveel als mogelijk ook een ervaringsdeskundige uit ggz of sociaal domein aansluit.

ook verder een coördinerende rol had, terwijl in de pilots met een TP triagisten specifiek de taak hadden om verkenneren te selecteren. Het is onduidelijk in hoeverre de 'koppel'-keuzes vanuit inhoudelijke of praktische overwegingen werden gemaakt. Uit de evaluatie van enkele pilots kwam wel het advies om een ggz-professional standaard gespreksvoerder te laten zijn wanneer complexere psychische problematiek onderdeel is van de hulpvraag. Idealiter hebben de verwijzer en hulpvrager - waar mogelijk - ook inspraak in de selectie van verkenneren.

Tot slot is een aandachtspunt dat vooral uit de interviews naar voren kwam dat een overdreven nadruk op 'afbuigen' naar niet-ggz aanbod voorkómen moet worden. Betrokkenen geven aan dat het een valkuil kan zijn om het VG puur als een instrument voor afbuiging te zien. De focus moet liggen op passendheid van de aanbevolen vervolgstap gegeven de hulpvraag. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met het feit dat het voorliggend veld/sociaal domein niet elke hulpvraag kan oppakken, onder andere door het ontbreken van kennis en expertise. Volgens geïnterviewden bestaat er geen consensus over wat het voorveld wel en niet zou moeten aankunnen/oppakken qua problematiek.

4.6 Aandachtspunten voor de opvolging van het VG

Uit de documenten en interviews kwamen ook nog een aantal aandachtspunten naar voren voor de opvolging van het VG. Wanneer ggz de geadviseerde vervolgstap is na het VG, is het voor een gerichte verwijzing noodzakelijk dat er actuele en volledige informatie beschikbaar is over het regionale ggz-aanbod (inclusief wachttijden). Dit te ontwikkelen blijkt geen sinecure. Zo waren de ontwikkelde dashboards in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland bruikbare hulpmiddelen voor verkenneren om gerichter te verwijzen, maar bestond er nog wel verbeterruimte in het volledig en up-to-date zijn van de informatie in de dashboards. Overigens was het advies vanuit deze pilots om het dashboard ook toegankelijk te maken voor huisartsen (ter ondersteuning van 'directe' verwijzingen) en ggz-aanbieders zelf (ter ondersteuning bij doorverwijzingen binnen de ggz). Bij huisartsen was er behoefte aan lastenverlichting bij verwijzing naar de ggz als vervolgstap na het VG. Zo werd genoemd dat het verwijzadvies concreet uitgewerkt moet zijn en afgestemd met zowel hulpvrager als ggz-aanbieder, zodat deze direct door de huisarts als verwijzing kan worden doorgezet. Een andere benoemde benadering was dat de feitelijke ggz-verwijzing gedaan wordt door de verkenneren of toeleidingsorganisatie met doorzettingsmacht.

In geval het sociaal domein als vervolg na het VG wordt geadviseerd, is evenzo een actuele en volledige sociale kaart nodig voor een gerichte toeleiding. De pilots wijzen erop dat ook hier nog volop ontwikkelruimte bestaat. Er worden verschillende mogelijkheden benoemd voor het sneller en efficiënter inzicht krijgen in het beschikbare aanbod in het sociaal domein: het ontwikkelen van technologische hulpmiddelen, zoals een dashboard of een AI-gestuurde zoekfunctie, maar ook het beter benutten van kennis bij 'sleutelfiguren' in de wijk, zoals medewerkers van wijkteams en ervaringsdeskundigen. Voor dergelijke 'levende sociale kaarten' worden korte lijnen in de wijk essentieel gevonden. Noemenswaardig is dat uit een pilot bleek dat toeleiding naar het sociaal domein na het VG meer tijd kostte dan een verwijzing naar de ggz, omdat het vroeg om warme overdracht, eigenaarschap of verdeling van verantwoordelijkheden. Uit de documentatie van de andere regio's is niet te herleiden in hoeverre deze ervaring breed werd gedeeld. Maar uit de interviews kwam wel aanvullend naar voren dat het belang van zo'n overdracht niet onderschat moet worden (hier moet eigenlijk tijd voor zijn).

Verder heeft ook de terugkoppeling na het VG aandacht. Vanuit verschillende pilots werd aangegeven dat in de toekomst geborgd zou moeten worden dat voor zowel de verwijzer (doorgaans de huisarts of POH-ggz) als de hulpvrager een kort en duidelijk gespreksverslag, inclusief de geadviseerde vervolgstap, beschikbaar is. Dit vraagt om een faciliterend registratiesysteem. In het verlengde van een transparante terugkoppeling van het VG ligt de behoefte om zicht te hebben op de opvolging van het advies, en de ervaringen ermee. Monitoring van het vervolgtraject na het VG wordt belangrijk gevonden om te kunnen bepalen wat de lange termijn uitkomsten zijn voor hulpvragers en de wachttijden in de ggz. In de interviews gaf men aanvullend aan dat door het eenmalige karakter verkenner geen zicht hebben op de juistheid van hun advies, waardoor het leereffect ontbrak. Ook vonden verkenner het vaak jammer niet te weten of iemand 'goed terecht is gekomen'.

Tot slot, het VG werkt alleen als er ook voldoende en voldoende divers lokaal aanbod is om naar toe te verwijzen. Geïnterviewden benoemen dat dit een kwetsbaar punt was. Zij wijten dit aan een gebrek aan structurele financiering, bezuinigingen en personeelstekort, waardoor initiatieven (met name in het voorveld/ sociaal domein) soms onvoldoende toegankelijk zijn, of er simpelweg niet zijn.

4.7 Meerwaarde - cijfers

In de documentenstudie hebben we specifiek gekeken naar gerapporteerde gegevens over de geadviseerde vervolgstappen na het VG. Daarbij werd *geen* verwijzing naar de ggz als een positief effect beschouwd, vanuit de veronderstelling dat andere zorg of ondersteuning passend is voor de hulpvraag van de persoon (ook op de langere termijn) én dat dit op den duur kan bijdragen aan kortere wachttijden in de ggz. Wat als een ander positief effect van het VG werd gezien, is dat voor een deel van de hulpvragers *ggz in combinatie met andere zorg of ondersteuning* wordt geadviseerd. De veronderstelling is dat in deze gevallen gecombineerde trajecten bijdragen aan betere uitkomsten voor hulpvragers, ten opzichte van alleen ggz-zorg.

Als uitgegaan wordt van de beschikbare cijfers uit de pilots, valt op dat er grote variatie tussen de Versnellers-regio's bestaat op deze twee 'indicatoren'. Het percentage hulpvragers voor wie na het VG zorg of ondersteuning *buiten* de ggz wordt geadviseerd, varieert van 10% (NOP en Urk) tot 73% (De Liemers). Niet elke regio heeft gerapporteerd over cijfers over gecombineerde trajecten. Beschikbare cijfers laten zien dat het percentage hulpvragers voor wie na het VG *ggz in combinatie met andere zorg of ondersteuning* wordt geadviseerd, varieert van 5% (Arnhem en Nijmegen) tot 44% (Almere). Het is onduidelijk hoe deze aanzienlijke variatie kan worden verklaard. Het lijkt waarschijnlijk dat de eerder beschreven regionale verschillen in de uitvoering van het VG een rol spelen. Bovendien ging het voor de regio's om kortdurende en/of kleinschalige pilots met relatief lage aantallen VG'en. Dit kan hebben bijgedragen aan minder stabiele percentages per regio, en meer variatie tussen regio's.

Op basis van de 'doorstroomcijfers' (geadviseerde vervolgstappen) kan niet worden vastgesteld of het VG, en de opvolging hiervan daadwerkelijk bijdraagt aan tijdige en passende zorg of ondersteuning voor hulpvragers. Dit vraagt om longitudinaal onderzoek over een langere periode. Dat is ook nodig om te kunnen bepalen wat de lange termijn effecten zijn voor professionals en voor

de toegankelijkheid van de ggz en andere domeinen. Een uitgevoerd actieonderzoek in Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio) dat wij als onderdeel van de documentenstudie hebben bekeken, was wél gebaseerd op een groot aantal VG'en (4.795) over een langere periode (januari 2022-maart 2024) (Hoekstra et al., 2024). Het aandeel hulpvragers dat geen ggz-zorg nodig had als vervolgstap na het VG, daalde in deze regio van 28-29% in 2022-2023, naar 18% in het eerste kwartaal van 2024. Volgens de onderzoekers is de meest waarschijnlijke verklaring hiervoor dat gaandeweg sprake was van een bredere, complexere doelgroep⁴⁵. Het vraagt nader onderzoek met meerdere regio's om na te gaan of, naast doelgroep, ook andere kenmerken in de uitvoering van het VG (zoals de achtergrond en expertise van de koppels van verkenners) mogelijk invloed hebben op de verdeling van de vervolgadvisen over ggz en geen ggz-zorg.

4.8 Meerwaarde – kwalitatieve bevindingen

Uit de documenten en interviews komen verschillende kwalitatieve bevindingen naar voren met betrekking tot de meerwaarde van het VG. Voor hulpvragers ligt de meerwaarde vooral in de erkenning en het perspectief dat het gesprek biedt. Mensen voelen zich gehoord, gezien en niet-medisch benaderd. Het VG voorkómt dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd en het levert vaak direct inzicht, praktische tips en een passend vervolgadvis. Wel geven geïnterviewden aan dat het lastig is om met zekerheid te bepalen of het VG daadwerkelijk tot passende routes leidt. Het VG wordt vooral gewaardeerd wanneer er duidelijkheid is over vervolgstappen en wanneer sprake is van warme overdracht of actieve opvolging door de verkenner. Voor mensen die al langere tijd op wachtlijsten staan, lijkt het VG minder meerwaarde te hebben, omdat dit - zoals eerder aangegeven – eigenlijk te laat in het proces is.

Ook voor professionals biedt het VG meerwaarde, met name door de leerervaring die ontstaat in samenwerking. Verkenners geven aan dat het gesprek hun blik verruimt en hen stimuleert breder te kijken. Dit was nog meer het geval wanneer er ervaringsdeskundigen in de pool met verkenners zaten. Daarnaast blijkt dat samenwerking tussen domeinen laagdrempeliger wordt en het onderlinge respect groeit. Toch voelt het VG niet voor alle professionals even vernieuwend; sociaal werkers zijn bijvoorbeeld al gewend dit soort gesprekken te voeren. Over het algemeen wordt het VG echter als positief, leerzaam en zinvol ervaren.

Wat betreft het effect op wachttijden bestaat er voorzichtig optimisme, al worden hierover nog geen harde uitspraken gedaan. Verkenners verwachten dat het VG op de langere termijn de druk op de ggz kan verminderen door betere triage, minder mismatch, meer afbuiging naar het sociaal domein en versterking van eigen regie. Tegelijkertijd zijn de aantallen nog klein, is de doelgroep vaak complex en bestaat het risico dat wachttijden verschuiven van de ggz naar het sociaal domein.

45 Vanaf 2024 kreeg in principe elke hulpvrager die voor ggz werd aangemeld een VG.

Bee-Improve (2024a). Evaluatie & advies Centraal Toeleidingspunt. Ede: Bee-Improve.

Bee-Improve (2024b). Eindrapportage Project Toegankelijke GGZ de Liemers. Ede: Bee-Improve.

Bee-Improve (2025). Evaluatie & advies Toeleidingspunt GGZ Flevoland. Ede: Bee-Improve.

van den Broek, A., Bongers, I., Gribling, G., Hoekstra, A., Buurman, E., & Metz, M. (2024). Paradigm Shift in Dutch Mental Health Care: An Explorative Study on the Transition to Mental Health Centers. *Psychology*, 15, 1575-1588. doi: 10.4236/psych.2024.1510091.

van den Broek, A., de Vroege L, Metz M, Gribling G, de Ridder A, & van Eerd J. (2022a). Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(2), 101-107. [64-2022-2-artikel-vandenbroek.pdf](#)

van den Broek, A., de Vroege L, Metz M, Gribling G, de Ridder A, & van Eerd J. (2022b). Antwoord aan Kleijweg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(4), 237-239.

Hoekstra, A., Buurman, E., Mahieu, E., van den Broek, A., Gribling, G., Bongers, I., Heijne, L., Verhaeren, M., & Metz, M. (2024). Het verkennend gesprek: actieonderzoek naar het perspectief van zorgvragers. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 66(9), 508–515. [66-2024-9-hoekstra_oa.pdf](#)

Mentaal Gezond Noord- & Midden-Limburg (2025). Samen in beweging voor mentale gezondheid: Eerste cijfers en inzichten over hoe regionale domeinoverstijgende samenwerking het verschil maakt.

Nuijen, J., Boumans, J., Magnée, T., Janson, I., & Leemrijse, C. (2024). Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht. Utrecht: Trimbos-instituut. [TRI75-012-Versnellers-aanpakken-ggz.pdf](#)

Programma Mentale gezondheidsnetwerken (2024). Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken Ruimte voor een regionale aanpak. [werkwijze-mentale-gezondheidsnetwerken](#)

Samen Gezond IJssel-Vecht (2025). Evaluatie verkennende gesprekken Zwolle Zuid: Periode zomer 2024–april 2025. [Presentatie-slides]

ZonMw (2022). Programmatekst 'Versnellers binnen de Geestelijke Gezondheidszorg'. Het ondersteunen van partijen in regio's die samenwerken aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en het verminderen van de wachttijden. Den Haag: ZonMw. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/versnellers-de-geestelijke-gezondheidszorg>

Zorginstituut Nederland (2023). Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen. Diemen: Zorginstituut Nederland. [Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen | Rapport](#)

Zorginstituut Nederland (2024). Standpunt - Verkennend gesprek. Diemen: Zorginstituut Nederland. [Standpunt – Verkennend gesprek](#)

Bijlage 1 Eerste resultaten monitoring verkennend gesprek Zuid-Limburg



In Zuid-Limburg vormt het verkennende gesprek (VG) een belangrijk onderdeel van het zogeheten Uniform Instroommodel (UIM): Uniform Instroommodel 2 – Mentaal Gezond Zuid Limburg.

In deze regio is een langer lopend, uitgebreid onderzoek (zowel kwalitatief als kwantitatief) gaande naar de waarde van het VG. Hoewel dit onderzoek geen onderdeel is van de activiteiten die in Zuid-Limburg zijn uitgevoerd in het kader van de Versnellers-subsidie, zijn bevindingen wel interessant voor het ZonMw-evaluatietraject 'Versnellers in de ggz'. Betrokken onderzoekers van de Universiteit Maastricht - Meike Geurtsen, Robin Peeters, Iris Linden, Rowan Smeets, Marjan Drukker, Boris Klingenberg, Niels Hamелеers en Daan Westra - hebben daarom op ons verzoek een notitie geschreven waarin een overzicht wordt gegeven van de opvallendste, tussentijdse zaken uit interviews met direct betrokkenen. Het gaat om drie interviews met hulpvragers, drie interviews met huisartsen, acht interviews met POH's-ggz en twaalf interviews met verkenner. Gezien het kleine aantal interviews met sommige doelgroepen (zoals huisartsen), weerspiegelen deze resultaten waarschijnlijk nog niet alle ervaringen. Onderzoekers van Universiteit Maastricht verzamelen daarom de komende jaren nog aanvullende kwantitatieve en kwalitatieve data.

Eerste resultaten monitoring verkennend gesprek Zuid Limburg

Cliënt perspectief

N=3

De ervaring met het gesprek was overwegend zeer positief. Wat vooral opviel, was dat er breed en open werd gekeken naar de situatie. Dat gaf een gevoel van serieus genomen worden, zeker omdat eerdere gesprekken met de POH-GGZ 'vastliepen' omdat er geen duidelijke aanknopingspunten meer waren om de situatie van de cliënt te verbeteren. De inzet van praatmagneten werd als bijzonder helpend ervaren; deze boden overzicht en inzicht en hielpen om gedachten en gevoelens beter te ordenen. Het gesprek maakte duidelijk waar men zelf concreet mee aan de slag kon, wat als 'empowerend' werd ervaren.

De positieve gezondheid-vragenlijst riep wel gemengde gevoelens op. Deze werd als lang en enigszins stressvol ervaren en riep de vraag op wat de toegevoegde waarde ervan precies was binnen het gesprek. Desondanks werd het gesprek zelf als zeer prettig en zinvol beleefd. De knelpunten kwamen snel op tafel en de verkenner wisten deze goed te duiden. Zij maakten een deskundige indruk en stelden precies de juiste vragen om snel tot de kern te komen. Er was bovendien duidelijk een klik tussen verkenner en cliënt, wat bijdroeg aan een veilig en prettig gesprek.

Over het algemeen werd aangegeven dat men zich na afloop al een stuk beter voelde en wordt dit gesprek dan ook aangeraden. De terugkoppeling was helder en begrijpelijk, wat zorgde voor veel inzicht. Het was bovendien fijn dat een naaste aanwezig mocht zijn om mee te luisteren en alles op te schrijven; dat gaf rust en overzicht.

Het gevoel dat men hun verhaal opnieuw moest doen, was er niet. In vergelijking met een gesprek met een psycholoog, waarin dieper wordt ingegaan op problematiek, hadden de verkenner al voldoende basisinformatie en wisten zij gericht door te vragen op wat nog nodig was. Dit leidde tot concrete en direct toepasbare handvatten, zoals vaker wandelen in de natuur en andere bezigheden/hobbies, en omgaan met gevoel versus verstand. Dat maakte het gesprek niet alleen verhelderend, maar ook praktisch en activerend.

De terugkoppeling na het verkennend gesprek werd als wisselend ervaren. Bij sommige cliënten was er al zorg opgestart. Anderen moesten eerst terug naar de POH-GGZ om daar het vervolg te bespreken, wat zorgde voor onzekerheid en het idee te moeten wachten voordat men daadwerkelijk aan de slag kon. Alle cliënten hadden voorafgaand aan het gesprek weinig verwachtingen. Ze hadden weinig inzicht in waarom ze naar verkennend gesprek verwezen waren of wat het doel van het gesprek was.

Professional perspectief: huisartsen/POH-GGZ

Huisartsen N=3

POH-GGZ N=8

1. Samenwerking, rollen en werkwijze

Binnen de huidige werkwijze wordt nog niet uniform gewerkt. Dit leidt tot onduidelijkheden over rollen, taken en processen. Daarnaast is er beperkte onderlinge bekendheid tussen

huisartsen, POH-GGZ en verkenneren, wat de samenwerking bemoeilijkt. Rolopvattingen lopen uiteen en er bestaat verschil in zienswijze over verantwoordelijkheden binnen het zorgproces. Er wordt bovendien nog gezocht naar wie de regierol vervult. De achtergrond en ervaring van POH-GGZ varieert sterk, evenals de manier waarop zij naar het UiM kijken en welke verwachtingen zij daarvan hebben. Dit lijkt samen te hangen met verschillen in professionalisering, ervaring en bestaande werkwijzen binnen praktijken.

2. Communicatie en afstemming

Onderling contact tussen verkenneren, huisartsen en POH-GGZ – bijvoorbeeld telefonisch overleg – wordt als waardevol ervaren, met name in complexe of specifieke casussen. Dit contact hoeft niet standaard plaats te vinden, maar wordt in bepaalde situaties als wenselijk gezien. Logistiek blijkt dit soms lastig te organiseren, maar het kan leiden tot nieuwe inzichten, vooral voor huisartsen en POH-GGZ, of bijdragen aan gezamenlijk sparren over de meest passende vervolgstap. Tegelijkertijd wordt structurele terugkoppeling in algemene zin gemist. Vaak blijft onduidelijk of een verwijzing achteraf passend was, waardoor een leereffect uitblijft. Zowel voorafgaand aan als na afloop van een verkennend gesprek wordt in specifieke gevallen meer communicatie wenselijk geacht.

3. Ervaren belasting en administratieve druk

De ervaren belasting is toegenomen. Huisartsen vermoeden dat het voor cliënten niet fijn is omdat zij vaker hun verhaal doen en voor huisartsen en POH-GGZ leidt het tot extra administratieve lasten, bijvoorbeeld door de afstemming, maken en lezen van rapportages, dubbele gesprekken, etc.

4. Verwijzingen, wachttijden en zorgplicht

Er bestaan twijfels of de huidige werkwijze daadwerkelijk leidt tot verlaging van wachttijden. Daarnaast vragen ze zich af of cliënten soms naar het verkennend gesprek worden verwezen om wachttijden elders te omzeilen. GGZ-instellingen verwijzen cliënten regelmatig terug naar de huisarts met de boodschap dat de problematiek te complex is. Dit staat op gespannen voet met de verwachting van POH-GGZ dat het verkennend gesprek juist zou bijdragen aan passendere zorg. Enkele POH-GGZ benoemen dat het probleem mede ligt bij de invulling van de zorgplicht door GGZ-organisaties. Wanneer verkenneren zelf alvast verwijzingen in gang zetten – met name richting het sociaal domein – wordt dit in het algemeen als prettig ervaren. Verkenneren informeren de huisarts hierover en stemmen soms af met huisarts of POH-GGZ, al verschilt dit per situatie.

5. Rol van het sociaal domein

Onvoldoende organisatie en capaciteit binnen het sociaal domein wordt genoemd als reden om soms niet naar een verkennend gesprek te verwijzen. Tegelijkertijd lijkt het erop dat verkenneren in toenemende mate direct verwijzingen naar het sociaal domein initiëren. Dit wordt door POH-GGZ overwegend positief beoordeeld, mits de afstemming duidelijk is.

6. DOCO's, consultatiefunctie en bestaande structuren

DOCO's en de consultatiefunctie blijken bij veel deelnemers onvoldoende bekend. Geïnterviewden geven aan niet meer of minder gebruik te maken van de consultatiefunctie ten opzichte van voor de implementatie van het UIM. In veel praktijken bestond bovendien al een intern multidisciplinair overleg (MDO), waardoor de toegevoegde waarde van DOCO en consultatie niet altijd als evident wordt ervaren. Voor sommige deelnemers fungeren verkennende gesprekken en DOCO's als een vorm van second opinion of als leerinstrument voor de eigen praktijkvoering. Het aantal deelnemers aan een DOCO is bij recent opgestarte DOCO's laag, wat bijdraagt aan een lage ervaren toegevoegde waarde.

7. Ervaringen met het verkennend gesprek en het UiM

De ervaringen met het UiM en het verkennend gesprek zijn sterk gemengd. Voor sommige POH-GGZ biedt het verkennend gesprek weinig meerwaarde, terwijl anderen duidelijke voordelen zien. Inhoudelijk wordt soms ervaren dat adviezen te algemeen, onvoldoende concreet of onrealistisch zijn, bijvoorbeeld wanneer algemene interventies worden genoemd zonder verdere uitwerking. Tegelijkertijd wordt ook voortgang gezien in de kwaliteit en het nut van de verkennende gesprekken. Voorbeelden hiervan zijn het eerder inzetten van FACT-teams (Flexible Assertive Community Treatment, een outreachende gespecialiseerde multidisciplinaire behandeling voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen), het breder kijken dan één GGZ-aanbieder en het actiever zoeken van overleg met betrokken partijen. De koppeling met ZorgDomein wordt gemist, al wordt aangegeven dat hier inmiddels verbetering in wordt of is doorgevoerd.

Enkele geïnterviewden stellen expliciet de vraag of het UiM daadwerkelijk van meerwaarde is, of dat het een relatief dure oplossing vormt voor het probleem van onduidelijkheid over passende verwijzingen. Zij vragen zich af of de inzet leidt tot passendere zorg en of deze proportioneel is.

8. Verwijsmomenten en patiëntkarakteristieken

De inzet van het verkennend gesprek verschilt sterk. Soms vindt verwijzing direct vanuit de huisarts plaats, soms na twee tot drie gesprekken, en soms pas na een langere begeleidingsperiode vanuit de huisartsenzorg. Hierdoor verschilt de patiëntreis aanzienlijk vanaf het eerste contactmoment met de huisarts. Veel cliënten hebben al meerdere behandelingen of vormen van hulp gehad en presenteren zich met complexe problematiek, waarbij onduidelijk is waar te beginnen. Psychosociale factoren zijn vaak prominent aanwezig, regelmatig in combinatie met fysieke of somatische componenten. De verwijzing naar een verkennend gesprek is in die gevallen vaak gericht op de vraag welke GGZ-behandeling het meest passend is.

Verkenners

N=12

1. Inhoudelijke meerwaarde van het verkennend gesprek

Het voeren van verkennende gesprekken in duo's wordt als leerzaam ervaren. Dit draagt bij aan patroonherkenning bij psychische klachten en vergroot de kennis van het sociaal domein. Het gesprek biedt ruimte voor mensen om hun verhaal te doen en kenmerkt zich door een brede benadering, waarbij mét iemand wordt gesproken in plaats van over iemand. De insteek verschilt duidelijk van een diagnostische benadering en zet mensen aan het denken over hun eigen situatie. Dit versterkt het gevoel van eigen regie, in plaats van de focus te leggen op labelen of diagnosticeren. Positieve gezondheid en herstelgericht werken vormen hierbij belangrijke uitgangspunten, al worden deze binnen verkennende gesprekken niet overal op dezelfde manier vormgegeven.

2. Adviezen, handelingsperspectief en leerproces

Hoewel de meerwaarde van het verkennend gesprek wordt gezien en de inhoud als nuttig wordt ervaren, blijven de adviezen voor de huisarts regelmatig algemeen van aard. Voorbeelden hiervan zijn interventies zoals mindfulness, zonder verdere concretisering van waar, hoe en met welke ondersteuning dit kan worden ingezet. Daarnaast wordt het lerend vermogen als onvolledig ervaren; hoewel het gesprek zelf als waardevol wordt beschouwd, ontbreekt vaak terugkoppeling over wat er na het gesprek gebeurt, of de gekozen vervolgstap passend was en hoe het cliënten verder vergaat. Hierdoor blijft reflectie en structureel leren beperkt. Daarnaast ervaren verkenners de scholing tot verkenner zeer

wisselend. Voor professionals vanuit de GGZ wordt de scholing over het algemeen weinig verdiepend ervaren, terwijl professionals uit het sociaal domein aangeven de verdieping op positieve gezondheid en netwerkzorg te waarderen. Wel hadden de verkenner graag meer willen oefenen in duo's met casuïstiek. De kijk op de transfertafel verschilt ook: sommige verkenner zien het als een kans om van elkaar te leren, terwijl andere er weinig toegevoegde waarde van inzien.

3. Organisatie, planning en logistiek

De planning van verkennende gesprekken is verbeterd ten opzichte van eerdere periodes. In sommige regio's, zoals Maastricht-Heuvelland, vindt gezamenlijke triage plaats waarbij verkenner samen beoordelen welke cliënten binnenkomen en waar zij het beste passen. In andere regio's is de organisatie anders ingericht en voeren verkenner deze planning zelfstandig uit. Dit kent zowel voordelen als nadelen, omdat het risico bestaat dat opnieuw in vaste 'hokjes' wordt gedacht. Hoewel de planning beter verloopt, is de agenda voor verkennende gesprekken nog niet altijd volledig gevuld. Daarnaast valt het verkenner op dat dat burgers regelmatig onvoldoende weten wat het doel van het verkennend gesprek is, wat invloed kan hebben op verwachtingen en opbrengst. Een aantal verkenner besteden daarom het eerste gedeelte van het verkennend gesprek om het doel uit te leggen aan de burger.

4. Financiering en continuïteit

Financiering wordt als een belangrijk struikelblok benoemd, met name onder vrijgevestigde ggz-aanbieders. Dit geldt zowel voor het verkennend gesprek als voor de scholing. Positief wordt ervaren dat inmiddels de mogelijkheid bestaat om een tweede verkennend gesprek te voeren, omdat bij sommige cliënten niet direct tot de kern wordt gekomen. Deze mogelijkheid bestond eerder niet binnen de financieringsstructuur, maar is inmiddels aangepast, wat als een verbetering wordt gezien.

5. Informatievoorziening en systemen

De informatievoorziening vanuit verkenner is verbeterd ten opzichte van eerdere ervaringen. De brief naar de huisarts, waarin positieve gezondheid wordt beschreven, wordt echter als lang ervaren en is door enkele verkenner zelf aangepast. Daarnaast werd een koppeling in het systeem gemist, waardoor verkenner zelf brieven moesten schrijven en invoeren. Hiervoor zijn inmiddels systeemverbeteringen doorgevoerd, die in de praktijk al beter blijken te werken.

6. Samenwerking sociaal domein en GGZ

Er wordt als positief ervaren dat er meer verbinding ontstaat tussen het sociaal domein en de GGZ. Binnen het verkennend gesprek wordt verwezen naar zowel het sociaal domein als de GGZ. Verkenner geven aan dat de gebundelde kennis van het sociaal domein en de GGZ zorgt voor meer overzicht in de verwijsmogelijkheden tijdens het verkennend gesprek. Tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat het verkennend gesprek soms wordt ingezet als alternatief om wachtlijsten te omzeilen, zowel binnen huisartsenpraktijken als bij verwijzingen naar de GGZ.

Tegelijkertijd komt deze samenwerking nog niet volledig van de grond, onder andere door communicatie-uitdagingen en het beperkte gebruik of de onbekendheid van DOCO's. Verkenner zijn wel positief over de deelname aan de DOCO, met name omdat het de mogelijkheid geeft elkaar binnen het netwerk beter te leren kennen. Hoewel de samenstelling van professionals verschilt binnen verschillende DOCO's, valt het de verkenner die deelnemen aan een DOCO op dat er weinig structuur is in een DOCO.

7. Regionale verschillen

Er bestaan duidelijke regionale verschillen in de manier waarop het verkennend gesprek en het UiM worden ingericht. Deze verschillen leiden tot inhoudelijke discussies binnen regio's over de gewenste vormgeving. Zo experimenteert de ene regio met de inzet van WMO-consulenten, die inmiddels zijn getraind samen met de verkenner, terwijl andere regio's deze werkwijze niet hanteren. Ook zijn er regionale verschillen in de samenstelling van professionals bij de transfertafel. De precieze uitwerking hiervan is nog niet volledig duidelijk. Daarnaast zijn signalen dat in een andere regio welzijnscoaches worden ingezet om te bepalen of een verkennend gesprek passend is. Deze werkwijze wordt momenteel verder onderzocht. De variatie in uitvoering wijst mogelijk op verschillende onderliggende dynamieken en mechanismen die de effecten van het UiM beïnvloeden.

Bijlage 2 Topiclijst Verkennend gesprek: uitvoerder



Inleiding

- Voorstellen.
- Korte herhaling doel onderzoek: bezig met ZonMw-evaluatietraject van de versnellers aanpak wachttijden (21 regio's). Onderzoeken werkzame elementen van mechanismes zoals VG. Zal leiden tot eindrapport, begin volgend jaar publicatie.
- We zijn geïnteresseerd in uw ervaringen met het VG (→ checken rol respondent).
- Zoals aangegeven in de uitnodigingsbrief maken wij een opname + transcriptie, bent u nog steeds akkoord? (maken anoniem verslag, wordt geanalyseerd samen met andere verslagen)

Overkoepelende vragen

- Kan je iets vertellen over hoe het VG in jullie regio is georganiseerd / wordt uitgevoerd? (wanneer / voor wie?, wie zijn de verkenners?, fysiek (→ waar?) en/of online?, hoe lang?, welke plek in de keten?)
- Jij hebt een rol als verkenner / gespreksvoerder. Hoeveel VG-en heb je ongeveer gevoerd? Wat zijn jouw ervaringen? Hoe vind je het om met VG-en te werken?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?
- Kun je voorbeelden geven van een VG waarin het *goed* werkte / veel opleverde? En voorbeelden van wanneer het *niet* goed werkte?

Aanvraag/toeleiding en organisatie/planning

- Wat zijn je ervaringen met de aanvragen voor een VG, en de organisatie / planning hiervan?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?

(Eventueel) uit te diepen onderwerpen

- Aanvragen huisarts / POH-ggz
 - Voor de 'juiste' hulpvragers? Waarom wel, waarom niet?
 - Hoe is de samenwerking tussen aanvragers en uitvoerders?
 - Verloopt 'technisch/praktisch' goed? Waarom wel, waarom niet?
- Zijn de hulpvragers tevreden?
 - No-shows hulpvragers? Waar ligt dat aan?
- Voldoende beschikbaarheid verkenners? Waarom wel, waarom niet?
 - Hoe wordt bepaald wie de gespreksvoerders zijn van een VG?
- Heb je nog verbeterpunten of tips m.b.t. hoe de aanvragen voor het VG, en planning ervan, momenteel worden uitgevoerd?

Uitvoering VG

- Wat zijn je ervaringen met het voeren van een VG?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?

(Eventueel) uit te diepen onderwerpen

- Wanneer is voor jou een VG 'succesvol' uitgevoerd?
 - Wat is de tevredenheid van hulpvragers?
 - Hoe wordt de regie van de hulpvrager gestimuleerd en geborgd?
 - Is er sprake van gelijkwaardigheid en gezamenlijke besluitvorming? Hoe wordt dit gestimuleerd en geborgd?
- Wat zijn volgens jou belangrijke voorwaarden om een VG 'succesvol' te voeren?
 - Gebruik bepaalde methodieken, werkwijzen, etc.?
 - Benodigde kennis en vaardigheden gespreksvoerders?
 - Noodzakelijkheid ervaringsdeskundige als gespreksvoerder?
 - Combinaties van gespreksvoerders?
 - Houding, kennis, vaardigheden, etc. hulpvrager?
 - Noodzakelijkheid aanwezigheid naaste?
- Hoe kunnen deze voorwaarden worden gerealiseerd?
- Heb je nog verbeterpunten of tips m.b.t. hoe het VG momenteel wordt uitgevoerd?

Gemaakte afspraken en opvolging / vervolg

- Wat zijn je ervaringen met het vervolg / de opvolging van een VG?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er nog niet goed?

(Eventueel) uit te diepen onderwerpen

- Is er zicht op de verdeling van vervolgtrajecten / doorstroom na een VG?
- Wanneer is er voor jou sprake van een 'succesvolle' opvolging van een VG?
 - Is de opvolging duidelijk voor hulpvragers?
 - Wat is de tevredenheid van hulpvrager over de opvolging / het vervolg?
 - Wat is de tevredenheid van de aanvrager (huisarts, POH)?
- Wat zijn belangrijke voorwaarden voor een succesvolle opvolging van een VG?
- Hoe kunnen deze voorwaarden worden gerealiseerd?
- Heb je nog verbeterpunten of tips m.b.t. de opvolging / het vervolg na het VG?

Effecten VG

- Wat levert het VG op voor hulpvragers / wat kan het voor hen opleveren? Hoe kunnen deze effecten worden gestimuleerd?
 - Zijn er nog onvoorziene / negatieve effecten voor hulpvragers?
- Wat levert het VG op voor jou als professional / wat kan het opleveren? En voor andere professionals? Hoe kunnen deze effecten worden gestimuleerd?
 - Zijn er nog onvoorziene / negatieve effecten voor professionals?

- Wat levert het VG op voor de toegankelijkheid van de ggz (verkorten wachttijden) / wat kan het opleveren? Hoe kan dit effect worden gestimuleerd?
- Zijn er nog onvoorziene / negatieve effecten voor de ggz of andere domeinen (huisartsenzorg, sociaal domein, etc.)?
- Hoe staat het met het transformatieplan in jullie regio? Welke plek heeft het VG hierin? Sluit dit aan bij wat je vindt wat nodig is? Waarom wel, waarom niet?

Afsluiting

- Nog nabranders?
- Hulpvragers uitnodigen
- Verslag en rapportage
- Vacatievergoeding

Bijlage 3 Topiclijst Verkennend gesprek: hulpvrager



Inleiding

- Voorstellen.
- Korte herhaling doel: we zijn aan het onderzoeken in zo'n 20 regio's wat wel en niet werkt in de aanpak van ggz wachttijden. Daarbij kijken we o.a. naar het verkennend gesprek. Gedacht wordt namelijk dat dit gesprek gaat helpen in het verkorten van de wachttijden.
- We zijn daarom geïnteresseerd in de ervaringen van mensen die een verkennend gesprek hebben gevoerd. Wat vinden zij dat goed gaat, of wat beter kan?
- Zoals aangegeven in de uitnodigingsbrief (+ daaropvolgende informatiebrief) willen wij een opname + transcriptie maken. Bent u akkoord?
 - Maken anoniem verslag, wordt geanalyseerd samen met andere verslagen.
 - Zal leiden tot eindrapport, begin volgend jaar publicatie.
- Heeft u nog vragen? Is alles duidelijk?
- Hoe bent u uitgenodigd / benaderd voor dit interview? Via wie?

Algemene vragen over het verkennend gesprek

- Bent u bekend met de term 'Verkennen gesprek'?
- Klopt het dat u een Verkennend gesprek heeft gehad? Zo ja:
 - Wie waren er tijdens het gesprek aanwezig?
 - Waar en wanneer vond het gesprek plaats?
 - Hoe lang duurde het gesprek ongeveer?
 - Heeft u één of meerdere gesprekken gehad?

Voorbereiding en verwachtingen

- Weet u nog hoe waarom er een verkennend gesprek werd gepland? Hoe is dat gegaan?
- Wat ging goed, en wat kon beter?
- Wat verwachtte u van het gesprek?
- Hoe ging de voorbereiding op het gesprek? Wat ging goed, en wat kon beter?

Meer specifieke vragen:

- Heeft u informatie over het gesprek gekregen? Zo ja, op welk moment? Van wie?
- Vond u de informatie bruikbaar?
- Wie heeft voorgesteld om het gesprek te houden?
- Wie heeft hierover de uiteindelijke beslissing gemaakt? Had u hier zeggenschap in? Waarom wel, waarom niet?
- Weet u nog wat de reden/ aanleiding was voor het gesprek?
- Hoe werd bepaald wie er bij het gesprek aanwezig waren? Had u hier zeggenschap in?
- Wie heeft de afspraak gemaakt/ georganiseerd?
- Heeft u nog verbeterpunten of tips m.b.t. de voorbereiding?

Ervaringen tijdens het Verkennend gesprek

- Hoe heeft u het verkennend gesprek ervaren? Wat ging goed, en wat kon beter?
- Sloot het gesprek wel / niet aan bij uw verwachtingen vooraf? Waarom wel, waarom niet?

Meer specifieke vragen:

- Had u inspraak tijdens het gesprek? Waarom wel, waarom niet?
 - Had u het gevoel dat u werd gehoord? Ervoer u betrokkenheid van de aanwezigen? Waarom wel, waarom niet?
 - Was iedereen bij het gesprek aanwezig die in uw ogen van belang was?
 - Hoe vond u de communicatie tijdens het gesprek?
 - Heeft u onderwerpen gemist tijdens het gesprek? En waarom?
 - Hoe is het gesprek afgerond? Wat ging goed, wat kon beter?
-
- Heeft u nog verbeterpunten of tips m.b.t. het gesprek?

Gemaakte afspraken en opvolging

- Was u tevreden over de gemaakte afspraken over het vervolg na het gesprek?
- Waarom wel, waarom niet?
- Hoe heeft u het vervolg na het gesprek ervaren? Wat ging goed, en wat kon beter?
- Ervaart u de ondersteuning of hulp die u nu krijgt als toereikend? Zo ja/ nee: Kunt u dat toelichten? Wat gaat goed, wat kan beter?
- Kan het verkennend gesprek andere mensen helpen? Waarom wel, waarom niet?

Meer specifieke vragen:

- Had u inspraak bij het maken van vervolgstappen? Waarom wel, waarom niet?
-
- Heeft u verbeterpunten of tips m.b.t. het vervolg na het verkennend gesprek?

Afsluiting

- Nog nabranders?
- Verslag en rapportage
- Digitale cadeaubon

