



university of
groningen

18 augustus 2025

Faculteit Gedrags- en maatschappijwetenschappen

VERKENNEN WELKE PROFESSIONALS GESCHIKT ZIJN OM 'HET VERKENNEND GESPREK' UIT TE VOEREN



Esmée van Hiel (s4299760)

Scriptiebegeleider: Prof. Dr. N. Steverink

Referent: Dr. D. van Tol

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie, geschreven ter afronding van de master Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. De afgelopen maanden heb ik mij verdiept in het verkennend gesprek, zoals voorgesteld in het Integraal Zorgakkoord, met specifieke aandacht voor de vraag welke professionals het meest geschikt zijn om dit gesprek te voeren.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door de participanten die bereid waren hun inzichten te delen. Ik ben hen bijzonder dankbaar voor hun openheid en betrokkenheid. Zonder mijn stagebegeleiders bij KieN was mijn scriptie, dankzij hun ondersteuning en het bieden van toegang tot waardevolle netwerken, niet geworden tot wat deze nu is. Daarnaast wil ik mijn universitair begeleider, prof. dr. Steverink, bedanken voor haar inhoudelijke feedback, kritische vragen en bemoedigende woorden. Datzelfde geldt voor de tweede lezer, dr. Van Tol, die tussentijds bereid was om feedback te geven. Tot slot heb ik nog een dankwoord voor mijn sociale netwerk voor het lezen van mijn scriptie met oog voor taal; in het bijzonder oom Jeroen, die nog nooit één scriptie (van de tot nu toe vier) van mij heeft gemist.

Ik hoop dat dit onderzoek bijdraagt aan het verbeteren van de uitvoering van het verkennend gesprek en aan een bredere discussie over passende zorg voor zorgvragers met psychische klachten.

Esmée van Hiel

Augustus 2025

Samenvatting

De ggz in Nederland staat onder druk door een groeiende zorgvraag en beperkte capaciteit. Om de instroom te beperken, introduceerde VWS in het Integraal Zorgakkoord 2022 het ‘verkennend gesprek’. Hierbij beoordelen verschillende professionals of een zorgvrager beter geholpen is binnen de ggz of het sociaal domein. Het doel van VWS (2022) is om ‘medicalisering’ te voorkomen. In dit onderzoek wordt dit doel geïnterpreteerd als ggz-duidingen en -vervolgstappen waar mogelijk te voorkomen. Tegelijkertijd wil VWS (2022) dat ggz-vervolgstappen, indien deze het meest wenselijk zijn, wel aangeraden worden.

De duiding van de psychische klachten omvat de manier waarop de professionals de psychische klachten benoemen, met ggz-termen of sociale taal, en welke verklaringskaders – psychologisch, sociaal of een combinatie – zij hanteren. Een ggz-duiding houdt in dat ggz-termen en een psychologisch verklaringskader worden gehanteerd; een sociale duiding houdt in dat sociale taal en een sociaal verklaringskader worden gehanteerd. Een ggz-behandeling en/of medicatie wordt in deze scriptie gezien als ggz-vervolgstappen en ondersteuning in het sociaal domein wordt gezien als sociaal domein-vervolgstappen. Hoe wenselijk de professionals een bepaalde duiding en vervolgstappen vinden, wordt onderzocht op basis van drie elementen; namelijk hoe problematisch de professionals de psychische klachten vinden, of zij vinden dat de problematisering gebaseerd is op onrealistische sociale verwachtingen en welke vervolgstappen zij veiliger en effectiever vinden.

Het doel van dit onderzoek is erachter komen welke verschillen er zijn tussen ggz-professionals, POH’s, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen in hoe zij de psychische klachten beoordelen van zorgvragers die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek. De vier beroepsgroepen bleken psychische klachten verschillend te duiden en raadden ook verschillende vervolgstappen aan om die klachten te helpen verminderen. De professionals uit het sociaal domein vermijden het meest van de vier beroepsgroepen een ggz-duiding en -vervolgstappen en lijken daarom het meest geschikt om het verkennend gesprek uit te voeren. Desondanks komen de duiding en vervolgstappen die de professionals aanraden bij geen enkele beroepsgroep volledig overeen met welke duiding en vervolgstappen zij op basis van de drie elementen het meest wenselijk vinden. Gevolglijk kan op basis van deze resultaten niet worden vastgesteld welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek te voeren. Er kan namelijk niet gewaarborgd worden dat zowel een ggz-duiding als vervolgstappen zoveel mogelijk worden vermeden, terwijl ggz-vervolgstappen als deze het meest wenselijk zijn, blijven worden aangeboden.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

De professionals moeten in het verkennend gesprek hun duiding en vervolgstappen meer staven aan een ethisch raamwerk. Aangezien in dit onderzoek de professionals individueel de psychische klachten hebben beoordeeld – terwijl in het verkennend gesprek de professionals in teamverband de psychische klachten beoordelen – is meer onderzoek nodig naar hoe de professionals in teamverband psychische klachten beoordelen. Losstaand van dat verder onderzoek nodig is, heeft dit onderzoek inzicht gegeven in hoe de doelstelling van VWS (2022) mogelijk gerealiseerd kan worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.1.1 Het verkennd gesprek in theorie.....	7
1.1.2 Professionals betrokken bij het verkennd gesprek	9
1.1.3 Het verkennd gesprek in de praktijk	12
1.2 Probleemstelling	13
1.3 Relevantie	14
1.3.1 Maatschappelijke relevantie.....	14
1.3.2 Sociologische relevantie	14
1.3.3 Wetenschappelijke relevantie	15
1.4 Leeswijzer.....	15
2. Theoretisch kader	16
2.1 Richtlijnen voor het beoordelen van psychische klachten.....	16
2.1.1 Medicalisering.....	16
2.1.2 Wenselijkheid van medicalisering	18
2.2 Hoe verschillende professionals psychische klachten mogelijk beoordelen	20
2.2.1 Ggz-professionals	20
2.2.2 POH's.....	21
2.2.3 Professionals uit het sociaal domein	22
2.2.4 Ervaringsdeskundigen.....	22
2.2.5 Schematisch overzicht.....	23
2.2.6 Welke duiding en vervolgstappen de professionals wenselijk vinden.....	24
3. Methode.....	25
3.1 Type onderzoek	25
3.2 Dataverzameling	25
3.2.1 Onderzoekspopulatie.....	25
3.2.2 Werving van participanten	26
3.2.3 Voorbereiding op het interview	27
3.2.4 Verloop van de interviews	33
3.3 Dataverwerking	34
3.4 Kwaliteitseisen.....	35

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

3.5 Ethische overwegingen.....	37
4. Resultaten.....	39
4.1 Kenmerken van de participanten	39
4.2 Termen.....	40
4.3 Hoe problematisch.....	42
4.4 Verklaringskader	44
4.5 Vervolgstappen.....	48
4.6 Effectiviteit en veiligheid	50
4.7 Reden beoordeling.....	53
5. Conclusie en discussie.....	58
5.1 Beantwoording onderzoeksvraag	58
5.1.1 Hoe de vier beroepsgroepen de psychische klachten beoordelen	58
5.1.2 Welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren.....	61
5.2 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek	62
5.3 Aanbevelingen voor het verkennend gesprek.....	64
5.4 Slotwoord.....	65
6. Literatuurlijst.....	66
7. Bijlagen	70
7.1 Werving participanten	70
7.2 Informed-consentformulier.....	72
7.3 Aanpassen van de casussen	74
7.4 Interviewschema	77
7.5 Codeboek.....	80
7.6 Overzichtstabel resultaten.....	88

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland staat onder druk door stijgende zorgkosten, een toenemende vraag naar zorg en een tekort aan gekwalificeerd personeel. Hierdoor ontstaan lange wachtlijsten voor zorgvragers met psychische klachten die een ggz-behandeling willen. In 2023 kampten 3,5 miljoen Nederlanders met psychische klachten, van wie 84.000 op behandeling wachtten. De helft van deze groep kon niet geholpen worden binnen de gestelde maximale norm van 14 weken (Hoekstra et al., 2024). Om de druk op de ggz te verlichten, is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) – de afspraken van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de zorg – het zogenaamde ‘verkennend gesprek’ geïntroduceerd. Het verkennend gesprek moet de instroom naar de ggz verminderen om zo de druk op de ggz te verlichten (VWS, 2022).

1.1.1 Het verkennend gesprek in theorie

Het verkennend gesprek is een overlegmoment tussen een zorgvrager met psychische klachten en meerdere professionals in teamverband. Daarnaast wordt in het IZA aanbevolen een naaste van de zorgvrager – zoals een ouder, partner of vriend – bij het gesprek te betrekken (VWS, 2022). Het verkennend gesprek wordt door de huisarts aangevraagd wanneer hij of zij twijfelt over de juiste vervolgstappen voor een zorgvrager met psychische klachten. Dit betekent dat de huisarts zich afvraagt of de zorgvrager het beste geholpen is binnen de ggz, het sociaal domein of een combinatie van beide. Zodra de huisarts het verkennend gesprek heeft aangevraagd, moet het gesprek binnen één à twee weken plaatsvinden. Het gesprek kan zowel online als fysiek gehouden worden. Voor fysieke gesprekken is de locatie nog niet vastgesteld in het IZA, maar voorbeelden van plekken waar het verkennend gesprek kan plaatsvinden zijn bij de huisarts, ggz of in het huis van de zorgvrager (Van Gent et al., 2023). Gemeenten mogen zelf de invulling van het verkennend gesprek bepalen, maar het streven is om de uitvoering uiteindelijk zo uniform mogelijk te maken (VWS, 2022). Het verkennend gesprek is nog niet officieel geïmplementeerd, maar momenteel worden pilots uitgevoerd in Breda, Tilburg, Doetinchem en in de provincie Noord-Holland (Van Gent et al., 2023). In de overige provincies zijn er gesprekken over hoe de pilot van het verkennend gesprek uitgevoerd moet worden.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

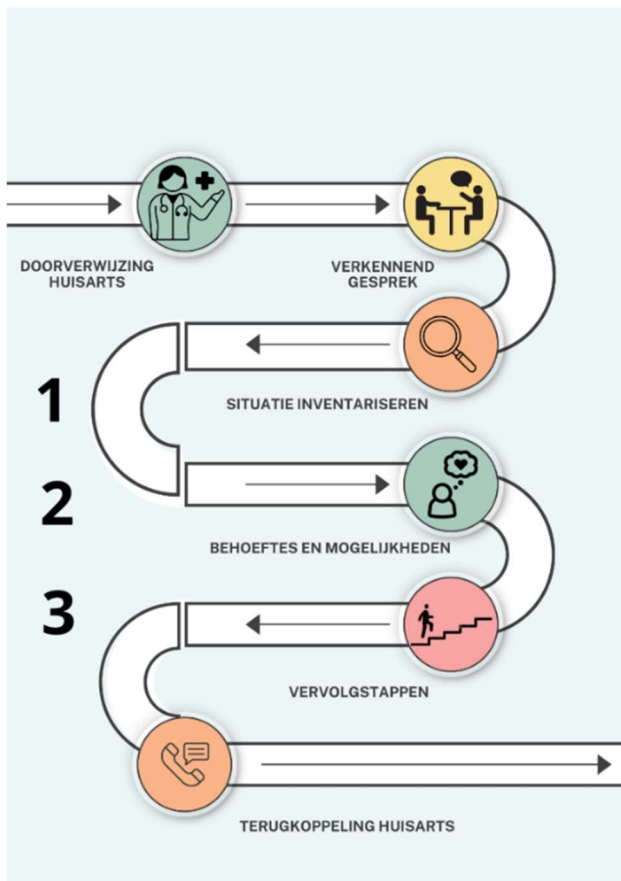
Op basis van het verkennend gesprek moet door middel van een multidisciplinaire analyse van het team van professionals bepaald worden wat de vervolgstappen voor de psychische klachten van de zorgvrager zijn (Van Gent et al., 2023). Deze vervolgstappen kunnen bijvoorbeeld een behandeling binnen de ggz of een ondersteuning in het sociaal domein zijn. VWS (2022) hoopt dat door de multidisciplinaire analyse het verkennend gesprek leidt tot minder doorverwijzingen naar de ggz. Waar zorgvragers met psychische klachten voorheen standaard naar de ggz zijn doorverwezen, moet er na implementatie van het verkennend gesprek vaker worden gekozen voor ondersteuning binnen het sociaal domein. Hierdoor zou het verkennend gesprek uiteindelijk de instroom naar de ggz kunnen verminderen en zo de druk op de ggz kunnen verlichten.

Om een goede multidisciplinaire analyse uit te kunnen voeren, moet in het verkennend gesprek een gestructureerde aanpak met drie stappen worden gevolgd (VWS, 2024). Ten eerste dient de situatie van de zorgvrager geïnventariseerd te worden. Dit houdt in dat de zorgvrager tijdens het verkennend gesprek zijn of haar hulpvraag en verwachtingen deelt. Eventuele naasten kunnen een aanvullend perspectief bieden.

Ten tweede moeten de professionals de behoeften en mogelijkheden analyseren. Ze onderzoeken hierbij de factoren die bijdragen aan de psychische klachten van de zorgvrager, wat de krachten en hulpbronnen van de zorgvrager zijn en welke ondersteuning al is geprobeerd.

Ten derde worden passende vervolgstappen bepaald. Dit gebeurt in samenspraak met de zorgvrager en eventuele naasten. Er worden afspraken gemaakt over wie welke actie onderneemt, zoals ondersteuning in het sociaal domein of een ggz-behandeling. Deze afspraken worden vervolgens teruggekoppeld aan de huisarts, zodat deze op de hoogte is van het advies (VWS, 2024). Om alle drie de stappen overzichtelijk te maken, zijn deze afgebeeld in Figuur 1.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren



Figuur 1: Het verkennend gesprek in drie stappen.

1.1.2 Professionals betrokken bij het verkennend gesprek

In het IZA staat niet vermeld hoeveel of welke professionals het verkennend gesprek in teamverband moeten uitvoeren. Er wordt sterk aangeraden om een ggz-professional en een professional uit het sociaal domein bij elk verkennend gesprek te betrekken. Een ervaringsdeskundige bij het verkennend gesprek betrekken, wordt ook geadviseerd (VWS, 2022). De gedachte is dat de samenwerking tussen deze professionals het mogelijk maakt om de zorgvrager multidisciplinair te analyseren en te ondersteunen. Door mentale, sociale en ervaringsgerichte perspectieven te combineren, ontstaat een completer beeld van de situatie, waardoor beter kan worden bepaald welke vervolgstappen het meest passend zijn (VWS, 2022; Zorginstituut Nederland, 2024).

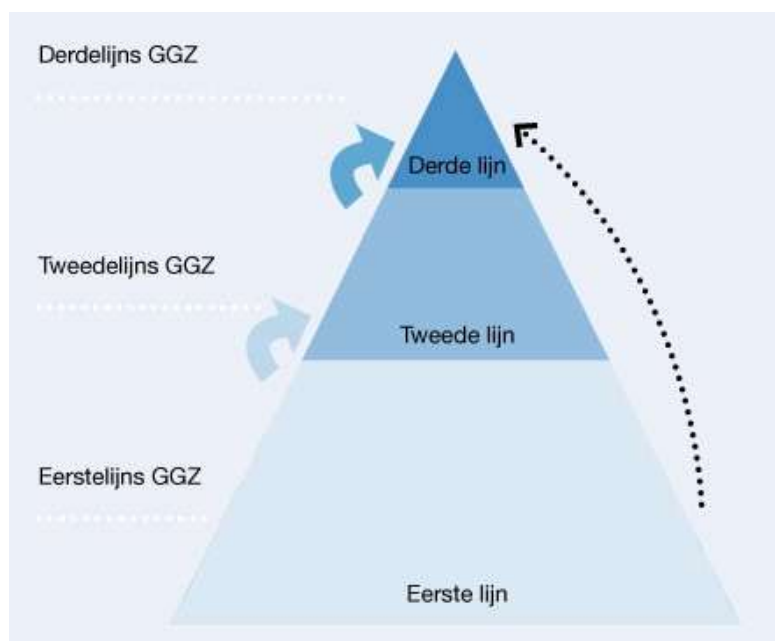
Daarnaast moeten volgens VWS (2024) ggz-professionals worden betrokken, omdat voor hen een dossierplicht geldt; zij moeten de uitkomsten van het verkennend gesprek volgens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) vastleggen en bewaren. De Wgbo bepaalt de rechten en plichten van zowel zorgverleners als zorgvragers binnen de gezondheidszorg. Het bewaren van het advies volgens de richtlijnen van de Wgbo zorgt

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren ervoor dat er een transparante en verantwoorde verslaglegging is, zodat zowel de zorgvrager als de betrokken professionals hier later op kunnen terugvallen.

In de eerste pilots van het verkennend gesprek zijn vier beroepsgroepen betrokken, namelijk ggz-professionals, praktijkondersteuners van de huisarts (POH’s), professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen (Van Gent et al., 2023). Geen van deze groepen wordt door Van Gent et al. (2023) nader gedefinieerd. Daarom wordt in deze scriptie een eigen definitie gehanteerd. De onderverdeling in deze beroepsgroepen wordt wel aangehouden, aangezien de beroepsgroepen betrokken zijn bij de pilots en er mogelijk relevante verschillen bestaan in hoe zij het verkennend gesprek uitvoeren.

De eerste groep die deelneemt aan de pilots van het verkennend gesprek bestaat uit ggz-professionals, zoals psychologen, psychiaters en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (Van Gent et al., 2023). In dit onderzoek wordt een ggz-professional gedefinieerd als iemand die werkzaam is binnen de geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van de POH-ggz. Hoewel de term ‘ggz-professional’ in het IZA en de pilotbeschrijvingen van Van Gent et al. (2023) wordt gehanteerd, is deze term in de praktijk niet eenduidig. Zo kan ‘ggz-professional’ verwijzen naar zorgverleners werkzaam in de eerstelijns-, tweedelijns- of derdelijns-ggz (Mogendorff & Putters, 2011). Een visualisatie van deze verschillen is weergegeven in Figuur 2. Zoals in Figuur 2 te zien is, is de ggz in Nederland georganiseerd in drie lijnen die verschillen in toegankelijkheid en complexiteit van zorg. De eerstelijns-ggz biedt laagdrempelige, generalistische hulp bij psychische klachten en is direct toegankelijk zonder verwijzing. De tweedelijns-ggz vereist een verwijzing naar gespecialiseerde behandelaren, zoals psychiaters of klinisch psychologen. De derdelijns-ggz biedt hooggespecialiseerde zorg voor psychische klachten die onvoldoende reageren op een reguliere behandeling (Mogendorff & Putters, 2011).

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren



Figuur 2: Visualisatie van eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijns-ggz (Mogendorff & Putters, 2011).

Aangezien Van Gent et al. (2023) en ook het IZA geen verschillen formuleren tussen ggz-professionals binnen deze verschillende lijnen, is dat in dit onderzoek ook niet gedaan. Een ggz-professional kan binnen dit onderzoek dus een ggz-professional zijn die werkzaam is binnen de eerstelijns-, tweedelijns- of zelfs derdelijns-ggz. Wel moet voor dit onderzoek de kanttekening gemaakt worden dat een ggz-professional in de tweedelijns- of derdelijns-ggz de zorgvrager kan doorverwijzen naar een instantie waarin hij of zij mogelijk ook werkzaam is. Deze praktijk roept ethische vragen op over professionele onafhankelijkheid en belangenverstrengeling.

De tweede beroepsgroep bestaat uit de eerdergenoemde POH's. Wanneer in dit onderzoek wordt gesproken over 'POH's', wordt hiermee uitsluitend verwezen naar professionals die werkzaam zijn als POH-ggz. De focus ligt op de POH-ggz en niet op de POH-somatiek, omdat het onderzoek zich richt op psychische klachten en niet op lichamelijke klachten (Patiëntenfederatie Nederland, 2025). POH's werken onder supervisie van de huisarts en hebben beperkte bevoegdheid om zelfstandig diagnoses te stellen. Zorgvragers kunnen zonder verwijzing bij hen terecht en daarom zitten ze in de eerstelijns-ggz (Rijksoverheid, z.d.).

De derde groep omvat professionals uit het sociaal domein, waaronder maatschappelijk werkers, ambulante begeleiders en buurtcoaches (Van Gent et al., 2023).

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Deze professionals richten zich op maatschappelijke ondersteuning, zorg, jeugd, werk en inkomen. Hun doel is om de zelfredzaamheid en participatie van zorgvragers te bevorderen door middel van begeleiding en hulpverlening (Winter, 2021).

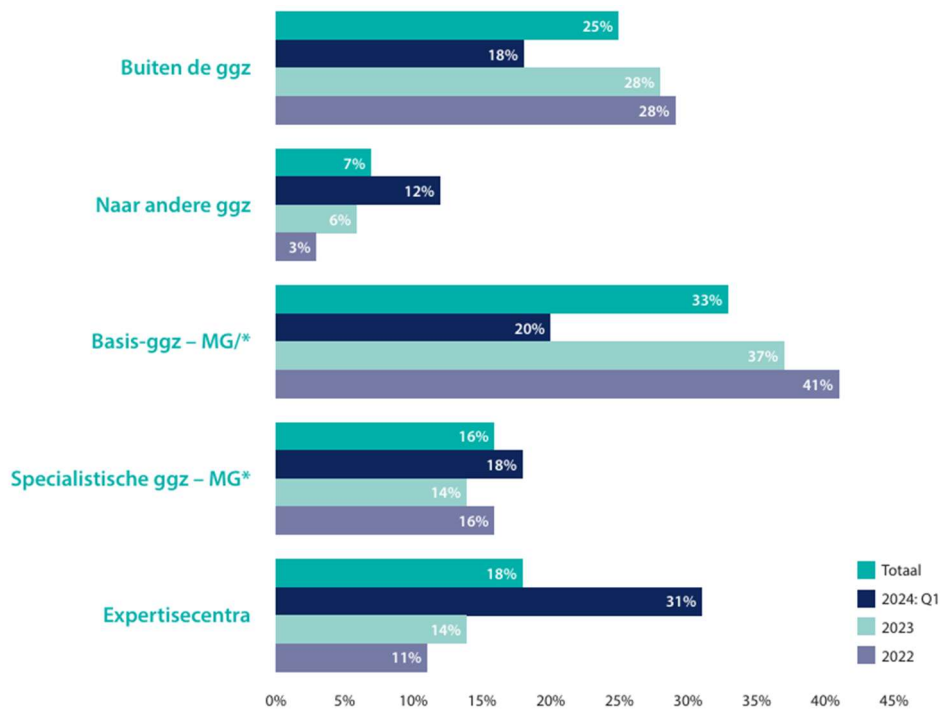
De laatste beroepsgroep bestaat uit de ervaringsdeskundigen (Van Gent et al., 2023). Ervaringsdeskundigen ten aanzien van het verkennend gesprek zijn personen met persoonlijke ervaring rondom psychische klachten. Zij zetten hun ervaringskennis in om zorgvragers te ondersteunen (Keuzenkamp & Van Hoorn, 2022).

1.1.3 Het verkennend gesprek in de praktijk

Het landelijke programma Mentale Gezondheidsnetwerken organiseert de samenwerking tussen huisartsen, ggz en het sociaal domein om ervoor te zorgen dat mensen met psychische klachten vanaf 1 januari 2025 passende hulp krijgen, inclusief het verkennend gesprek (Mentale Gezondheidsnetwerken, z.d.). Mentale Gezondheidsnetwerken (2024) hebben verwachtingen geformuleerd over het landelijke percentage zorgvragers dat na een verkennend gesprek wordt doorverwezen naar de ggz. Hun verwachting is dat na de implementatie van het verkennend gesprek de doorverwijzing van zorgvragers naar de ggz binnen enkele jaren een dalende trend zal laten zien. Volgens de verwachting zou in 2025 80% van de zorgvragers na een verkennend gesprek worden doorverwezen naar de ggz. Dit percentage zou in 2026 moeten dalen naar 75% en in 2027 en 2028 verder moeten afnemen tot 70% (Mentale Gezondheidsnetwerken, 2024).

Uit praktijkcijfers van de langstlopende pilots, in Tilburg en Breda, blijkt dat het aantal doorverwijzingen naar de ggz juist toeneemt naarmate het verkennend gesprek langer wordt toegepast. In totaal zijn in Tilburg en Breda inmiddels 4.795 verkennende gesprekken gevoerd. Het verkennend gesprek is in deze pilots drie jaar uitgevoerd en het doorverwijspercentage naar de ggz steeg in die drie jaar van 72% in 2022 naar 82% in 2024 (Hoekstra et al., 2024). In Figuur 3 zijn de doorverwijzingen van deze verkennende gesprekken in de pilots, gemeten door Hoekstra et al. (2024), te zien. Hieruit blijkt dat steeds meer zorgvragers worden doorverwezen naar specialistische ggz, expertisecentra en andere ggz-instellingen. Het aantal doorverwijzingen naar de basis-ggz neemt wel af, maar omdat de andere doorverwijzingen naar de ggz stijgen, neemt het aantal doorverwijzingen naar de ggz in totaliteit wel toe.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren



Figuur 3: Doorverwijzingen na verkennd gesprek in de pilots van Tilburg en Breda van januari 2022 t/m maart 2024 van Hoekstra et al. (2024) (N=4795).

Op basis van de langstlopende pilots is niet vast te stellen dat het verkennd gesprek het beoogde effect van vermindering van het aantal doorverwijzingen naar (alle soorten van) de ggz zal realiseren, zoals VWS (2022) dat nastreeft.

1.2 Probleemstelling

Het verkennd gesprek lijkt vooralsnog niet tot een afname van het aantal doorverwijzingen naar de ggz te leiden. Een reden hiervoor kan zijn dat ggz-professionals sneller de neiging hebben om zorgvragers door te verwijzen naar de ggz dan andere professionals, zoals POH's, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen (Van Gent et al., 2023). In dit geval kan de aanwezigheid van een ggz-professional de reden zijn dat het verkennd gesprek niet resulteert in een afname van het aantal doorverwijzingen naar de ggz en is het de vraag of ggz-professionals mogelijk minder geschikt zijn dan andere professionals om het verkennd gesprek uit te voeren.

Een mogelijke complicatie van dat andere professionals – POH's, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen – het verkennd gesprek uitvoeren, zonder de betrokkenheid van een ggz-professional, is dat zorgvragers die een ggz-behandeling nodig hebben, niet als zodanig worden herkend en daarom niet worden doorverwezen (Van Gent et

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren al., 2023). Een ggz-professional moet in dit geval bij het verkennend gesprek betrokken worden om *“te voorkómen dat je ernstige aandoeningen ‘mist’ en om iemand – indien nodig – direct naar de juiste wachtlijst te kunnen begeleiden”* (Van Gent et al., 2023).

Concluderend kan de ggz-professionals bij het verkennend gesprek de zorgvragers te veel doorverwijzen naar de ggz, terwijl POH’s, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen mogelijk psychische klachten, die het beste in de ggz behandeld kunnen worden, niet herkennen. Daarom richt dit onderzoek zich op de vraag hoe deze vier beroepsgroepen verschillen in de manier waarop zij de psychische klachten van zorgvragers beoordelen. Op basis daarvan kan mogelijk vastgesteld worden welke beroepsgroepen het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren. De vraagstelling luidt als volgt: *Welke verschillen zijn er tussen ggz-professionals, praktijkondersteuners van de huisarts, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen in hoe zij de psychische klachten beoordelen van zorgvragers die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek?*

1.3 Relevantie

1.3.1 Maatschappelijke relevantie

De ggz in Nederland kampt met uitdagingen, zoals stijgende zorgkosten, een toenemende vraag naar zorg en een tekort aan gekwalificeerd personeel (Hoekstra et al., 2024). Om de druk op de ggz te verlichten, is het verkennend gesprek ingevoerd. Het verkennend gesprek moet ertoe leiden dat zorgvragers met psychische klachten gerichter worden doorverwezen, zodat de juiste zorg op het juiste moment wordt ingezet en er vaker wordt gekozen voor een doorverwijzing naar het sociaal domein (VWS, 2022). Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe verschillende professionals psychische klachten beoordelen. Een beter begrip van hoe deze professionals psychische klachten beoordelen, kan helpen om de effectiviteit van het verkennend gesprek te verbeteren. Door te analyseren welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren, kan de doorverwijzing worden geoptimaliseerd, waardoor zorgvragers beter geholpen worden.

1.3.2 Sociologische relevantie

Dit onderzoek levert een bijdrage aan het bredere sociologische debat over de verhouding tussen de ggz en het sociaal domein. Hoewel in het IZA expliciet staat dat de zorg meer aandacht moet hebben voor sociale determinanten van gezondheid, is het verkennend gesprek mogelijk nog steeds georiënteerd op de ggz, door de aanwezigheid van een ggz-professional.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Daarnaast draagt dit onderzoek bij aan het vergroten van het inzicht in hoe het beleid van VWS (2022) het beste uitgevoerd kan worden. De resultaten van dit onderzoek geven mogelijk beter inzicht in welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren.

1.3.3 Wetenschappelijke relevantie

Er is nog weinig wetenschappelijke literatuur over de invloed van verschillende professionals op de uitkomsten van het verkennend gesprek en de mogelijke gevolgen hiervan voor doorverwijzing naar de ggz of het sociaal domein. Dit onderzoek poogt dit gebrek aan kennis aan te vullen. De resultaten kunnen bijdragen aan wetenschappelijke inzichten over de rol van verschillende professionals bij het beoordelen van psychische klachten en welke vervolgstappen zij op basis van deze beoordeling aanraden.

1.4 Leeswijzer

Deze scriptie bestaat uit vijf hoofdstukken. In Hoofdstuk 1 is de context van het verkennend gesprek geschetst en is de hoofdvraag geïntroduceerd. Hoofdstuk 2 bevat het theoretisch kader. Hierin wordt uitgewerkt wat de richtlijnen zijn over hoe professionals de psychische klachten moeten beoordelen, hoe dit theoretisch wordt onderzocht en worden verwachtingen geformuleerd over hoe de verschillende beroepsgroepen psychische klachten beoordelen. In Hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode beschreven, inclusief het interviewschema. De resultaten van de interviews worden gepresenteerd in Hoofdstuk 4, geordend per thema en beroepsgroep. In Hoofdstuk 5 wordt de hoofdvraag beantwoord. Daarbij worden de resultaten besproken en gekoppeld aan de verwachtingen. Ook worden de sterke punten, beperkingen en aanbevelingen besproken.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag theoretisch uitgewerkt. Het hoofdstuk begint met de richtlijnen van VWS (2022) over hoe de professionals in het verkennend gesprek psychische klachten zouden moeten beoordelen en hoe dit theoretisch wordt onderzocht. Op basis van bestaande literatuur en hierop gebaseerde argumentaties zijn verwachtingen geformuleerd over hoe ggz-professionals, POH's, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen de psychische klachten verschillend zullen beoordelen.

2.1 Richtlijnen voor het beoordelen van psychische klachten

2.1.1 Medicalisering

VWS (2022) heeft richtlijnen opgesteld voor de wijze waarop professionals een verkennend gesprek moeten uitvoeren. Het doel van deze richtlijnen is dat het verkennend gesprek zal leiden tot minder zogenaamde ‘medicalisering’. Het begrip ‘medicaliseren’ wordt door VWS (2022) echter niet gedefinieerd. Wel is vastgesteld dat om medicalisering te voorkomen, het verkennend gesprek gericht moet zijn op de zorgvrager en niet slechts op de psychische klachten van de zorgvrager. De professionals moeten de zorgvrager ondersteunen bij het ontdekken van zijn mogelijkheden in plaats van zich primair te richten op een ggz-behandeling. De professionals kunnen als alternatief voor een ggz-behandeling zich bijvoorbeeld richten op het maatschappelijk werk, lotgenotencontact of aanpassingen in de leefomgeving (VWS, 2024).

In dit onderzoek wordt de definitie van medicalisering van Conrad (2007) gehanteerd. Volgens Conrad (2007) is er sprake van medicalisering als zich ten minste één van de volgende vier aspecten voordoet:

- een probleem wordt gedefinieerd in medische termen;
- een probleem wordt beschreven door gebruik van medische taal;
- een probleem wordt begrepen via een medisch kader;
- een probleem wordt behandeld met medische interventies.

Aangezien in dit onderzoek het medische kader de ggz omvat, zal voortaan in plaats van ‘medisch’, ‘ggz’ worden gebruikt. De eerste drie aspecten die hierboven genoemd zijn, omvatten de duiding van de psychische klachten en het laatste aspect omvat de vervolgstappen voor de psychische klachten.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de professionals de psychische klachten benoemen. Dit is gebaseerd op het eerste aspect en het tweede aspect. Het eerste aspect is dat een probleem wordt gedefinieerd in ggz-termen (Conrad, 2007). Een voorbeeld hiervan is dat somberheid wordt gediagnosticeerd als een depressie. Het tweede aspect betreft het gebruik van ggz-taal om over een probleem te spreken. Een voorbeeld hiervan is dat de professionals de psychische klachten bespreken als een ‘aandoening’ (Conrad, 2007). Dit zijn dus geen specifieke diagnoses, maar het taalgebruik laat wel zien dat de psychische klachten behoren tot de ggz door de psychische klachten te bestempelen als een ‘ziekte’. Als psychische klachten niet met ggz-termen of ggz-taal worden benoemd, gebeurt dat met wat in deze scriptie ‘sociale taal’ wordt genoemd. Dit is een beschrijving in alledaagse woorden, die de klachten dus niet als aandoening of diagnose beschrijft. Een voorbeeld van sociale taal is om psychische klachten van de zorgvrager te beschrijven als ‘de zorgvrager voelt zich somber’.

Daarnaast wordt in dit onderzoek gekeken naar welke verklaringskaders de professionals hanteren. Dit is gebaseerd op het derde aspect van Conrad (2007). Het derde aspect van medicalisering is dat een probleem wordt begrepen binnen een ggz-interpretatiekader. Dit betekent dat de verklaringen voor een probleem op de ggz gericht zijn, zelfs als het probleem op zichzelf niet noodzakelijkerwijs als een ggz-probleem wordt beschouwd (Conrad, 2007). Er zijn verschillende verklaringskaders: moleculair, psychologisch, sociaal of een combinatie, zoals psychosociaal (Kaczmarek, 2019). Bij een moleculair verklaringskader wordt de verklaring gezocht in moleculen, zoals een dopaminetekort. Bij een psychologisch verklaringsniveau worden de verklaringen gezocht in de psyche van de zorgvrager, zoals een slecht zelfbeeld. Bij een sociaal verklaringsniveau wordt de verklaring gezocht in sociale determinanten, zoals de leefomstandigheden of de cultuur. In dit onderzoek betreft een ggz-verklaringskader een moleculair of psychologisch verklaringskader. Een verklaringskader dat niet op de ggz is gericht, is dus een sociaal verklaringskader.

Ook wordt beschouwd welke vervolgstappen de professionals aanraden. Dit is gebaseerd op het vierde aspect van Conrad (2007). Het vierde aspect is dat een probleem daadwerkelijk wordt behandeld met ggz-vervolgstappen. In dit onderzoek valt een ggz-behandeling of medicatie onder ggz-vervolgstappen. Zo kan verlegenheid worden geclassificeerd als een sociale angststoornis en vervolgens worden behandeld door een psycholoog en met medicatie (Conrad, 2007). In dit onderzoek is een alternatief voor ggz-vervolgstappen ondersteuning in het sociaal domein, oftewel sociaal domein-vervolgstappen.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Dit is zo, omdat het verkennend gesprek zich focust op de vraag of de zorgvrager beter naar de ggz of het sociaal domein verwezen kan worden.

2.1.2 Wenselijkheid van medicalisering

Volgens VWS (2022) moeten een ggz-duiding en -vervolgstappen zoveel mogelijk voorkomen worden, maar moeten zorgvragers met psychische klachten die een ggz-behandeling nodig hebben, wel naar de ggz doorverwezen worden. Indien ggz-vervolgstappen het meest wenselijk zijn, moet hier dus wel voor gekozen worden. In deze scriptie wordt onderzocht welke duiding en vervolgstappen de professionals wenselijk vinden aan de hand van het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019) dat vier vragen bevat. Kaczmarek’s vragen zijn geen protocol dat wordt afgewerkt om tot een definitief antwoord te komen welke duiding en vervolgstappen wenselijk zijn, maar kunnen helpen om de normatieve afweging van de professionals in kaart te brengen. De vragen zullen niet expliciet aan de professionals worden gevraagd, maar worden geherinterpreteerd om de vragen makkelijker te begrijpen te maken. De vier vragen van Kaczmarek staan afgebeeld in Figuur 4.

1. Has X been rightly recognised as a problem?
 - Does X cause or significantly increase the risk of considerable physical or mental discomfort, suffering, impairments or death?
2. Does recognising X as a problem not result from unfounded, exaggerated social expectations?
 - Is recognising X as a problem not an example of undue limitation of diversity of individuals for the sake of normalisation?
3. Does medicine provide the most adequate methods of understanding X and its causes?
 - At which level (e.g. molecular, mental, social, several levels combined) do main causes of X occur?
 - Are there any alternative, non-medical and more appropriate ways of understanding X and its causes?
4. Does medicalizing X ensure the most effective and safest methods of solving it?
 - Are there any alternative, non-medical and more effective ways to solve X or its causes?
 - Does medicalizing X do less harm than good?

Figuur 4: De vier vragen die samen het ethische raamwerk van Kaczmarek (2019) vormen.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

De eerste vraag is of een bepaald verschijnsel terecht als een probleem wordt gezien. Een verschijnsel wordt terecht als een probleem gezien als het verschijnsel aanzienlijk fysiek of mentaal ongemak, lijden, beperkingen of een verhoogd risico op overlijden veroorzaakt (Kaczmarek, 2019). Bij psychische klachten, zoals somberheid, is er sprake van mentaal ongemak, maar meestal is er geen sprake van levensgevaar, lichamelijke pijn of fysieke beperkingen. In dat opzicht kan somberheid door sommige professionals mogelijk niet terecht als een probleem worden gezien. Toch kan somberheid wel aanzienlijke mentale impact hebben. Op basis hiervan kunnen sommige professionals de somberheid toch wel terecht zien als een probleem.

De tweede vraag gaat over of de erkenning van het verschijnsel als probleem niet voortkomt uit overdreven sociale verwachtingen (Kaczmarek, 2019). Bij psychische klachten, zoals somberheid, zouden professionals kunnen aangeven dat sombere gevoelens bij het leven horen. Daarom kan somberheid op basis van onrealistische sociale verwachtingen door sommige professionals als een probleem worden gedeut. Andere professionals kunnen aangeven dat ze de somberheid zo ernstig vinden dat ze het een probleem vinden op basis van wat realistisch gezien kan worden verwacht.

De derde vraag is of een ggz-verklaring de meest geschikte methode biedt om de psychische klachten te begrijpen. Dit betekent dat er moet worden gekeken naar het niveau (moleculair, psychologisch, sociaal of een combinatie, zoals psychosociaal) waarop de psychische klachten ontstaan (Kaczmarek, 2019). Zoals eerder aangegeven, wordt een moleculair en psychologisch verklaringskader gezien als een ggz-verklaringskader. Bij een psychologisch verklaringskader vindt de professional bijvoorbeeld dat de psychische klachten verklaard kunnen worden vanuit een laag zelfbeeld. Bij een sociaal verklaringskader vindt de professional bijvoorbeeld dat de psychische klachten ontstaan uit de cultuur waarin de zorgvrager leeft.

De vierde en laatste vraag is of ggz-vervolgstappen de meest effectieve en veilige manier zijn om het probleem op te lossen. Als sociaal domein-vervolgstappen effectiever en/of veiliger zijn, dan kan het toepassen van ggz-vervolgstappen ongepast of zelfs schadelijk zijn (Kaczmarek, 2019). Sommige professionals kunnen bijvoorbeeld medicijnen voorschrijven bij somberheid, wat wenselijk kan zijn als de medicijnen de somberheid doen afnemen. In dit geval zien zij de mogelijke bijwerkingen – zoals slaperigheid, duizeligheid, coördinatiestoornissen en vermoeidheid bij antidepressiva (Radboudumc, z.d.) – als een beter alternatief dan somber zijn. Andere professionals beschouwen het gebruiken van

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren antidepressiva als ongewenst. Bij mildere klachten – zoals somberheid – die geen pijn of levensgevaar opleveren, kunnen de bijwerkingen zwaarder wegen dan het voordeel (Kaczmarek, 2019).

Samenvattend wordt in dit onderzoek eerst gekeken hoe de professionals de psychische klachten benoemen. Daarna wordt geanalyseerd welk verklaringskader zij hanteren. Vervolgens komt aan bod welke vervolgstappen de professionals passend achten. Daarbij wordt gekeken of zij de psychische klachten als problematisch beschouwen. Ook wordt meegenomen of zij vinden dat de psychische klachten voortkomen uit onrealistische sociale verwachtingen. Daarnaast wordt onderzocht welk verklaringsniveau zij het meest toepasselijk vinden. Ten slotte wordt onderzocht welke vervolgstappen volgens de professionals het meest effectief en veilig zijn.

2.2 Hoe verschillende professionals psychische klachten mogelijk beoordelen

De vier aspecten van medicalisering van Conrad (2007) en het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019) bieden aanknopingspunten om inzicht te krijgen in hoe de vier beroepsgroepen psychische problemen beoordelen. Dit wordt verder uitgewerkt per beroepsgroep.

2.2.1 Ggz-professionals

De ggz-professional speelt, zoals beschreven in het IZA, een belangrijke rol in het verkennend gesprek. De ggz-professionals bepalen namelijk of de zorgvrager beter doorverwezen kan worden naar de ggz of het sociaal domein (Zorginstituut Nederland, 2024). Hoewel de ggz-professionals deze afweging volgens het IZA moeten maken, bestaat de mogelijkheid dat zij onvoldoende kunnen inschatten of de zorgvrager beter geholpen kan worden binnen het sociaal domein. Dit kan mogelijk komen doordat ggz-professionals psychische klachten sneller aangeven met een ggz-duiding dan andere professionals (Van Gent et al., 2023). Twee mogelijke oorzaken hiervan worden besproken.

De eerste oorzaak is dat ggz-professionals vaak zijn opgeleid om vanuit een diagnostisch perspectief te kijken. Ze zijn gewend om diagnostiekconsulten te voeren, waardoor het lastig kan zijn om deze beoordeling los te laten in een verkennend gesprek. Het doel van een diagnostiekconsult is namelijk het stellen van een diagnose, die vervolgens de basis vormt voor een behandelplan (Zorginstituut Nederland, 2024). Wanneer een ggz-professional het verkennend gesprek te veel als een diagnostiekconsult benadert, zal hij of zij waarschijnlijk de psychische klachten diagnosticeren en een ggz-behandeling voorschrijven.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Een tweede mogelijke oorzaak waarom ggz-professionals psychische klachten aangeven met een ggz-duiding, is dat zij mogelijk meer diagnosedruk voelen dan andere professionals. Diagnosedruk is de druk om een diagnose voor de psychische klachten te stellen. Ggz-professionals voelen mogelijk meer diagnosedruk dan andere professionals om twee redenen. De eerste is dat zij officieel een diagnose mogen stellen en deze diagnose geeft vaak toegang tot zorg en vergoeding via de zorgverzekering (Claassen, 2020; Van Dijk et al., 2023; Wienen, 2021). De tweede reden waarom ggz-professionals mogelijk meer diagnosedruk voelen dan andere professionals, is dat zorgvragers aan ggz-professionals vaak expliciet om erkenning en behandeling vragen (Van Dijk et al., 2023). Een officieel erkende diagnose biedt namelijk een sociaal geaccepteerde reden waarom iemand niet voldoet aan maatschappelijke verwachtingen (Claassen, 2020; Van Dijk et al., 2023; Wienen, 2021).

Er wordt verwacht dat ggz-professionals de psychische klachten van een zorgvrager vaker dan de andere drie beroepsgroepen met ggz-termen definiëren, met ggz-taal beschrijven, een ggz-verklaringskader hanteren en ggz-vervolgstappen voorschrijven.

2.2.2 POH's

Hoewel het IZA niet expliciet aanbeveelt om POH's te betrekken bij het verkennend gesprek, gebeurt dit in de pilots wel. De POH's hanteren in hun gesprekken een brede benadering ten opzichte van de psychische klachten van de zorgvrager. Tijdens een consult bij de POH-ggz wordt de zorgvrager bevraagd op sociale, psychische en somatische factoren die mogelijk bijdragen aan zijn of haar klachten (Zorginstituut Nederland, 2024). Hierdoor sluiten de gesprekken die de POH's voeren goed aan bij de doelstellingen van het verkennend gesprek, wat de reden is dat zij betrokken worden in de pilots van het verkennend gesprek (Van Gent et al., 2023).

Een POH-ggz wordt aangeleerd te werken volgens het KOP-model (Beeres, 2019; Starmans et al., 2018). Het KOP-model onderscheidt drie componenten: klachten (K), omstandigheden (O) en persoonlijke stijl (P). Klachten verwijzen naar de ervaren symptomen. Omstandigheden omvatten externe factoren die bijdragen aan de psychische klachten. Persoonlijke stijl betreft iemands manier om met de psychische klachten om te gaan en zijn of haar persoonlijkheidskenmerken. POH's hanteren door dit model een holistische beoordeling, waarin de wisselwerking tussen de zorgvrager en zijn omgeving centraal staat. Door deze elementen in samenhang te bekijken, helpt een POH-ggz patiënten om hun klachten beter te begrijpen en oplossingen te vinden zonder direct een ggz-behandeling te adviseren (Beeres, 2019; Starmans et al., 2018).

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Er wordt verwacht dat POH’s de psychische klachten van een zorgvrager minder vaak met ggz-termen definiëren, met ggz-taal beschrijven, een ggz-verklaringskader hanteren en ggz-vervolgstappen voorschrijven dan de ggz-professionals, maar vaker dan de professionals uit het sociaal domein en de ervaringsdeskundigen, omdat POH’s behoren tot de (eerstelijns-) ggz.

2.2.3 Professionals uit het sociaal domein

Naast de ggz-professional speelt ook de professional uit het sociaal domein een cruciale rol in het verkennend gesprek volgens het IZA. De professional uit het sociaal domein zal in het verkennend gesprek kijken of ondersteuning binnen het sociaal domein de beste aanpak is (VWS, 2022). Dit kunnen voorzieningen van de gemeente zijn, zoals schuldhelpverlening; vrijwillige ondersteuning, zoals hulp van vrijwilligers; en informele hulpbronnen, zoals de zorgvrager aanraden vaker af te spreken met vrienden (Zorginstituut Nederland, 2024)

Professionals uit het sociaal domein diagnosticeren de psychische klachten van een zorgvrager waarschijnlijk minder snel dan de ggz-professionals. Dit komt doordat zij zich niet primair richten op een diagnose, maar op sociale determinanten die gezondheid beïnvloeden, zoals leefstijl en maatschappelijke omstandigheden (RVS, 2020; VWS, 2020). Hierdoor diagnosticeren zij psychische klachten niet direct, maar zoeken zij naar onderliggende sociale oorzaken.

Er wordt verwacht dat professionals uit het sociaal domein, vanwege hun focus op sociale determinanten van gezondheid, de psychische klachten het vaakst van alle vier beroepsgroepen met sociale taal beschrijven, een sociaal verklaringskader hanteren en sociaal domein-vervolgstappen voorschrijven.

2.2.4 Ervaringsdeskundigen

Een ervaringsdeskundige kan volgens VWS (2022) een waardevolle rol spelen in het verkennend gesprek. Door persoonlijke ervaringen met psychische klachten te delen, helpt de ervaringsdeskundige de zorgvrager om beter met zijn of haar psychische klachten om te gaan. Het verhaal van de ervaringsdeskundige kan zorgen voor erkenning, herkenning en het bieden van perspectief. Daarnaast fungeert de ervaringsdeskundige als brug tussen de formele zorg en de persoonlijke beleving van de zorgvrager. Hierdoor kan de zorgvrager zich beter begrepen voelen, wat bijdraagt aan meer mensgerichte zorg (Zorginstituut Nederland, 2024).

Ervaringsdeskundigen hanteren een herstelgerichte benadering. De herstelgerichte benadering houdt in dat ervaringsdeskundigen zorgvragers ondersteunen door perspectief te

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren bieden uit hun eigen ervaringen (GGZ Standaarden, z.d.-b). Hierdoor adviseren ze vaak alternatieve strategieën voor herstel in plaats van een ggz-behandeling, zoals leefstijlinterventie of sociale ondersteuning (GGZ Standaarden, z.d.-b).

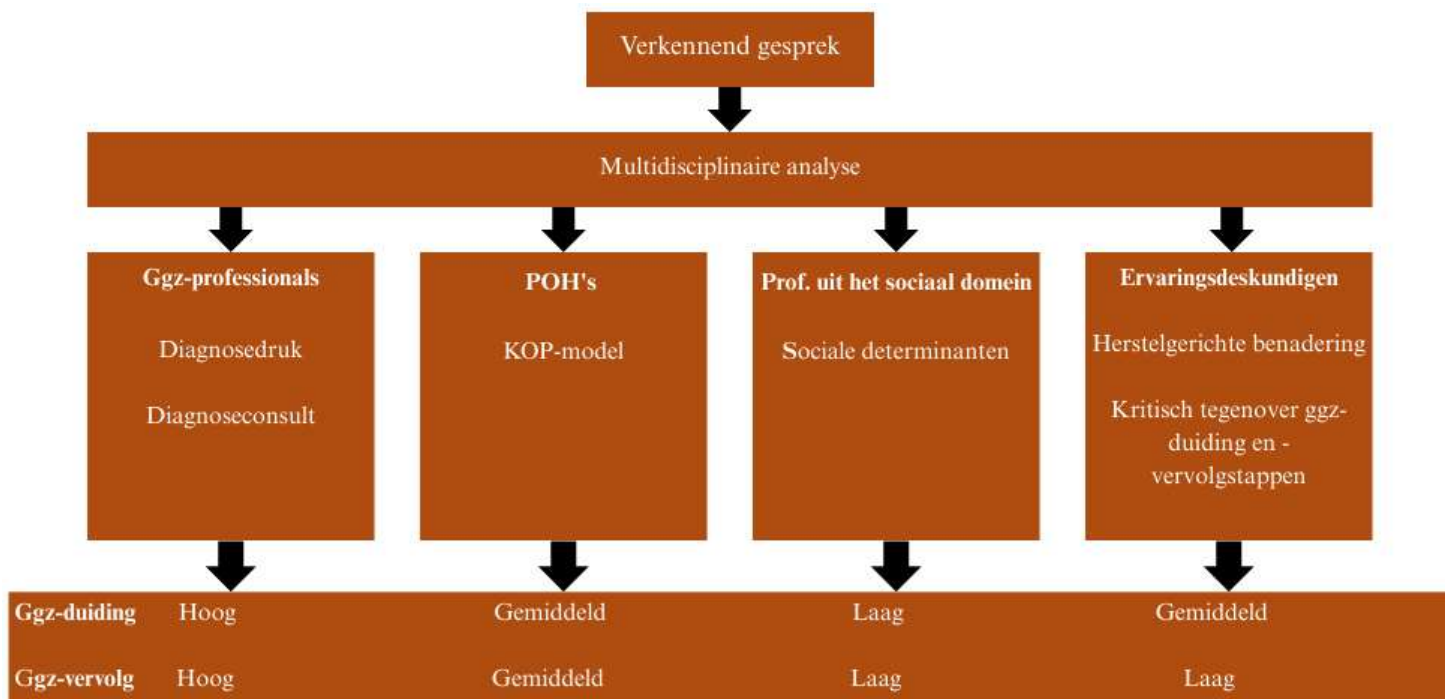
Daarnaast kijken sommige ervaringsdeskundigen kritisch naar een ggz-duiding en -vervolgstappen (Callens et al., 2017; Van Lisdonk & Callens, 2017). Velen van hen hebben namelijk zelf ervaren hoe snel diagnoses worden gesteld en hoe dit kan leiden tot langdurige afhankelijkheid van de ggz. Daarom pleiten zij vaak voor alternatieve zorgvormen in plaats van een ggz-behandeling (Callens et al., 2017; Van Lisdonk & Callens, 2017). Tegelijkertijd erkennen sommige ervaringsdeskundigen dat een diagnose en ggz-behandeling soms noodzakelijk zijn en kunnen zij cliënten ondersteunen bij het verkrijgen van een diagnose of ggz-behandeling (Callens et al., 2017; Van Lisdonk & Callens, 2017).

Er wordt verwacht dat ervaringsdeskundigen vaker dan ggz-professionals en POH's de psychische klachten met sociale taal beschrijven, een sociaal verklaringskader hanteren en sociaal domein-vervolgstappen voorschrijven. Anderzijds wordt aangenomen dat ervaringsdeskundigen erkennen dat een ggz-duiding en -vervolgstappen soms noodzakelijk zijn. Mogelijk definiëren ervaringsdeskundigen daarom vaker dan een professional uit het sociaal domein de psychische klachten met ggz-termen, beschrijven ze de psychische klachten met ggz-taal, hanteren zij een ggz-verklaringskader en raden zij ggz-vervolgstappen aan.

2.2.5 Schematisch overzicht

In Figuur 5 wordt schematisch weergegeven hoe verschillende professionals – op basis van de literatuur en hierop gebaseerde argumenten – psychische klachten mogelijk duiden en welke vervolgstappen zij aanraden. Figuur 5 onderscheidt vier typen professionals die de multidisciplinaire analyse binnen het verkennend gesprek kunnen uitvoeren: ggz-professionals, POH's, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen. Figuur 5 geeft in trefwoorden aan vanuit welk denkkader zij psychische klachten van de zorgvrager mogelijk beoordelen. Daarnaast geeft het figuur aan of wordt verwacht dat professionals een neiging hebben om de psychische vragen met een ggz-duiding aan te geven en in hoeverre zij geneigd zijn de zorgvrager door te verwijzen naar ggz-vervolgstappen. In Figuur 5 duidt ‘hoog’ op een sterke neiging van professionals om de psychische klachten te interpreteren binnen het kader van de ggz en daaropvolgende stappen binnen de ggz te plaatsen. ‘Laag’ verwijst naar een geringe neiging daartoe, terwijl ‘gemiddeld’ een positie tussen beide aanduidt.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren



Figuur 5: Schematische weergave van geformuleerde verwachtingen.

2.2.6 Welke duiding en vervolgstappen de professionals wenselijk vinden

Er worden geen verwachtingen geformuleerd over de vraag of de vier beroepsgroepen de psychische klachten als problematisch beschouwen, of zij deze problematisering zien als het gevolg van onrealistische sociale verwachtingen, welk verklaringsniveau zij het meest passend achten en welke vervolgstappen zij als het meest effectief en veilig inschatten. Het is lastig om verwachtingen over welke duiding en vervolgstappen de professionals wenselijk vinden te formuleren, omdat er weinig literatuur beschikbaar is over hoe verschillende beroepsgroepen hierover denken. Daarom is ervoor gekozen om deze onderwerpen open te beoordelen en te onderzoeken welke ideeën er in de praktijk bestaan.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe het onderzoek is vormgegeven en uitgevoerd.

Allereerst wordt ingegaan op het gekozen type onderzoek. Daarna volgt een toelichting op de wijze van dataverzameling. Deze omvat onder meer de onderzoekspopulatie, de werving van participanten, de voorbereiding op de interviews en het verloop van de interviews. Vervolgens wordt uitgelegd hoe de verzamelde data zijn verwerkt. Tot slot wordt aandacht besteed aan de kwaliteitseisen waaraan het onderzoek moet voldoen en worden de ethische overwegingen besproken.

3.1 Type onderzoek

Dit onderzoek richt zich op oordelen en percepties van de participanten. Daarom is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, omdat oordelen en percepties het beste in kaart kunnen worden gebracht met een kwalitatieve onderzoeksmethode (Hennink et al., 2020).

Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd met behulp van semigestructureerde interviews. Een semigestructureerd interview is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij de interviewer vooraf een aantal vragen opstelt, maar tijdens het gesprek flexibel kan inspelen op de antwoorden van de geïnterviewde. Dit betekent dat de volgorde en formulering van de vragen kunnen variëren en dat er ruimte is om dieper in te gaan op relevante onderwerpen die spontaan naar voren komen (Hennink et al., 2020). Semigestructureerde interviews zijn geschikt als methode voor dataverzameling, omdat er weinig bekend is over hoe professionals psychische klachten beoordelen.

3.2 Dataverzameling

In deze paragraaf wordt uiteengezet op welke wijze de dataverzameling tot stand is gekomen. Eerst wordt beschreven hoe de onderzoekspopulatie is samengesteld en hoe de participanten zijn geworven. Vervolgens wordt toegelicht hoe de interviews zijn voorbereid, welke casussen zijn gebruikt en hoe het interviewschema is opgebouwd. Tot slot wordt beschreven hoe de interviews zijn verlopen. Deze stappen geven gezamenlijk inzicht in de opzet en uitvoering van het onderzoek en vormen de basis voor de analyse van de verkregen gegevens.

3.2.1 Onderzoekspopulatie

In de eerste pilots van het verkennend gesprek worden de verkennende gesprekken uitgevoerd door ggz-professionals, POH's, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen (Van Gent et al., 2023). Deze scriptie richt zich op de vraag welke beroepsgroepen, die tot op

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkenkend gesprek’ uit te voeren dat moment aan de pilots hebben deelgenomen, het meest geschikt zijn om het verkenkend gesprek te voeren. De onderzoekspopulatie bestaat daarom uit ggz-professionals, POH’s, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen.

Tijdens het kwalitatieve onderzoek liep de auteur van deze scriptie als student-onderzoeker stage bij KieN, een specialistische ggz-organisatie voor zorgvragers in Friesland (KieN, z.d.). Om de onderzoekspopulatie beheersbaar te houden en omdat via KieN contact kon worden gelegd met relevante professionals in Friesland, richtte het onderzoek zich specifiek op professionals die in mei 2025 in Friesland werkzaam waren als professional in één van de vier beroepsgroepen.

Om inzicht te verkrijgen in hoe verschillende beroepsgroepen psychische klachten beoordelen, was het doel om drie participanten per beroepsgroep te interviewen. Dit doel is gerealiseerd; er zijn in totaal twaalf professionals geïnterviewd.

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de beoordeling door de verschillende beroepsgroepen, is getracht om per beroepsgroep participanten uit verschillende organisaties te selecteren. Wanneer alle participanten binnen een beroepsgroep uit één organisatie afkomstig zijn – bijvoorbeeld alleen ggz-professionals van KieN – zou dit het risico op een eenzijdig perspectief vergroten. In dat geval zou vooral duidelijk worden hoe de betreffende beroepsgroep binnen die specifieke instelling de psychische klachten beoordeelt. Aan dit doel is deels voldaan: de ggz-professionals, POH’s en professionals uit het sociaal domein komen uit verschillende instellingen. Twee ervaringsdeskundigen zijn echter werkzaam bij dezelfde organisatie.

3.2.2 Werving van participanten

De participanten zijn benaderd via e-mail. De e-mailadressen zijn verworven door online naar e-mailadressen te zoeken van professionals die werkzaam zijn binnen de vier beroepsgroepen. Zo zijn onder andere praktijken benaderd van psychologen en welzijnscoaches. De meeste e-mailadressen zijn echter verzameld via de nieuwsbrief van *Welzijn op Recept Friesland*¹, aangezien de beroepsgroepen die hierbij betrokken zijn grotendeels overlappen met de doelgroep van dit onderzoek. Deze e-mailadressen konden zowel van personen zijn, zoals een professional uit het sociaal domein, als van een organisatie, zoals een gemeente.

Naar deze e-mailadressen is een e-mail gestuurd, opgenomen in Bijlage 7.1, met daarin een toelichting waar het onderzoek over ging, tot welke beroepsgroepen de gezochte

¹ <https://samenwerking-sociaal-domein-huisartsenzorg-en-ggz.rosfriesland.nl/welzijnoprecept-oktober2023>

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren participanten dienden te behoren, hoelang het interview zou duren en of de ontvanger zelf wilde deelnemen of de oproep wilde doorsturen naar geschikte contactpersonen. Verschillende personen stuurden de e-mail door naar iemand die behoorde tot de doelgroep en van wie zij verwachtten dat diegene bereid zou zijn deel te nemen. Ook gaven enkele ontvangers zelf aan te willen deelnemen. Op deze wijze zijn negen participanten geworven.

Voor de werving van de laatste drie participanten is een medewerker van KieN gevraagd om een oproep te plaatsen op LinkedIn. Deze oproep, eveneens opgenomen in Bijlage 7.1, is negen keer gedeeld en leidde tot de aanmelding van de resterende drie participanten.

3.2.3 Voorbereiding op het interview

Voorafgaand aan de interviews zijn drie proefinterviews afgenomen. Op basis hiervan zijn enkele aanpassingen doorgevoerd in de casussen en het interviewschema. Ter voorbereiding op zowel het proefinterview als het echte interview ontvingen de participanten per e-mail twee documenten. Het eerste document betrof het informed-consentformulier, dat is opgesteld volgens de richtlijnen van de Rijksuniversiteit Groningen (z.d.) en is opgenomen in Bijlage 7.2. In dit formulier wordt beknopte informatie gegeven over het onderzoek, waaronder het onderwerp, de aard van de interviewvragen en de wijze van dataopslag. Ook konden participanten via het informed-consentformulier toestemming geven voor het meedoen aan het onderzoek en het opnemen van het interview. Dit konden ze doen door het informed-consentformulier te tekenen en per e-mail terug te sturen naar de student-onderzoeker.

Het tweede document dat met de e-mail is meegestuurd bevatte de twee casussen die tijdens het interview centraal stonden. In de volgende paragraaf wordt eerst uiteengezet hoe deze casussen tot stand zijn gekomen, gevolgd door een beschrijving van de definitieve versies van de casussen die via e-mail naar de participanten zijn gestuurd.

3.2.3.1 Casussen

Om tot de definitieve casussen te komen, zijn vier stappen doorlopen. Als eerste stap zijn, op basis van een rapport van VWS (2018) drie casussen opgesteld. Dit rapport beschrijft situaties waarin onduidelijkheid bestaat over de vraag of de zorgvrager beter geholpen kon worden binnen de ggz of het sociaal domein. De casussen zijn geformuleerd als mogelijke voorbeelden van situaties waarin een verkennend gesprek passend zou kunnen zijn.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Concept casus 1 luidt als volgt:

Mariëlle van 26 jaar denkt altijd dat ze sterk en ambitieus is. Ze is een vrouw die precies weet wat ze wil. Toch voelt ze zich steeds vaker verloren. Op haar werk is ze de jongste en wil ze zich bewijzen. Dit betekent lange dagen, extra taken aannemen en voortdurend op zoek zijn naar bevestiging. Maar hoe hard ze ook werkt, ze heeft het gevoel dat het nooit genoeg is. Haar sociale media staan vol met perfecte plaatjes: vrienden die carrière maken, verre reizen maken of een gelukkig gezinsleven leiden. Mariëlle voelt zich onzeker en vraagt zich af waarom zij zich zo opgebrand voelt.

Concept casus 2 luidt als volgt:

Marije, 34 jaar, leeft in een constante rush. Marije heeft een verantwoordelijke functie bij een consultancybureau en werkt vaak over. Haar twee kinderen, Sophie en Daan, hebben een druk schema met school en sportactiviteiten. Alsof dat nog niet genoeg is, heeft Marije’s moeder steeds meer zorg nodig, en de mantelzorgtaken drukken zwaar op haar gezin. Marije merkt dat ze steeds vaker moe en prikkelbaar is. De stress begint haar parten te spelen. Op een dag, wanneer ze op haar werk weer een extra taak krijgt toebedeeld, voelt ze zich plots duizelig.

Concept casus 3 luidt als volgt:

Hendrik is 74 jaar en merkt dat hij steeds minder energie heeft. Waar hij vroeger dagelijks een lange wandeling maakte, moet hij nu vaker pauzeren. Ook is hij incontinent. Dit heeft erin geresulteerd dat hij niet meer naar buiten wil om een wandeling te maken, omdat hij bang is dat hij in zijn broek plast. Daarnaast heeft hij weinig sociale contacten. Zijn kinderen komen één keer per week langs en dat is zijn sociale contact van de week.

Als tweede stap zijn deze casussen per e-mail voorgelegd aan twee huisartsen in Friesland. Zij zijn benaderd via openbare e-mailadressen van huisartspraktijken. In de e-mail, opgenomen in Bijlage 7.3, is kort toegelicht waar het onderzoek over gaat, wat het verkennend gesprek inhoudt en zijn de drie casussen genoemd. Aan de huisartsen is gevraagd of zij deze casussen zelf zouden doorverwijzen naar een verkennend gesprek. De reacties van de huisartsen gaven aanleiding tot twee veranderingen aan de casussen.

Op basis van de feedback van de huisartsen zijn casus 1 en casus 2 behouden en is casus 3 verwijderd. Casus 1 riep verschillende reacties op: huisarts A achtte het sociaal domein meer passend, terwijl huisarts B een verwijzing naar de ggz adviseerde. Deze

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

uiteenlopende beoordelingen suggereerden dat casus 1 zich in een grijs gebied bevond, wat casus 1 geschikt maakte voor opname in het onderzoek, aangezien dit ook het geval is bij het verkennend gesprek. Huisarts A vond casus 2 passend voor een doorverwijzing naar het verkennend gesprek. Doordat deze casus door de huisarts als geschikt is bestempeld, is casus 2 behouden. Casus 3 is verwijderd, omdat huisarts B aangaf dat casus 3 thuishoorde bij de POH-somatiek, wat buiten de reikwijdte van dit onderzoek valt, aangezien deze scriptie zich richt op psychische klachten en niet op somatische klachten.

De tweede verandering werd doorgevoerd, omdat huisarts A aangaf dat zij bij dit soort casussen altijd eerst somatische oorzaken wil uitsluiten. Om hieraan tegemoet te komen, is bij casus 1 toegevoegd dat de zorgvrager al lichamelijk is onderzocht, een oriënterend laboratoriumonderzoek had ondergaan en dat er geen somatische oorzaken zijn gevonden. Bij casus 2 is vermeld dat er geen lichamelijke oorzaken zijn gevonden voor de duizeligheid.

Als derde stap zijn de twee casussen voorgelegd tijdens drie proefinterviews met twee ervaringsdeskundigen en één doktersassistente. Ook deze feedback leidde tot twee aanpassingen. De naam ‘Mariëlle’ in casus 1 is gewijzigd naar ‘Sanne’, om verwarring met ‘Marije’ in casus 2 te voorkomen. Daarnaast adviseerde een van de ervaringsdeskundigen om bij casus 2 te vermelden dat Marije alleenstaand is, aangezien dit mogelijk relevant is voor het inschatten van haar draaglast. Ook deze suggestie is overgenomen.

Ten slotte zijn de twee aangepaste casussen voorgelegd aan de tweede lezer van deze scriptie, dr. van Tol, een universitair docent met expertise op het gebied van ‘Medische Ethiek, Medische Professionaliteit en Medische Sociologie’ (University of Groningen, 2024). Op zijn advies zijn de hulpvragen in beide casussen explicieter geformuleerd. Zo is in casus 1 toegevoegd dat Sanne vermoedt een burn-out of depressie te hebben en om antidepressiva vraagt. In casus 2 is opgenomen dat Marije zich zorgen maakt over een mogelijke hersenziekte.

De definitieve beschrijving van casus 1 luidt als volgt:

Sanne van 26 jaar denkt altijd dat ze sterk en ambitieus is, een vrouw die precies weet wat ze wil. Toch voelt ze zich steeds vaker verloren. Op haar werk is ze de jongste en wil ze zich bewijzen. Dit betekent lange dagen, extra taken aannemen en voortdurend op zoek zijn naar bevestiging. Maar hoe hard ze ook werkt, ze heeft het gevoel dat het nooit genoeg is. Haar sociale media staan vol met perfecte plaatjes: vrienden die carrière maken, verre reizen maken of een gelukkig gezinsleven leiden. Sanne voelt zich onzeker, moe en af en toe somber. Ze

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren heeft zelf het idee dat ze een burn-out heeft of misschien wel een depressie. Ze wil dat er nu iets aan gedaan wordt. Sanne’s huisarts heeft haar al lichamelijk onderzocht en ze heeft een oriënterend labonderzoek gehad, waarbij alle lichamelijke oorzaken zijn uitgesloten. Sanne hoorde van een vriendin die antidepressiva kreeg voorgeschreven en daarvan opknapte. Dat zou zij ook wel willen.

Deze casus is opgenomen in dit onderzoek, omdat jongvolwassenen steeds vaker gevoelens van onzekerheid ervaren, wat kan leiden tot somberheid en stress (VWS, 2018). Dit komt mede door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals prestatiedruk, sociale media en een overvloed aan keuzes. Waar vroeger levenspaden – zoals werk, gezin en woonplek – grotendeels vastlagen, moeten jongvolwassenen nu voortdurend beslissingen nemen over hun toekomst. Dit versterkt gevoelens van onzekerheid. Deze onzekerheid wordt steeds vaker als een individueel probleem beschouwd, dat van een diagnose wordt voorzien. Wanneer jongvolwassenen zich somber voelen, wordt dit vaak gediagnosticeerd als een depressie, wat leidt tot een doorverwijzing naar de ggz (VWS, 2018). Er is discussie over de vraag of deze ggz-duiding en -vervolgstappen als ongewenst moeten worden gezien, omdat de onderliggende oorzaken vaak niet alleen individueel, maar ook maatschappelijk van aard zijn. Door het probleem als een psychische aandoening te beoordelen, wordt mogelijk voorbijgegaan aan de bredere context waarin jongvolwassenen zich bevinden. Dit kan resulteren in onnodige behandelingen, zoals medicatie of therapie, terwijl gevoelens van onzekerheid en somberheid in veel gevallen een normaal onderdeel zijn van deze levensfase (VWS, 2018).

De definitieve casus 2 luidt als volgt:

Marije, 34 jaar, alleenstaand, leeft in een constante rush. Marije heeft een verantwoordelijke functie bij een consultancybureau en werkt vaak over. Haar twee kinderen, Sophie en Daan, hebben een druk schema met school en sportactiviteiten. Alsof dat nog niet genoeg is, heeft Marije’s moeder steeds meer zorg nodig, en de mantelzorgtaken drukken zwaar op het gezin. Marije merkt dat ze steeds vaker moe en prikkelbaar is. De stress begint haar te veel te worden. Op een dag, wanneer ze op haar werk weer een extra taak krijgt toebedeeld, voelt ze zich plots duizelig. Marije is al lichamelijk onderzocht door haar huisarts en er bestaat geen somatische oorzaak voor haar duizeligheid. Marije is er niet gerust op en is bang dat er misschien toch sprake is van een hersenziekte. Ze wil graag meer onderzoek.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Deze casus is opgenomen in dit onderzoek, omdat de levensfase waarin Marije zich bevindt, constante druk met zich meebrengt. De verantwoordelijkheden uit verschillende domeinen van het leven werken op elkaar in, zoals hoge werkdruk, de zorg voor kinderen en tegelijkertijd de zorg voor ouder(s). Deze combinatie veroorzaakt vaak uitputting en stress (VWS, 2018). Dergelijke klachten worden vaak als een individueel probleem beschouwd, wat kan resulteren in diagnoses, zoals een burn-out. De focus ligt dan veelal op ggz-behandelingen, terwijl maatschappelijke structuren en sociale verwachtingen eveneens belangrijke oorzaken van de psychische klachten kunnen zijn. In deze context ontstaat discussie over de vraag of deze ggz-duiding als ongewenst moet worden gezien, omdat dit suggereert dat de oplossing bij het individu ligt, terwijl sommige stressfactoren voortkomen uit structurele klachten in de samenleving (VWS, 2018).

3.2.3.2 Interviewschema

Het definitieve interviewschema is ontwikkeld op basis van twee stappen. De eerste stap was het uitwerken van een concept-interviewschema op basis van het theoretisch kader. De duiding en vervolgstappen zijn bevraagd aan de hand van de aspecten van Conrad (2007) en de wenselijkheid daarvan is bevraagd op basis van het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019).

Deze twee onderwerpen, oftewel ‘topics’, zijn in het concept-interviewschema gescheiden behandeld. Het eerste topic heeft de titel ‘Medicalisering’ gekregen, het tweede ‘Wenselijkheid van de medicalisering’. In het eerste topic is, volgens de definitie van Conrad (2007), gevraagd hoe de deelnemer de psychische klachten in de casus definieerde. Ook is gevraagd welke taal de deelnemers zouden gebruiken om de psychische klachten te omschrijven. Daarnaast is gevraagd vanuit welk kader zij de psychische klachten interpreterden. Tot slot is gevraagd op welke manier zij de aanpak van het psychische probleem voor zich zagen. Vervolgens is in het tweede topic, op basis van het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019), gevraagd of de psychische klachten in de casus terecht als probleem erkend zijn. Daarnaast is gevraagd of deze erkenning gebaseerd was op realistische verwachtingen. Ook is gevraagd welke verklaring het meest geschikt was om de psychische klachten te duiden. Tot slot is besproken welke vervolgstappen de participanten het meest effectief en veilig vinden.

De tweede stap was het testen van het concept-interviewschema in de praktijk. Dit is gedaan aan de hand van drie proefinterviews. Uit deze proefinterviews is naar voren gekomen

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren dat er te veel overlap was tussen de twee oorspronkelijke topics ‘Medicalisering’ en ‘Wenselijkheid van medicalisering’. Dit bleek uit het feit dat proefparticipanten meerdere keren dezelfde antwoorden gaven. Eén proefparticipant gaf aan dat zij niet goed wist wat ze nog moest zeggen, omdat zij het gevoel had in herhaling te vallen. Naar aanleiding van dit probleem zijn in het definitieve interviewschema de twee topics samengevoegd tot één: ‘Medicalisering en wenselijkheid’. Dit overkoepelende topic is vervolgens opgedeeld in twee subtopics: ‘Duiding’ en ‘Vervolgstappen’. Meerdere vragen zijn daarbij gecombineerd. Een voorbeeld hiervan is dat de vraag ‘Welke aanpak acht u passend voor deze persoon?’ is samengevoegd met ‘Op welke manier kan het probleem het meest veilig en effectief aangepakt worden?’ tot ‘Welke aanpak zou volgens u passend zijn in deze situatie?’.

Het definitieve interviewschema is opgenomen in Bijlage 7.4. Het interviewschema begint met een introductie waarin het doel van het onderzoek wordt toegelicht. Daarbij is aangegeven dat het onderzoek beoogt vast te stellen welke professionals geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren. In de introductie is verder benadrukt dat deelname vrijwillig is en de participant op elk moment mag stoppen met het interview of een vraag onbeantwoord mag laten. Voorafgaand aan de opname is expliciet toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview.

Na de introductie komt de vraag hoeveel jaar ervaring de participant heeft als professional en op welke manier hij of zij bekend is met het verkennend gesprek. Deze informatie helpt om de context van de participant beter te begrijpen.

Een volgende vraag gaat in op de mate waarin het verschijnsel in de casus als problematisch wordt gezien en in hoeverre dit gebeurt op basis van realistische verwachtingen. Een volgende vraag is hoe de participant de klachten zou omschrijven. Daarna komt de vraag welke vervolgstappen passend worden geacht en welke rol de ggz of het sociaal domein daarbij kan spelen. Deze vragen zijn gesteld om inzicht te krijgen in hoe de participant de casus beoordeelt.

Daarna is afstand genomen van de casussen. Aan de participant is gevraagd hoe hij of zij in het algemeen bepaalt of een zorgvraag thuishoort in het sociaal domein of in de ggz. Aansluitend is besproken wat de werkwijze is bij twijfel over de vraag of de psychische klachten van de zorgvrager beter passen binnen de ggz of het sociaal domein. Deze vragen zijn gericht op het verkrijgen van inzicht in de afwegingsprocessen van de participanten.

Het interview is steeds afgesloten met de vraag of de participant nog aanvullingen heeft en of hij of zij in de toekomst eventueel opnieuw benaderd mag worden, voor het geval

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren er onduidelijkheid is over bepaalde antwoorden. Tot slot is de participant bedankt voor zijn of haar openheid en deelname.

3.2.4 Verloop van de interviews

Van de twaalf interviews zijn er negen online afgenomen via Google Meet en drie face-to-face. Voor Google Meet is gekozen, omdat het een gratis platform is en participanten geen extra software hoefden te installeren. Twee face-to-face-interviews hebben plaatsgevonden bij de participant thuis en één interview vond plaats in de huisartsenpraktijk waar de participant werkzaam was. De onderzoeker had geen voorkeur voor de locatie en stemde af op de wensen van de participant. Wat betreft datum en tijdstip bood de onderzoeker meerdere opties aan, waaruit de participant een keuze kon maken. Alle interviews zijn afgenomen tussen 12 en 21 mei 2025. De interviews duurden gemiddeld 35 minuten, waarbij het kortste interview 23 minuten in beslag nam en het langste interview 48 minuten. Het doel was dat de interviews 30 minuten in beslag zouden nemen. Vijf interviews duurden korter dan 30 minuten, terwijl zeven interviews langer dan 30 minuten duurden. Dit komt dus in grote lijnen overeen met wat werd verwacht.

De interviews verliepen vlot. De participanten vertelden veel uit zichzelf, waardoor doorvragen slechts beperkt nodig was. Bij het beantwoorden van de vragen bleven zij doorgaans bij het thema en weken zij nauwelijks af. Twee vragen werden als lastig ervaren, waardoor de participanten daarbij soms wel afweken van het thema. De eerste moeilijke vraag was: “In hoeverre wordt het probleem in de casus vooral als problematisch gezien omdat het afwijkt van de standaard, dus van de maatschappelijke verwachtingen van iemand van ongeveer dezelfde leeftijd?”. De tweede vraag was: “Hoe verhouden de ggz en het sociaal domein zich volgens u tot elkaar op het gebied van effectiviteit en veiligheid?”. Deze twee vragen bleven dan ook het vaakst onbeantwoord.

De participanten gaven aan de interviews en casussen interessant en relevant te vinden. Over de casussen werd meermaals gezegd dat deze bij uitstek geschikt waren voor het verkennend gesprek, omdat de casussen zich op het snijvlak van de ggz en het sociaal domein bevonden. Ook werden de casussen als realistisch ervaren; verschillende participanten gaven aan eerder met zorgvragers met vergelijkbare psychische klachten te zijn geconfronteerd. Na afloop van de interviews benoemden meerdere participanten dat de vragen hen tot nieuwe reflecties hadden aanzet en dat zij dit waardeerden. Daarnaast stuurden sommige participanten na afloop nog een e-mail met de wens de onderzoeksresultaten te ontvangen, omdat zij het onderzoek van belang achtten.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

3.3 Dataverwerking

Voor de verwerking van de data is gekozen voor thematische analyse, een methode die geschikt is om vanuit de data verbanden te identificeren (Braun & Clarke, 2012). Deze analysemethode sluit goed aan bij het doel van deze scriptie, namelijk inzicht verkrijgen in hoe professionals psychische problemen beoordelen en welke overwegingen daarbij een rol spelen. De thematische analyse is uitgevoerd volgens de zes fasen van Braun en Clarke (2012).

De eerste fase bestaat uit het vertrouwd raken met de data (Braun & Clarke, 2012). De eerste fase begon met het transcriberen van de audiobestanden van de interviews. Dit gebeurde eerst met behulp van kunstmatige intelligentie, namelijk WhisperTranscribe, waarna de onderzoeker de transcripties controleerde en waar nodig corrigeerde. Aarzelingen en kleine zinswijzigingen – zoals de zin beginnen met ‘zij gaat’ en daarna veranderen in ‘zij ging’ – zijn niet opgenomen om de leesbaarheid te bevorderen. Elke transcriptie is opgeslagen in een apart document om tijdens het coderen het overzicht te bewaren.

In de tweede fase worden relevante fragmenten uit de tekst voorzien van codes die specifieke beoordelingen of percepties weergeven (Braun & Clarke, 2012). Het coderen vond plaats in ATLAS.ti. Er is gewerkt met deductieve codes, gebaseerd op vooraf opgestelde theoretische concepten, en met inductieve codes die ontstonden tijdens de analyse. Zo is de code ‘Diagnosedruk’ toegevoegd op basis van het theoretisch kader, terwijl de code ‘Laagdrempelig’ voortkwam uit terugkerende opmerkingen van participanten dat de vervolgstappen laagdrempelig moeten zijn. Alle codes zijn voorzien van een toelichting om de transparantie van het analyseproces te vergroten.

Tijdens de derde fase worden de codes samengebracht in bredere thema’s (Braun & Clarke, 2012). Sommige thema’s, zoals ‘Medicalisering’, ‘Wenselijkheid van medicalisering’ en ‘Reden van beoordeling’, kwamen uit de theorie, maar de data leidden tot aanpassingen. Bestaande codes, zoals ‘Taalgebruik’, zijn opgesplitst om specifiekere onderscheid te maken tussen terminologie uit het sociaal domein en de ggz. Ook zijn codes samengevoegd wanneer hun onderscheid in de praktijk niet logisch bleek. Zo zijn ‘Erkenning probleem zorgvrager’ en ‘Beoordelen als individu’ gecombineerd tot één code. Sommige codes kregen een nieuwe naam, zoals ‘Problematisch voor zichzelf’, die is hernoemd naar ‘Problematisch door mentale klachten’, om de focus op mentale klachten te verduidelijken, aangezien lichamelijke klachten ook problematisch zijn voor de zorgvrager zelf.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

In de vierde fase worden de thema’s geëvalueerd (Braun & Clarke, 2012). Bestaande thema’s zijn opgesplitst voor meer nuance en om dichter bij de bewoording van de participanten te blijven. Veel onderwerpen van de oorspronkelijke thema’s zijn namelijk gemixt. Zo is het thema ‘Medicalisering’ veranderd in ‘Termen’, ‘Verklaring’ en ‘Vervolgstappen’. Het thema ‘Wenselijkheid van medicalisering’ veranderde in ‘Hoe problematisch’ en ‘Effectiviteit en veiligheid’. Het thema ‘Reden van beoordeling’ is uitgebreid naar drie subthema’s, namelijk ‘Beroep’, ‘Meenemen perspectief zorgvrager’ en ‘Ggz/sociaal domein’, omdat deze elementen vaak bepalend bleken voor hoe de participanten de casussen beoordeelden.

In de vijfde fase wordt het codeboek afgerond (Braun & Clarke, 2012). Elk thema, subthema en code kreeg een afbakening om overlap te minimaliseren. Het uiteindelijke codeboek, zoals opgenomen in Bijlage 7.5, vormde de basis voor de analyse van de data.

De zesde en laatste fase bestaat uit het rapporteren van de resultaten (Braun & Clarke, 2012). In Hoofdstuk 4 worden de resultaten per thema en per beroepsgroep gepresenteerd. Hoofdstuk 5 richt zich op het beantwoorden van de onderzoeksvraag en bevat de conclusies en aanbevelingen op basis van de analyse in Hoofdstuk 4.

3.4 Kwaliteitseisen

Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen, is gewerkt aan het verhogen van de zogenaamde ‘trustworthiness’. Trustworthiness is een begrip dat bestaat uit vier centrale kwaliteitscriteria: ‘credibility’, ‘transferability’, ‘dependability’ en ‘confirmability’ (Shenton, 2004). Onderstaand is per criterium toegelicht op welke manier hieraan is voldaan binnen dit onderzoek.

Om te beginnen is gestreefd naar credibility. Dit verwijst naar de mate waarin de resultaten van het onderzoek daadwerkelijk representatief zijn voor de percepties van de participanten (Shenton, 2004). Om hieraan te voldoen, is allereerst gekozen voor semigestructureerde interviews als dataverzamelingsmethode. Deze interviewvorm stelde de onderzoeker in staat om in te spelen op onverwachte, maar relevante antwoorden, wat ervoor zorgde dat participanten hun verhaal in hun eigen woorden konden vertellen. Hierdoor ontstond een beeld van de perspectieven van de professionals. Daarnaast ontvingen de participanten een week voor het interview een document met twee casussen, zodat zij voldoende voorbereidingstijd hadden. Door deze werkwijze ontstond meer ruimte voor inhoudelijke diepgang. Als laatste is tijdens het interview aandacht besteed aan de context van de participant, zoals hoeveel jaar ervaring hij/zij heeft als professional. Op deze manier is

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren geprobeerd rekening te houden met de context van de uitspraken. Tenslotte zijn sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk gepoogd te voorkomen. Dit is gedaan door bij aanvang van de interviews te benadrukken dat er geen juiste of onjuiste antwoorden bestaan en dat de nadruk ligt op de eigen ervaringen van de participant. Er is geprobeerd de participanten op hun gemak te stellen door een vriendelijke houding aan te nemen om zo een vertrouwensband op te bouwen. Er werd neutraal op de antwoorden van de participant gereageerd, zodat de participanten niet een bepaalde kant op werden geleid.

Daarnaast is aandacht besteed aan transferability. Dit heeft betrekking op de vraag in hoeverre de resultaten van het onderzoek ook buiten het onderzoek geldig zijn (Shenton, 2004). Hoewel kwalitatief onderzoek niet gericht is op statistische generaliseerbaarheid, is toch geprobeerd om de reikwijdte van dit onderzoek te vergroten. Dit is gedaan door per beroepsgroep met meerdere participanten in gesprek te gaan. Bovendien zijn deze professionals – met uitzondering van twee ervaringsdeskundigen – afkomstig uit verschillende instellingen, waardoor de resultaten niet beperkt bleven tot één specifieke organisatie. Door deze aanpak konden de resultaten bijdragen aan een breder begrip van hoe psychische klachten in diverse beroepsgroepen worden geduid en welke vervolgstappen worden voorgesteld.

Ten derde is rekening gehouden met de dependability. Dit houdt in dat herhaling van het onderzoek naar verwachting vergelijkbare resultaten moet opleveren (Shenton, 2004). Om het onderzoek zo herhaalbaar mogelijk te maken, is het onderzoeksproces zo gedetailleerd en transparant mogelijk gedocumenteerd. Dit is gedaan door vast te leggen hoe de participanten zijn benaderd, hoe het informed-consent is verkregen, hoe de data zijn verzameld en op welke manier de data zijn geanalyseerd. Daarnaast is er een codeboek opgesteld. Door deze werkwijze is geprobeerd de analyse op een consistente wijze uit te voeren, zodat ook bij herhaling van het onderzoek onder vergelijkbare omstandigheden soortgelijke bevindingen te verwachten zijn.

Tot slot is aandacht besteed aan confirmability, wat verwijst naar de mate waarin de resultaten van het onderzoek voortkomen uit de data zelf en niet uit de verwachtingen van de onderzoeker (Shenton, 2004). Om deze objectiviteit zoveel mogelijk te waarborgen, is gewerkt met bestaande theoretische kaders, zoals de vier aspecten van medicalisering volgens Conrad (2007) en het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019). Deze theoretische kaders gaven richting aan zowel het interviewschema als de dataverwerking. Hierdoor is zoveel mogelijk voorkomen dat de analyse afhankelijk zou zijn van eigen interpretaties van de

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren onderzoeker. Toch was in dit onderzoek sprake van wat Hennink et al. (2020) omschrijven als ‘positionality’. Dit begrip verwijst naar de manier waarop de positie van de onderzoeker — waaronder achtergrond, identiteit, overtuigingen en ervaringen — de interactie met participanten en de interpretatie van data kan beïnvloeden. De persoonlijke kenmerken van de student-onderzoeker, waaronder een master Sociologie met een focus op sociale determinanten, konden van invloed zijn op zowel de interviews als de interpretatie van de uitspraken van de participanten. Vanuit deze positionality lag de verwachting dat de rol van de ggz in het verkennend gesprek kleiner zou moeten zijn. Dit had bijvoorbeeld tot gevolg dat bepaalde antwoorden van participanten mogelijk meer of juist minder aandacht kregen in de analyse.

Om deze positionality zoveel mogelijk te beperken, is gebruikgemaakt van ‘reflexivity’. Dit verwijst naar het proces waarin de onderzoeker reflecteert op de eigen positionality tijdens het onderzoeksproces (Hennink et al., 2020). De dataverzameling en -verwerking zijn zorgvuldig vastgelegd en geëvalueerd. Daarnaast is de scriptie besproken met de eerste lezer van dit onderzoek, prof. dr. Steverink. Dit heeft bijgedragen aan het herkennen van mogelijke vooroordelen en het transparant maken van de invloed daarvan op de resultaten

3.5 Ethische overwegingen

Binnen dit onderzoek is rekening gehouden met de ethische implicaties die samenhangen met het doen van kwalitatief onderzoek. De centrale ethische uitgangspunten van dit onderzoek zijn gebaseerd op de richtlijnen van de Rijksuniversiteit Groningen (z.d.), namelijk informed-consent, anonimiteit en vertrouwelijkheid.

Om te beginnen is het principe van informed-consent gewaarborgd. Alle participanten ontvingen voorafgaand aan het interview een informed-consentformulier en ondertekenden dit formulier digitaal of schriftelijk vóór aanvang van het interview. Op deze manier is verzekerd dat alle participanten vrijwillig en op basis van adequate informatie toestemming gaven voor hun deelname aan het onderzoek.

Daarnaast is anonimiteit gewaarborgd door tijdens het transcriberen en rapporteren van de resultaten zorgvuldig om te gaan met de persoonsgegevens van de participanten. Tijdens het transcriberen van de interviews zijn alle persoonsgegevens, zoals namen van personen, instellingen en locaties, geanonimiseerd. In de resultaten zijn geen persoonsgegevens genoemd die te herleiden zijn tot de participant. Wanneer uitspraken zijn geciteerd, is uitsluitend verwezen naar het participantnummer van de participant, zoals P1.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Hierdoor bleef de identiteit van de deelnemers beschermd, zonder dat dit ten koste ging van de inhoud van het onderzoek.

Vertrouwelijkheid is eveneens een belangrijk ethisch uitgangspunt. De interviews zijn, met toestemming van de participant, opgenomen met een geluidsrecorder. De geluidsbestanden, transcripten en informed-consentformulieren zijn veilig opgeslagen op een beveiligde server van de Rijksuniversiteit Groningen en zijn enkel toegankelijk voor de onderzoeker en haar scriptiebegeleiders. Na het uitschrijven van de interviews en het afronden van de analyse zijn de geluidsbestanden verwijderd. De transcripten en informed-consentformulieren worden na afronding en beoordeling van de scriptie vernietigd. Alle data zijn uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek en niet gedeeld met derden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de kenmerken van de participanten beschreven om de bevindingen in de juiste context te plaatsen. Vervolgens wordt per beroepsgroep beschreven met welke termen zij de psychische klachten in de casussen benoemen, hoe problematisch zij deze klachten vinden, welke verklaringen zij geven voor het ontstaan ervan, welke vervolgstappen zij voorstellen en hoe zij de effectiviteit en veiligheid van deze vervolgstappen beoordelen. Tot slot wordt besproken welke redenen de beroepsgroepen geven voor de manier waarop zij de casussen beoordelen.

4.1 Kenmerken van de participanten

Aan dit onderzoek werkten twaalf participanten mee: drie ggz-professionals, drie POH's, drie professionals uit het sociaal domein en drie ervaringsdeskundigen. Deze verdeling staat in Tabel 1. De participanten zijn genummerd op basis van hun beroepsgroep en de volgorde waarin de participanten zijn geïnterviewd. De eerste geïnterviewde ggz-professional wordt aangeduid als ‘G1’. In Tabel 1 zijn de achtergrondkenmerken van de participanten opgenomen. Deze betreffen het participantnummer, de beroepsgroep, het aantal jaren ervaring als professional en of de participant bekend is met het verkennd gesprek. Deze informatie biedt context bij de duiding van de bevindingen.

Het is opvallend dat de professionals uit het sociaal domein en de ervaringsdeskundigen wel bekend zijn met het verkennd gesprek en de ggz-professionals (Op G3 na) en POH's niet.

Tabel 1: Overzicht van de participanten.

Beroepsgroep	Participant	Jaar ervaring	Bekend met het verkennd gesprek
Ggz-professionals	G1	13	Nee
	G2	20	Nee
	G3	35	Ja
POH's	P1	11	Nee
	P2	6	Nee
	P3	½	Nee
Professionals uit het sociaal domein	S1	17	Ja
	S2	4 ½	Ja
	S3	2	Ja
Ervaringsdeskundigen	E1	7	Ja
	E2	1	Ja
	E3	8	Ja

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

4.2 Termen

In deze paragraaf wordt per beroepsgroep besproken hoe de participanten de psychische klachten in de casussen benoemen. Deze analyse is gebaseerd op het eerste en tweede aspect van medicalisering volgens Conrad (2007): een probleem wordt gedefinieerd in medische termen en beschreven met medische taal. In dit onderzoek worden medische termen beschouwd als ‘ggz-termen’. In dit onderzoek zijn voornamelijk de ggz-termen ‘depressie’, ‘burn-out’, ‘overbelasting’ en ‘overspanning’ genoemd. Deze termen zijn volgens GGZ Standaarden (z.d.-a, z.d.-c) ggz-termen. Wanneer een participant geen gebruikmaakt van ggz-termen, wordt dit aangeduid als ‘sociale taal’. Een voorbeeld van een beschrijving van de klachten in sociale taal is: ‘ze voelt zich somber’.

Achtereenvolgens zullen de ggz-professionals (G), de POH’s (P), de professionals uit het sociaal domein (S) en de ervaringsdeskundigen (E) besproken worden.

GGZ-professionals (G)

Alle drie de ggz-professionals definiëren de psychische klachten in ggz-termen. G1 gebruikt bij Sanne de ggz-termen “burn-out” en “depressie”. G2 gebruikt de term “overbelast” bij Sanne, maar benoemt de psychische klachten van Sanne ook met sociale taal, hij geeft namelijk aan dat ze een “hoge prestatiedruk heeft”. Bij Marije definiëren G1 en G2 de psychische klachten in ggz-termen, namelijk “overbelasting”. G3 gebruikt “chronische geringe zelfachting” bij Sanne en “verstoord welbevinden” bij Marije, wat volgens Herdman et al. (2021) verpleegkundige diagnoses zijn en dus vallen onder de categorie ggz-termen.

POH’s (P)

De POH’s laten meer verschillen zien dan de ggz-professionals in hoe zij de psychische klachten benoemen. Net als de ggz-professionals definiëren zij een deel van de psychische klachten in ggz-termen, maar ze gebruiken ook vaker sociale taal. Zo definieert P1 de psychische klachten van Sanne in ggz-termen, namelijk “burn-out” en “depressieve gevoelens”, maar bij Marije definieert ze de psychische klachten deels in ggz-termen (“burn-out”) en nuanceert dit door het probleem ook te omschrijven met sociale taal:

“Vanuit de ggz kom ik in eerste instantie toch weer op burn-out uit... Dus dat is toch wel de ggz-term. Maar ik zou altijd in mijn diagnose, want wij moeten ook een code invullen en een

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren
omschrijving maken in de rapportage, zou ik zeker toevoegen dat er veel belastende levensomstandigheden zijn.” – P1

P2 benoemt bij Sanne de psychische klachten met sociale taal, door te benadrukken dat Sanne “niet depressief” is. Bij Marije twijfelt ze tussen de ggz-termen “overspanning” en “burn-out”. P3 gebruikt als enige POH uitsluitend sociale taal. Bij zowel Sanne als Marije stelt zij dat de psychische klachten “geen aandoening” zijn. De psychische klachten van Sanne omschrijft ze als een “maatschappelijk probleem”. De psychische klachten van Marije omschrijft ze als “verminderde draagkracht”, “afname van veerkracht” of “stress”.

Professionals uit het sociaal domein (S)

De drie professionals uit het sociaal domein blijken de psychische klachten vooral te omschrijven met sociale taal. Bij Sanne benoemen alle drie de professionals uit het sociaal domein de psychische klachten met sociale taal. S2 verwoordt dit als volgt:

“Ze voelt zich onzeker, ze voelt zich moe en ze is somber af en toe.” – S2

S3 vermijdt daarnaast expliciet ggz-termen:

“Ik zou niet gaan naar een burn-out of naar een depressie.” – S3

S1 en S2 omschrijven bij Marije de psychische klachten ook met sociale taal, door aan te geven dat ze het “te druk” heeft en “te veel op haar bordje” krijgt. S3 definieert het probleem van Marije daarentegen wel in ggz-termen, namelijk als “overbelasting”.

Ervaringsdeskundigen (E)

De drie ervaringsdeskundigen blijken eensgezind over hoe de psychische klachten te benoemen van Marije en Sanne. Marije’s klachten worden door alle drie de ervaringsdeskundigen gedefinieerd in de ggz-termen, namelijk als “overbelasting”. De psychische klachten van Sanne, daarentegen, worden door alle drie de ervaringsdeskundigen omschreven met sociale taal. E3 verwoordt dit als volgt:

“Ik zou het omschrijven als een... Nou, Sanne voelt zich heel onzeker, moe en af en toe somber.” – E3

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Concluderend definiëren de ggz-professionals de psychische klachten in ggz-termen. De andere beroepsgroepen omschrijven bij minstens de helft van de participanten de psychische klachten met sociale taal. Professionals uit het sociaal domein gebruiken van de vier beroepsgroepen het meest sociale taal, terwijl POH’s en ervaringsdeskundigen qua terminologie tussen ggz-professionals en professionals uit het sociaal domein in zitten. Bij het gebruik van ggz-termen worden de psychische klachten doorgaans kort benoemd in één of twee termen, terwijl de psychische klachten in sociale taal uitgebreider worden omschreven. Dit is opvallend, omdat het mogelijk iets zegt over de nuance waarmee participanten de psychische klachten in de casussen benoemen.

4.3 Hoe problematisch

In deze paragraaf wordt per beroepsgroep besproken of de participanten de psychische klachten in de casussen als problematisch duiden. Dit is gebaseerd op de eerste vraag van Kaczmarek (2019), namelijk of een bepaald verschijnsel terecht als een probleem wordt erkend. De participanten kunnen psychische klachten problematisch vinden als de klachten aanzienlijk fysiek of mentaal ongemak, lijden, beperkingen of een verhoogd risico op overlijden veroorzaken (Kaczmarek, 2019). Op basis van dit onderzoek blijkt dat participanten psychische klachten ook als problematisch kunnen beschouwen wanneer de psychische klachten niet alleen de zorgvrager zelf, maar ook diens omgeving beïnvloeden.

GGZ-professionals (G)

De drie ggz-professionals erkennen dat Sanne en Marije klachten ervaren, maar verschillen in hoe problematisch zij de psychische klachten vinden. Bij Sanne wijzen G1 en G3 op mogelijke risico’s in de toekomst, met uitspraken als het kan “een probleem worden”. G2 beschouwt Sanne’s mentale klachten zeker als problematisch:

“Ze heeft in principe lijdensdruk wat zichzelf betreft en komt zichzelf te kort. En dat ze haar uitrekt naar andere professionals en overweegt van antidepressiva is misschien iets voor mij. Dat geeft iets aan; dat doe je niet als je een beetje hoofdpijn hebt of zo. Dus dat neem je niet zomaar.” - G2

Ook bij Marije beschouwen G2 en G3 de psychische klachten als problematisch. Zij wijzen vooral op Marije’s lichamelijke klachten en verantwoordelijkheden die zij niet langer kan

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren vervullen als zij uitvalt. G1 duidt Marije’s klachten niet als problematisch. Zij relateert haar klachten:

“Het zijn gewoon stressklachten.” - G1

POH’s (P)

Het blijkt dat alle drie de POH’s de psychische klachten van Sanne en Marije als problematisch beschouwen. P1 en P2 doen dit op vergelijkbare wijze. Bij Sanne leggen zij de nadruk op de mentale klachten. P1 verwoordt dit als volgt:

“Omdat het vooral gaat om emotionele problemen. Ze ervaart veel stress en ze wordt heel erg down.” - P1

In de casus van Marije leggen P1 en P2 de nadruk op de lichamelijke klachten. P2 verwoordt dit als volgt:

“...er is een probleem in de zin van Marije heeft duizeligheid gekregen...” - P2

P3 zet de hulpvraag van de zorgvrager centraal en vindt iets een probleem, “omdat zij om hulp vraagt”. Ze maakt bij Sanne en Marije dus geen onderscheid tussen de mentale en lichamelijke klachten.

Professionals uit het sociaal domein (S)

De professionals uit het sociaal domein erkennen dat Sanne en Marije klachten ervaren en vinden dit veelal problematisch. De psychische klachten van Sanne worden door S1 en S2 als problematisch gezien, omdat Sanne mentale klachten ervaart. S3 geeft aan bij Sanne dat zij de klachten zelf “niet problematisch” vindt, maar erkent dat Sanne ze als zodanig ervaart. Bij Marije vinden de drie professionals uit het sociaal domein de psychische klachten problematisch, mede vanwege de eventuele impact op anderen. S2 verwoordt dit als volgt:

“Nou, ik vind dit wel weer problematischer omdat zij alleenstaande moeder is en twee kinderen heeft. Dus er zit een systeem omheen wat gewoon afhankelijk is van haar.” - S2

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Ervaringsdeskundigen (E)

De drie ervaringsdeskundigen erkennen dat Sanne en Marije klachten ervaren, maar zij vinden de psychische klachten veelal niet problematisch. E1 beschouwt Sanne’s klachten als een tijdelijk probleem en niet “per se” als problematisch:

“Deze dame loopt vast, maar je kan nog niet vaststellen of het problematisch is, omdat het vanuit hoe de casus nu gepresenteerd wordt, lijkt het ook met de context te maken te hebben. En lijkt het op basis daarvan vooral een tijdelijk iets, wat niet per se heel problematisch is.”- E1

Marije’s klachten zijn volgens E1 problematisch, vooral vanwege de eventuele impact op haar omgeving. E2 ziet bij beide casussen dat het “van kwaad tot erger kan gaan”, maar benadrukt dat dit niet direct wil zeggen dat er nu sprake is van een probleem. E3 erkent vooral de mentale klachten van Sanne en Marije, maar twijfelt of de psychische klachten problematisch zijn.

Concluderend zijn ggz-professionals en ervaringsdeskundigen verdeeld over hoe problematisch de psychische klachten van Sanne en Marije zijn. Ongeveer de helft vindt de psychische klachten een probleem, de andere helft niet. POH’s en professionals uit het sociaal domein duiden de psychische klachten meestal als problematisch.

4.4 Verklaringskader

In deze paragraaf wordt behandeld welk verklaringskader de participanten hanteren. Deze paragraaf is gebaseerd op het derde aspect van medicalisering volgens Conrad (2007) en de derde en vierde vraag uit het ethisch kader van Kaczmarek (2019). Het derde aspect van medicalisering houdt in dat de psychische klachten worden geïnterpreteerd binnen een medisch kader, wat aansluit bij Kaczmarek’s derde vraag, namelijk op welk niveau (moleculair, psychologisch, sociaal of een combinatie) de kern ligt van de psychische klachten. Doordat de zorgvragers psychische klachten hebben, is een psychologisch verklaringskader een ggz-verklaringskader. Een moleculair verklaringskader is ook een ggz-verklaringskader, maar dit wordt door de participanten niet gebruikt. Wanneer participanten het probleem verklaren vanuit de sociale verwachtingen, wordt dit verbonden aan Kaczmarek’s tweede vraag: ‘Komt de probleemdefinitie voort uit onrealistische sociale

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren verwachtingen?’ Deze drie componenten bleken vaak gecombineerd voor te komen in de antwoorden van de participanten.

GGZ-professionals (G)

De ggz-professionals verschillen in hoe zij de psychische klachten verklaren. G1 gebruikt een psychologisch verklaringskader om de psychische klachten in beide casussen te verklaren:

“Deze persoon voelt zich heel verantwoordelijk en die pikt allerlei dingen op, meer vanuit een soort kracht en ik doe dat. En die andere meer vanuit angst, zeg maar, om het goed te doen heel hard werken.” - G1

Bij Sanne legt G1 meer expliciet de nadruk op patronen in Sanne’s persoonlijkheid. Ze spreekt bijvoorbeeld over “onderliggende patronen”. G2 gebruikt een sociaal verklaringskader bij beide casussen, door te wijzen op sociale verwachtingen, en geeft aan dat deze sociale verwachtingen onrealistisch zijn:

“In principe is het in de cultuur waar we nu leven in Nederland, is de prestatiedruk vrij hoog. Dus dan wordt het wel gezien als gewoon, dat hoort er gewoon bij. Maar die vraag is of dat acceptabel is, of we dat moeten accepteren. En dat vind ik van niet.” - G2

G3 verwijst naar jeugdinvoeden bij Sanne en hanteert dus een psychosociaal verklaringskader. Bij Marije hanteert G3 een sociaal verklaringskader op basis van Marije’s belastende levensomstandigheden.

POH’s (P)

P2 en P3 hanteren een sociaal verklaringskader en verklaren de psychische klachten vanuit de onrealistische sociale verwachtingen. P3 verwoordt dit als volgt:

“...want ik vind niet dat het afwijkt, omdat het voor heel veel professionals in die leeftijdsgroep een probleem is. Dus misschien is de standaard wel verkeerd.” - P3

P1 hanteert als enige van de POH’s, naast een sociaal verklaringskader, een psychologisch verklaringskader. P1 verklaart de psychische klachten van Sanne, naast de sociale verwachtingen, vanuit haar “negatieve overtuiging over zichzelf”, “perfectionistische

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren trekken” en een “hoog streefniveau”. Bij Marije noemt ze ook persoonlijkheidskenmerken, zoals het moeilijk kunnen stellen van grenzen. Ze hanteert dus een psychosociaal verklaringskader.

Professionals uit het sociaal domein (S)

De professionals uit het sociaal domein verklaren de psychische klachten veelal vanuit een sociaal verklaringskader, maar de sociale verwachtingen worden in verschillende mate als onrealistisch gezien. De psychische klachten van Sanne en Marije worden door S1 verklaard door belastende levensomstandigheden en sociale verwachtingen:

“Op zich nog steeds denk ik een beetje vergelijkbaar als die vorige casus. Ik vond ze eigenlijk allebei er wel iets...overeenkomsten hebben zeg maar, want bij allebei gaat het om overbelasting van punten van buitenaf, vanuit de omgeving.” - S1

S1 ziet de sociale verwachtingen als onrealistisch. S2 hanteert een psychosociaal verklaringskader bij Sanne en ziet enerzijds sociale media als probleem, maar kijkt anderzijds ook naar de persoonlijkheid van Sanne:

“Vrienden maken carrière en ze staan vol met perfecte plaatjes. Ja, dat is natuurlijk wel een maatschappelijk probleem...En als je dan daar zo'n gevoeligheid voor hebt, zoals zij.” – S2

S2 geeft niet aan of ze de sociale verwachtingen die ontstaan uit sociale media onrealistisch vindt. S2 verklaart de psychische klachten van Marije vanuit haar belastende levensomstandigheden en ging niet in op de sociale verwachting. S3 verklaart de psychische klachten van Sanne en Marije als passend bij de “hobbels en bobbels die je tegenkomt en waar je je aan moet aanpassen” en vindt de sociale verwachtingen realistisch.

Ervaringsdeskundigen (E)

Alle drie de ervaringsdeskundigen verschillen in welk verklaringskader zij hanteren. E1 verklaart het probleem van Sanne en Marije vanuit een psychosociaal verklaringsniveau door een disbalans tussen draagkracht en draaglast:

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

“Ze had een bepaalde basis waarop zij functioneerde. En het lijkt dat daarin meer van haar gevraagd werd, dus haar draaglast nam toe. Zonder dat ze over de vaardigheden beschikt om dat af te stemmen op haar draagkracht en daardoor lijkt ze vast te lopen.” - E1

Over Sanne en Marije zegt E1 dat hij denkt dat de psychische klachten ook voortkomen uit onrealistische sociale verwachtingen:

“Ik denk, en dat zag ik in beide casussen wel terug, en ik zie dat in het werk ook wel, problemen ontstaan vaak in die sociale verwachtingen. Iemand kan niet meer meekomen in de maatschappelijke context, maar er wordt wel van het individu verwacht om dat zelf op te lossen.” - E1

E2 verklaart de psychische klachten van Sanne en Marije door te stellen dat zij over hun grenzen gaan, zonder dat zelf in de gaten te hebben. Zij hanteert een psychologisch verklaringskader. E3 vindt dat de psychische klachten van Sanne — ondanks dat er problemen ontstaan door de sociale verwachtingen — bij het leven horen. Zij vindt de sociale verwachtingen dus realistisch:

“Weet je, als ik dit zo zie, denk ik, dit is gewoon een jonge vrouw die ontzettend aan het worstelen is met, hé, wie ben ik nou eigenlijk?” - E3

E3 benadert de psychische klachten van Marije vanuit dat er “veel op haar bordje komt”, dus vanuit haar belastende levensomstandigheden. Ze gebruikt bij zowel Sanne als Marije een sociaal verklaringskader.

Samenvattend hanteren bijna alle participanten een sociaal verklaringskader. Bij de ggz-professionals en ervaringsdeskundigen wordt door één participant een psychologisch verklaringskader gehanteerd. Bij alle beroepsgroepen wordt door één participant bij één of beide casussen een psychosociaal verklaringskader gehanteerd.

Indien sociale verwachtingen worden aangedragen als verklaring, worden de sociale verwachtingen meestal als onrealistisch geduid. De professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen vinden de sociale verwachtingen soms wel realistisch.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

4.5 Vervolgstappen

In deze paragraaf wordt per beroepsgroep besproken welke vervolgstappen de participanten aanraden voor de psychische klachten in de casussen. Dit onderdeel is gebaseerd op het vierde aspect van medicalisering van Conrad (2007), namelijk of een probleem wordt behandeld met een medische interventie. In dit onderzoek wordt een medische interventie gezien als een ggz-behandeling en/of het aanraden van medicatie.

Ggz-professionals (G)

De ggz-professionals raden vaak een ggz-behandeling aan als vervolgstap. Bij Sanne wordt door G1 een behandeling in de basis-ggz aangeraden om “hardnekkige gedragspatronen te doorbreken”. G1 stelt bij Marije voor eerst begeleiding te zoeken in de basis-ggz of bij een coach, zoals zij zegt:

“Dan zou ik wel echt eerst aan basis-ggz inderdaad denken. Maar gewoon eens kijken of je daar wat in kan doorbreken...Maar hier kan de coach denk ik ook, als dat een gecertificeerde coach is die wederom door de huisarts geëvalueerd wordt om het even zo te zeggen, zou ik hier misschien nog eerder zeggen.”- G1

G2 legt bij Sanne de nadruk op ondersteuning vanuit het sociaal domein en wijkgerichte hulp. Bij Marije adviseert hij de ggz of het sociaal domein, afhankelijk van hoe gemotiveerd zij is om aan gedragsverandering te werken. G3 raadt bij geen van de casussen ggz-vervolgstappen aan. Bij Sanne adviseert zij systeemtherapie binnen het sociaal domein en bij Marije gesprekken met haar sociale netwerk.

POH's (P)

De voorgestelde vervolgstappen van alle drie de POH's zijn vergelijkbaar: bij Sanne en Marije bestaan de vervolgstappen hoofdzakelijk uit begeleiding binnen de eerstelijns-ggz door de POH-ggz, met inzet van onlinetraining of kortdurende gesprekken. Ook alternatieve vervolgstappen worden benoemd, zoals sport of gesprekken met de werkgever en het sociale netwerk. Medicatie en tweedelijns-ggz worden alleen overwogen bij ernstige of aanhoudende psychische klachten. De rol van het sociaal domein wordt herkend, maar niet concreet gemaakt. P3 verwoordt dit als volgt:

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

“Want ik kan me voorstellen dat het sociaal domein ook op individueel niveau aanhaakt. Dus in ondersteuning in omgaan met de omstandigheden. Maar misschien dat het sociaal domein ook wat kan betekenen als het gaat om het aanpakken van het maatschappelijke probleem. Maar daar heb ik eigenlijk niet genoeg kennis van. Maar dat zou wel heel mooi zijn. Als het sociaal domein daar ook op aanhaakt. Wellicht hebben die ook een voorlichtingsfunctie. Wellicht hebben die ook een preventiefunctie.” - P3

Professionals uit het sociaal domein (S)

De vervolgstappen van de professionals uit het sociaal domein zijn voornamelijk gericht op het sociaal domein. S1 pleit bij Sanne en Marije voor inzet van een POH-ggz voor laagdrempelige gesprekken en een welzijnscoach om “balans en veerkracht te versterken”. S2 overweegt bij Sanne eerstelijns-ggz — zoals de POH-ggz of de basis-ggz — of schematherapie, maar benadrukt dat schematherapie buiten een ggz-instelling kan:

“Dat is specialistische ggz, gewoon psychotherapie is dat... Hoeft ze niet per se bij een... in de ggz-instelling, maar het kan ook bij een vrij gevestigde.” - S2

Voor Marije kiest zij voor een verkennend gesprek met bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of ervaringsdeskundige. S3 focust op netwerkversterking en wijkgerichte ondersteuning, zoals via een wijk-GGD'er of Wmo-consulent. Bij Marije benadrukt zij het belang van verlichting op drie domeinen (werk, mantelzorg, ouderschap) en verwijst ze naar initiatieven binnen het sociaal domein, zoals ‘Buurtgezinnen’ of inzet van een mantelzorgconsulent.

Ervaringsdeskundigen (E)

De ervaringsdeskundigen noemen voornamelijk het belang van verder onderzoek. E1 en E3 willen hun vervolgstappen baseren op een analyse vanuit positieve gezondheid. Dit houdt in dat wordt gekeken naar zes dimensies van de zorgvrager. De eerste dimensie is lichaamsfuncties. Deze dimensie gaat over hoe fit en gezond de zorgvrager zich voelt. De tweede is mentaal welbevinden; dit gaat over hoe vrolijk de zorgvrager zich voelt. De derde is zingeving; dit gaat over of de zorgvrager vertrouwen heeft in zijn eigen toekomst. De vierde is kwaliteit van leven; dit is de mate waarin de zorgvrager geniet van zijn leven. De vijfde is meedoen; dit gaat over of de zorgvrager goed contact heeft met anderen. De laatste is

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren dagelijks leven; dit gaat over of de zorgvrager goed voor zichzelf kan zorgen (Huber et al., 2016; Institute for Positive Health, z.d.). E3 verwoordt dit als volgt:

“Als je kijkt vanuit de visie op positieve gezondheid, zo van, als we dat hebben ingevuld, waar zit het dan voor jou? Gaat het over zingeving? Gaat het over zelfbeeld? Gaat het over...” - E3

Op basis van de analyse van de positieve gezondheid van Sanne en Marije is het mogelijk om vervolgstappen te bepalen volgens E1 en E3. E1 en E3 geven beide aan dat de ggz een optie is, maar geven de voorkeur aan het sociaal domein. E2 vindt praten het belangrijkste; met wie dat gebeurt, maakt haar niet uit. In eerste instantie zou zij Sanne niet doorverwijzen naar het sociaal domein of de ggz, vanwege de lange wachtlijsten en het risico dat de psychische klachten daardoor verergeren. Wel kunnen laagdrempelige gesprekken met een POH-ggz worden gevoerd. Bij Marije raadt E2 eveneens gesprekken bij de POH-ggz aan.

Samenvattend worden de meeste vervolgstappen voorgesteld in het sociaal domein, eventueel in combinatie met de POH-ggz. Ggz-professionals verwijzen het meest naar de tweedelijns-ggz. POH's verwijzen bij alle casussen naar de POH-ggz. Professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen kiezen vooral voor het sociaal domein. Eén professional uit het sociaal domein noemt een ggz-behandeling als vervolgstap.

4.6 Effectiviteit en veiligheid

Deze paragraaf gaat in op hoe de participanten vinden dat de ggz en het sociaal domein zich tot elkaar verhouden op het gebied van effectiviteit en veiligheid. Dit is gebaseerd op de vierde vraag van Kaczmarek (2019), of een medische interventie de meest effectieve en veilige manier is om de psychische klachten op te lossen. Wanneer participanten om verduidelijking vroegen, is effectiviteit toegelicht als datgene dat de meeste baten voor de zorgvrager oplevert. Een effectieve vervolgstap verhelpt dan bijvoorbeeld de somberheid waar de zorgvrager last van heeft. Veiligheid is toegelicht als datgene dat de minste bijwerkingen voor de zorgvrager met zich meebrengt. Een veilige vervolgstap heeft minimale bijwerkingen voor de zorgvrager; de vervolgstap resulteert dan bijvoorbeeld niet in lichamelijk ongemak.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

GGZ-professionals (G)

De ggz-professionals zijn kritisch over de effectiviteit en veiligheid van medicatie, maar verschillen in welke vervolgstappen zij veiliger en/of effectiever vinden. Alle drie de ggz-professionals wijzen medicatie als ”quick fix” voor Sanne af. G1 verwoordt dit als volgt:

“Ze wilde toen voor de antidepressiva, daar zou ik dus niet zo op voor willen gaan...Niet gezien het plaatje, want ze gaat met dit plaatje, zeg maar, van hoe zij omgaat met de wereld, om maar even zo te zeggen, haar positie ten opzichte van de andere professionals. Dat gaat een probleem worden. Is het niet nu dan is het wel later.” - G1

G1 vindt vervolgstappen in de ggz effectiever en veiliger dan vervolgstappen in het sociaal domein, mede vanwege de BIG-registratie van ggz-professionals:

“Kijk, als je BIG-geregistreerd bent...Dan heb je natuurlijk gewoon een beroepscode en daarbij acht ik de kans dat het effectief en veilig is groter dan bij niet-BIG-geregistreerde...Maar een coach, weet je... Iedereen kan zich coach noemen, hè. Jij kan je coach noemen, ik kan me coach noemen...Maar er is niemand die dat toetst, dus ik ben bang voor coaches.” - G1

G2 vindt vervolgstappen in het sociaal domein veiliger bij Sanne en Marije:

“Veiligheid is denk ik naar de ggz wat ik zei, het is een grotere drempel om naar de ggz te stappen. Professionals voelen zich toch eerder veilig in het sociaal domein”. - G2

G2 vindt bij Marije de ggz effectiever “omdat je snel naar de kern gaat en meteen naar oplossingen zoekt”. G3 twijfelt over welke vervolgstappen veiliger en effectiever zijn en geeft aan daar geen uitspraken over te willen doen, omdat “ze beide nodig zijn”. Wel is zij tegen het stellen van diagnoses, omdat een diagnose iemands identiteit kan bepalen:

“Kijk, het grootste probleem bij de ggz, zodra je het daar onderbrengt, moet de ggz een diagnose gaan stellen. Op het moment dat de ggz een diagnose stelt, gaat dat iets doen met Sanne en haar identiteit. Want kans is er dan dat Sanne alles gaat verklaren vanuit haar diagnose.” - G3

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

POH's (P)

De POH's geven aan dat zij niet weten welke vervolgstappen veiliger en/of effectiever zijn.

G1 verwoordt dit als volgt:

“Dat kun je van tevoren volgens mij niet voorspellen. Ik heb namelijk professionals die het hier in de gesprekken heel goed doen en die heel veel hebben aan die modules en aan de gesprekken en daar echt mee verder kunnen. Dus dan is het hier voldoende effectief. En ik hoop ook altijd veilig.” - P1

Alle drie de POH's willen geen medicatie voorschrijven, omdat ze dit zien als een “quick fix”.

P2 verwoordt dit als volgt:

“Maar ze zegt zelf ook al, ik ken een vriendin die kreeg antidepressiva. Maar dat is ook wel een beetje een quick fix dan. Het is echt geen reden om antidepressie te krijgen, want ze is eigenlijk niet depressief.” -P2

Professionals uit het sociaal domein (S)

De professionals uit het sociaal domein verschillen aanzienlijk in welke vervolgstappen zij veiliger en/of effectiever vinden. S1 geeft aan niet te weten of de ggz of het sociaal domein veiliger en/of effectiever is. S2 lijkt qua effectiviteit naar de ggz te neigen:

“En als het echt wat grondiger moet, ja dan moet je dus inderdaad, dan zou je dus aan een therapie moeten denken. Als je echt in die coping echt wil aanpakken, dan ja.” - S2

S3 beschouwt het sociaal domein als veiliger dan de ggz, omdat het laagdrempeliger is en er meer “zicht” wordt behouden op de zorgvragers:

“Op dit moment is de veiligheid van de kinderen nog niet in het geding. Het sociaal domein zit dichtbij, kan vinger aan de pols houden. Mijn ervaring met de ggz is dat het lang duurt voordat iemand behandeld kan worden. En dat er eigenlijk geen contact is als er wordt afgeschaald.” - S3

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Ervaringsdeskundigen (E)

De ervaringsdeskundigen weten niet welke vervolgstappen zij effectiever en/of veiliger vinden. E1 en E2 uiten zorgen over het stigma van diagnoses. E1 geeft aan:

“Ja, weet je er zit gewoon stigma op diagnoses en hoe eerder je iemand daarmee confronteert, hoe groter de kans dat ze zich terug gaan trekken.” - E1

E1 en E3 geven niet aan of zij het sociaal domein of de ggz effectiever en/of veiliger vinden. E3 neemt een neutrale positie in ten aanzien van een diagnose en ggz-behandeling:

“Ik denk dat een diagnose en ggz-behandeling helpend kunnen zijn voor het proces van die persoon. Dat dat niet per se hoeft te zijn, maar dat het wel kan zijn.” - E3

Concluderend: over effectiviteit en veiligheid geven POH's en ervaringsdeskundigen geen antwoord of weten ze het niet. Ggz-professionals zien de ggz doorgaans als effectiever; G1 vindt de ggz ook veiliger, G2 vindt van niet. Professionals uit het sociaal domein zijn verdeeld. S2 vindt de ggz effectiever dan het sociaal domein, S3 vindt het sociaal domein veiliger dan de ggz.

4.7 Reden beoordeling

Nadat is vastgesteld of en hoe de beroepsgroepen verschillen in hun beoordeling van de casussen (een samenvatting hiervan staat in Bijlage 7.6 in Tabel 2), wordt ingegaan op de redenen voor hun beoordeling. Ten eerste is gebleken dat de participanten verschillend denken over wanneer een zorgvrager beter verwezen kan worden naar de ggz of het sociaal domein. Toch is er ook overlap in hoe de participanten hierover denken. De professionals uit het sociaal domein en de ervaringsdeskundigen denken er hetzelfde over, evenals één ggz-professional (G2) en twee POH's (P2 en P3). Zij zien de ggz als nodig bij diagnostiek, uitblijvend herstel of als laatste optie. Ze beschouwen het sociaal domein als de eerste stap. S2 verwoordt dit als volgt:

“Dus het is eigenlijk een soort van, van beide dat je als er dus veel dingen als eenzaamheid, stress, geldproblemen, woonproblemen, relatiedingetjes lopen en dat je dat dan gewoon samen oppakt en kijkt van waar kunnen we vooraf aan een behandeling...Maar dat je dan wel dat eerst kan wegwerken en dan daarna eventueel nog wel een behandeling. En soms is dat

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

niet eens meer nodig, want dan is de stress al zo opgeheven dat je denkt, nou dat kan alweer door.” - S2

P1, G1 en G3 verwijzen naar de ggz als de psychische klachten ontstaan door psychische factoren, zoals een “laag zelfbeeld”, en naar het sociaal domein als de psychische klachten ontstaan door externe factoren, zoals “armoede”. G3 verwoordt dit als volgt:

“Wanneer de problemen vooral liggen binnen de externe factoren, en dan heb je het over de externe factoren en de participatie en dat maakt dat iemand psychisch in de problemen komt, dan zou ik naar het sociaal domein gaan proberen. Dus wat is voorliggend? (...) Wat is voorliggend, wat versterkt de problemen? (...) Is het vooral andersom? Als iemand bijvoorbeeld echt... mentale functies gaan niet goed, waardoor de activiteiten niet lukken en waardoor die externe factoren niet meer goed op worden. Dan ga je naar ggz.” – G3

Ten tweede is op basis van de resultaten gebleken dat de beoordelingen van de participanten voortkomen uit een combinatie van het beroepskader en aandacht voor het perspectief van de zorgvrager. Het beroepskader verwijst in deze scriptie naar denkkaders die binnen een specifieke beroepsgroep richtinggevend zijn voor het beoordelen van de psychische klachten. Hoewel de vier beroepsgroepen elk hun eigen accenten leggen, blijkt uit de analyse dat de vier beroepsgroepen in meer of mindere mate beide elementen in hun overwegingen meenemen.

Verskillende participanten benoemen expliciet dat zij hun beoordeling maken vanuit hun beroepsmatige achtergrond. Dit geldt met name voor ggz-professionals en POH's, die aangeven vanuit een ggz-kader te redeneren. G1 verwoordt dit als volgt:

“Ik denk dat ik in mijn casusbeschrijving zeker naar de ggz zal neigen...Ik denk dat sociaal domein...Misschien andersom. Ik weet eigenlijk niet goed hoe het sociaal domein dat zou beschrijven.” - G1

Sommige professionals maken gebruik van manieren van redeneren die aansluiten bij hun beroepskader. Eén POH (P3) past bijvoorbeeld het KOP-model toe om te analyseren hoe iemands persoonlijke stijl en omstandigheden bijdragen aan klachten:

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

“(...) vanuit het kopmodel dat ook wel onderbouwd kan teruggeven, waarin jouw omstandigheden zijn nu dusdanig veranderd, dat jij klachten ervaart. En als we samen onderzoeken hoe jouw persoonlijke stijl is, kunnen we wellicht dealen met die omstandigheden en de psychische klachten laten afnemen.” - P3

Daarnaast verklaren alle drie de professionals uit het sociaal domein de psychische klachten op basis van sociale determinanten. Dit is te zien in paragraaf 4.4, waar de professionals uit het sociaal domein voornamelijk een sociaal verklaringskader hanteren. Ook hanteren de ervaringsdeskundigen een herstelgerichte benadering. E3 doet dit in het volgende voorbeeld:

“Ik denk dat als ervaringsdeskundige is jouw taak altijd ruimte maken voor processen, ruimte maken voor herstelprocessen, ruimte maken voor de beleving van iemand en met iemand ook gaan kijken waar kun je dan mee daar nu verder.” - E3

Ook betrekken de ervaringsdeskundigen de eigen ervaringen in de beoordeling.

In tegenstelling tot de andere drie beroepsgroepen maken de ggz-professionals geen gebruik van redenen die aansluiten bij hun beroepskader; de ggz-professionals geven aan geen diagnosedruk te voelen, maar gebruiken, zoals vastgesteld in paragraaf 4.2, wel diagnoses en voelen daarom mogelijk onderbewust wel diagnosedruk, wat aansluit bij hun beroepskader

Hoewel het beroepskader bij veel participanten zichtbaar is in de manier van redeneren, is er tegelijkertijd bij alle professionals aandacht voor het perspectief van de zorgvrager. Dit perspectief krijgt verschillende invullingen. De ggz-professionals (G1 en G3) vragen zich af of Marije een verwijzing naar de ggz als belediging zou zien, omdat zij haar klachten als lichamelijk ervaart. G3 verwoordt dit als volgt:

G3: “Want ik denk, zou ze het accepteren dat ze verwezen wordt naar de ggz?”

Interviewer: “Waarom zou ze dat niet accepteren?”

G3: “Nou, zij denkt dat er wat is in haar hoofd. Dus zij denkt dat er lichamelijk iets aan de hand is. Dus dan is het wel een redelijke belediging...” – G3

De POH's proberen aan te sluiten bij de hulpvraag van de zorgvrager. P2 illustreert dit met een voorbeeld:

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

“Ja, ik denk wat de patiënt ook zelf wil, hè... Er is 20.000 euro schuld. Er is misschien een verslavingsprobleem met cannabis. En er is een mantelzorgprobleem. Dan vraag je toch aan die patiënt: maar wat wil jij dan veranderen? Want als wij het beslissen, dan is...Je hebt motivatie nodig.” - P2

Bij de professionals uit het sociaal domein gaat het vooral om samen tot een beslissing te komen, oftewel ‘shared decision-making’, en om de zelfredzaamheid van de zorgvrager. S2 vat dit samen als:

“Aansluiten bij haar. Van, ja, waar zou je mee geholpen zijn? Haar zelf ook wel een klein beetje aan het werk zetten. Dus niet overnemen. Gewoon ook bij haar laten. Autonomie versterken.” – S2

De ervaringsdeskundigen benadrukken het belang van het perspectief van de zorgvrager. E1 stelt expliciet dat hij “vooral heel erg vragen wil stellen over hoe zij het ervaart”. E3 pleit voor een breed, herstelgericht aanbod en benadrukt het belang van ‘shared decision-making’ bij twijfel over verwijzing. Zij omschrijft haar beoordeling als het aanbieden van een “menukaart”:

“Ik vind dat je als professional daarin je plek moet kennen. Dat je wel advies kunt geven, maar het veel meer een soort menukaart moet zijn. En dan samen kijken: wat past bij jou?” — E3

Concluderend beschouwen de meeste participanten de ggz als een laatste stap, bedoeld voor diagnostiek of wanneer herstel uitblijft. De ggz-professionals (G1 en G3) en P1 zien de ggz als passend bij psychische factoren en het sociaal domein als passend bij externe factoren van de psychische klachten. Ggz-professionals en POH’s baseren hun beoordeling op hun eigen beroepskader. Alle beroepsgroepen betrekken het perspectief van de zorgvrager in hun beoordeling.

Daarnaast sluiten de meeste in Hoofdstuk 2 beschreven beroepskaders aan bij de werkwijze van de participanten, behalve dat de ggz-professionals geen druk voelen om de zorgvrager te diagnosticeren. Wat wel aansluit, is dat de POH’s de psychische klachten beoordelen met behulp van het KOP-model (eerder beschreven op p.22).

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Ervaringsdeskundigen hanteren een herstelgerichte benadering en verwijzen naar hun eigen ervaringen. Professionals uit het sociaal domein verklaren de psychische klachten vooral vanuit sociale determinanten.

Deze bevindingen laten zien dat de manier waarop de psychische klachten worden beoordeeld verschilt per beroepsgroep, waar in het volgende hoofdstuk nader op wordt ingegaan.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

5. Conclusie en discussie

In deze scriptie is onderzocht hoe ggz-professionals, POH's, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen verschillen in hoe zij de psychische klachten van zorgvragers die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek beoordelen. Dit is gedaan op basis van twaalf semigestructureerde interviews met participanten uit de vier beroepsgroepen. Voor de analyse is gebruikgemaakt van een thematische analyse.

Dit hoofdstuk begint met een beantwoording van de onderzoeksvraag. Hierbij worden de resultaten teruggekoppeld naar de verwachtingen uit Hoofdstuk 2. Daarna wordt gereflecteerd op de beperkingen en sterke punten van dit onderzoek. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor het verkennend gesprek en wordt de scriptie afgesloten met een slotwoord.

5.1 Beantwoording onderzoeksvraag

In dit onderzoek is de volgende vraag onderzocht: *Welke verschillen zijn er tussen ggz-professionals, praktijkondersteuners van de huisarts, professionals uit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen in hoe zij de psychische klachten beoordelen van zorgvragers die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek?* Eerst wordt besproken hoe de vier beroepsgroepen verschillen in hun beoordeling van de psychische klachten, daarna wordt ingegaan op welke beoordeling het beste aansluit bij de doelstelling van het verkennend gesprek

5.1.1 Hoe de vier beroepsgroepen de psychische klachten beoordelen

Ggz-professionals maken van de vier beroepsgroepen het meest gebruik van ggz-termen, zoals ‘burn-out’ of ‘chronisch geringe zelfachting’. Dit komt overeen met de verwachtingen uit Hoofdstuk 2. Dit sluit ook aan bij de literatuur, waarin naar voren komt dat ggz-professionals gericht zijn op het stellen van diagnoses (Zorginstituut Nederland, 2024).

Opvallend is echter dat, wanneer ernaar gevraagd wordt, zij niet aangeven dat diagnosedruk beïnvloedt welke terminologie zij gebruiken. Dit wijkt af van de literatuur van Van Dijk et al. (2023), die aangeeft dat ggz-professionals moeilijk weerstand kunnen bieden tegen een zorgvrager die om een diagnose vraagt en dat de ggz-professionals daarom diagnosedruk voelen. Uit de resultaten blijkt dat ggz-professionals de meeste ggz-termen, oftewel diagnoses, van de vier beroepsgroepen gebruiken. Daarom is het mogelijk dat zij deze diagnosedruk toch onbewust voelen.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Van de vier beroepsgroepen maken ggz-professionals, samen met de ervaringsdeskundigen, het vaakst gebruik van een psychologisch verklaringskader, hoewel zij ook een sociaal verklaringskader hanteren. Dit sluit gedeeltelijk aan bij de verwachting dat de ggz-professionals van de vier beroepsgroepen het vaakst een ggz-verklaringskader hanteren. De ggz-professionals raden ggz-vervolgstappen aan, maar noemen ook alternatieven binnen het sociaal domein, zoals wijkondersteuning. Hoewel ggz-professionals het vaakst naar de tweedelijns-ggz verwijzen, verwijzen de POH’s vaker naar de eerstelijns-ggz en daarmee in totaal vaker naar de ggz. Dit komt niet overeen met de verwachting dat ggz-professionals het vaakst ggz-vervolgstappen zouden aanbevelen. Dit komt mogelijk doordat de ggz-professionals en de POH’s het meest aangeven te kijken vanuit hun eigen beroepskader en daarom ook het meest verwijzen naar hun eigen lijn.

De POH’s gebruiken zowel ggz-termen als sociale taal. Hun verklaringen zijn overwegend sociaal van aard, met aandacht voor sociale verwachtingen en belastende levensomstandigheden. Zoals verwacht benoemen zij de casussen minder vaak in ggz-termen en hanteren zij minder vaak een ggz-verklaringskader dan ggz-professionals, maar wel vaker dan de professionals uit het sociaal domein. Wat niet overeenkomt met de verwachting is dat zij de casussen minder vaak met ggz-termen definiëren en minder vaak een ggz-verklaringskader hanteren dan de ervaringsdeskundigen.

Daarnaast nemen de POH’s het perspectief van de zorgvrager vaak expliciet mee in hun beoordeling. Ze kijken bijvoorbeeld naar welk probleem de zorgvrager zelf het ergst vindt en nemen somatische klachten, zoals duizeligheid, serieus. Dit is in overeenstemming met de literatuur. POH’s analyseren sociale, psychische en somatische factoren van de zorgvrager (Zorginstituut Nederland, 2024). Het gebruik van het KOP-model is ook in lijn met de literatuur; klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl worden geïntegreerd in de analyse (Beeres, 2019; Starmans, 2018). Soms wordt het KOP-model expliciet gebruikt, en soms impliciet, door klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl van de zorgvrager te analyseren.

POH’s verwijzen minder vaak naar sociaal domein-vervolgstappen dan verwacht. Zij verwijzen het meest naar ggz-vervolgstappen, doordat zij vrijwel alle vervolgstappen zoeken bij de POH-ggz. Hiervoor geven zij zelf als verklaring dat zij het aanbod binnen het sociaal domein onvoldoende kennen om daar gericht naar te verwijzen. Naar de tweedelijns-ggz verwijzen zij niet, omdat zij dit vooral als laatste stap beschouwen.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

De professionals uit het sociaal domein omschrijven de psychische klachten voornamelijk in sociale taal, zoals ‘maatschappelijk probleem’, maar maken ook gebruik van ggz-termen, zoals ‘overbelasting’. Hun verklaringen zijn overwegend sociaal van aard, met aandacht voor sociale determinanten, zoals belastende levensomstandigheden en sociale verwachtingen. Dit is in lijn met de literatuur van RVS (2020) en VWS (2020), die stelt dat professionals uit het sociale domein de psychische klachten voornamelijk verklaren uit sociale determinanten. Zij raden voornamelijk sociaal domein-vervolgstappen aan. De POH-ggz, basis-ggz en specialistische ggz worden echter ook genoemd als optie. In gevallen van diagnostiek of uitblijvend herstel verwijzen zij door naar de ggz, die zij als een laatste stap beschouwen. Dit sluit aan bij de verwachting dat professionals uit het sociaal domein de psychische klachten het vaakst met sociale taal omschrijven, het vaakst een sociaal verklaringskader hanteren en het vaakst sociaal domein-vervolgstappen aanbevelen.

Ervaringsdeskundigen hanteren ggz-termen in de casus van Sanne en gebruiken sociale taal in de casus van Marije om de psychische klachten te benoemen. Of dit in lijn is met de literatuur van Callens et al. (2017) en van Van Lisdonk en Callens (2017), die stellen dat ervaringsdeskundigen kritisch zijn ten aanzien van diagnoses, maar dat zij erkennen dat diagnoses soms noodzakelijk zijn, is onduidelijk. Eén ervaringsdeskundige geeft namelijk wel aan dat hij kritisch is ten aanzien van diagnoses, maar de andere ervaringsdeskundigen niet. Of de ervaringsdeskundigen ggz-termen gebruiken, omdat dit noodzakelijk is, is onduidelijk.

De verklaringskaders van de ervaringsdeskundigen variëren van psychologisch tot sociaal. Dit komt niet overeen met de verwachting dat zij minder vaak ggz-termen en een ggz-verklaringskader zouden hanteren dan de ggz-professionals en de POH’s. Zij benoemen de psychische klachten namelijk minder vaak in ggz-termen dan ggz-professionals, maar vaker dan de POH’s. Wat betreft het hanteren van een psychologisch verklaringskader doen zij dit even vaak als de ggz-professionals en vaker dan de POH’s. Wat wél in lijn is met de verwachtingen, is dat zij de psychische klachten vaker met ggz-termen benoemen; vaker een ggz-verklaringskader hanteren en vaker ggz-vervolgstappen aanraden dan de professionals uit het sociaal domein.

De ervaringsdeskundigen baseren hun beoordeling op hun eigen ervaring en op een herstelgerichte benadering. Dit is in overeenstemming met de literatuur van GGZ Standaarden (z.d.-b). De ggz beschouwen zij als een laatste stap, voornamelijk vanwege het stigma en de impact van diagnoses. Verwijzing naar de ggz is mogelijk bij uitblijvend herstel of ten behoeve van diagnostiek. Als vervolgstap pleiten zij voornamelijk voor een brede analyse

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren van de zorgvrager aan de hand van het concept positieve gezondheid. In lijn met Callens et al. (2017) en Van Lisdonk en Callens (2017) zijn ervaringsdeskundigen kritisch ten aanzien van het adviseren van een ggz-behandeling, maar erkennen dat dit soms noodzakelijk is.

Al met al komen de resultaten niet helemaal overeen met de verwachtingen, omdat de ervaringsdeskundigen de psychische klachten vaker in ggz-termen definiëren en vaker een psychologisch verklaringskader hanteren dan vooraf is aangenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de ervaringsdeskundigen die aan dit onderzoek deelnamen ‘ervaringsdeskundig professional’ zijn. Een ervaringsdeskundig professional is een ervaringsdeskundige die naast ervaring met psychische klachten een opleiding heeft gevolgd om deze ervaringsdeskundigheid in te zetten om anderen te ondersteunen (Vereniging van Ervaringsdeskundigen, z.d.). Zij maken mogelijk meer gebruik van ‘jargon’, waaronder ggz-termen en -verklaringskaders die zij tijdens hun opleiding hebben geleerd, dan ervaringsdeskundigen zonder een opleiding tot ervaringsdeskundig professional (Sociale Vraagstukken, z.d.)

Hoewel de beroepsgroepen verschillen in de manier waarop zij psychische klachten benoemen, in hun verklaringskaders en in de voorgestelde vervolgstappen, verschillen zij niet in hoe wenselijk zij het achten om de psychische klachten op een bepaalde manier te duiden en bepaalde vervolgstappen aan te bevelen. Deze wenselijkheid omvat de mate waarin zij de psychische klachten als problematisch beschouwen; of zij de problematisering zien als gevolg van onrealistische sociale verwachtingen en hoe effectief en veilig zij de vervolgstappen achten. Regelmatig is er sprake van inconsistentie tussen de wijze waarop professionals psychische klachten duiden en hun aangeraden vervolgstappen en hun oordeel over de wenselijkheid daarvan. Zo definiëren sommige professionals de psychische klachten in ggz-termen, terwijl zij deze klachten tegelijkertijd niet als problematisch beschouwen. Anderen hanteren een sociaal verklaringskader, maar adviseren desondanks een ggz-behandeling. Ook zijn er professionals die het juist andersom doen: ze vinden de ggz effectiever, maar zoeken de vervolgstappen in het sociaal domein.

5.1.2 Welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren

Op basis van dit onderzoek sluiten professionals uit het sociaal domein het beste aan bij de doelstelling voor het verkennend gesprek volgens VWS (2022) (eerder beschreven op p.16). Het verkennend gesprek moet vooral een ggz-duiding en -vervolgstappen, oftewel ‘medicalisering’, voorkomen (VWS, 2022). Doordat de professionals uit het sociaal domein de psychische klachten in de casussen het vaakst van de vier beroepsgroepen met sociale taal

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren benoemen, het vaakst een sociaal verklaringskader hanteren en sociaal domein-vervolgstappen aanraden, voorkomen zij van de vier beroepsgroepen een ggz-duiding en -vervolgstappen het meest.

POH’s en ervaringsdeskundigen gebruiken vaker dan professionals uit het sociaal domein een ggz-duiding of ggz-vervolgstappen. POH’s benoemen de psychische klachten doorgaans in sociale taal en hanteren sociale verklaringskaders, maar verwijzen relatief vaak door naar de ggz. Als zij veel ingezet worden voor het verkennend gesprek, kan dit het aantal ggz-behandelingen mogelijk niet doen afnemen. Daarmee sluiten zij minder goed aan bij het doel van VWS (2022) om het aantal ggz-behandelingen te beperken. Ervaringsdeskundigen benoemen de psychische klachten juist vaker in ggz-termen en gebruiken psychologische verklaringskaders. Hierdoor ligt hun focus mogelijk te sterk op de psychische klachten in plaats van op de zorgvrager als geheel, wat niet aansluit bij de richtlijnen van VWS (2022). Ze verwijzen echter niet vaak door naar de ggz. De ggz-professionals gebruiken zowel een ggz-duiding als -vervolgstappen: zij benoemen klachten het vaakst in ggz-termen en verwijzen vaak door naar de ggz.

Desondanks dat de professionals uit het sociaal domein het meest van de vier beroepsgroepen een ggz-duiding en -vervolgstappen voorkomen, kan niet zonder meer worden gesteld dat professionals uit het sociaal domein het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek te voeren. Dit komt, omdat de duiding en vervolgstappen van geen van de beroepsgroepen volledig overeenkomt met welke duiding en vervolgstappen ze het meest wenselijk achten. Naast dat het verkennend gesprek volgens VWS (2022) een ggz-duiding en -vervolgstappen moet voorkomen, moet ook een ggz-behandeling, indien deze het meest wenselijk is, worden aangeboden. Als de professionals uit het sociaal domein een sociale duiding en sociaal domein-vervolgstappen aanraden, kwam er niet altijd uit dat ze deze duiding en vervolgstappen het meest wenselijk vonden. Dit geldt voor alle vier beroepsgroepen. Hierom kan er niet worden vastgesteld welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren.

5.2 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek biedt inzicht in hoe verschillende beroepsgroepen casussen beoordelen die mogelijk in aanmerking komen voor het verkennend gesprek. Op basis van deze bevindingen worden in een aparte paragraaf aanbevelingen gedaan voor het verkennend gesprek. Deze aanbevelingen worden ondersteund door de sterke punten van dit onderzoek. Tegelijkertijd kent het onderzoek beperkingen. De bevindingen dienen daarom met voorzichtigheid te

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren worden geïnterpreteerd. Bij elke beperking worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek, zodat men uit toekomstige studies mogelijk met minder terughoudendheid conclusies kan trekken.

Het gebruik van casussen vormt zowel een sterk punt als een beperking van dit onderzoek. De casussen zijn zorgvuldig opgesteld. De casussen zijn door de student-onderzoeker vormgegeven op basis van een rapport van VWS (2018) over psychische klachten die vaak worden aangegeven met een ggz-duiding en waarbij ggz-vervolgstappen worden aangeraden, maar waarbij de ggz-duiding en -vervolgstappen mogelijk onwenselijk zijn. Daarnaast zijn de casussen voorgelegd aan twee huisartsen, drie proefparticipanten en dr. van Tol, een universitair docent met expertise op het gebied van ‘Medische Ethiek, Medische Professionaliteit en Medische Sociologie’ (University of Groningen, 2024). De casussen maken het mogelijk om systematische verschillen tussen beroepsgroepen zichtbaar te maken, doordat elke beroepsgroep exact dezelfde informatie op dezelfde manier gepresenteerd heeft gekregen. Eventuele verschillen in beoordeling kunnen dus niet worden toegeschreven aan een verschil in casuïstiek.

Tegelijkertijd zijn de casussen slechts een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Belangrijke elementen van een ‘echt’ gesprek tussen een professional en een zorgvrager – zoals non-verbale communicatie – blijven buiten beeld. Daarnaast zouden de professionals in een echt gesprek vermoedelijk meer informatie over de zorgvrager hebben verzameld, zoals over eerdere initiatieven en het sociale netwerk. Professionals zouden een zorgvrager in de praktijk daarom mogelijk anders beoordelen dan op basis van een schriftelijke casus. Toekomstig onderzoek zou gebruik kunnen maken van observaties of simulaties van een verkennend gesprek met een zorgvrager, om zodoende meer contextuele factoren mee te nemen.

Een andere beperking is dat in dit onderzoek niet is onderzocht hoe het verkennend gesprek wordt uitgevoerd in teamverband. Daardoor blijft onduidelijk hoe professionals gezamenlijk tot een oordeel komen. Dit is relevant, aangezien het verkennend gesprek bedoeld is als multidisciplinaire analyse van een zorgvrager met psychische klachten, dus door meerdere professionals in teamverband. Vervolgonderzoek kan zich daarom richten op besluitvorming binnen het teamverband van het verkennend gesprek.

Daarnaast waren de professionals uit het sociaal domein en de ervaringsdeskundigen vooraf bekend met het concept ‘verkennend gesprek’, terwijl dit voor de ggz-professionals en POH’s doorgaans niet het geval was. Hierdoor is het mogelijk dat de eerstgenoemde twee

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren beroepsgroepen – doordat zij wisten welke beoordeling het verkennend gesprek vereist – een beoordeling gaven die beter aansluit bij de richtlijnen van het verkennend gesprek. Vervolgonderzoek kan gedaan worden met professionals die allen wel of juist geen kennis hebben van het verkennend gesprek.

Ook is de thematische analyse uitgevoerd door één onderzoeker. Hoewel de codering zorgvuldig is gedaan, kan de inzet van een tweede onderzoeker de betrouwbaarheid verder vergroten. Voor vervolgonderzoek is het dan ook aan te raden de analyse met meerdere onderzoekers uit te voeren.

Dit onderzoek heeft ook duidelijke sterke punten. De belangrijkste daarvan is dat het een systematische vergelijking biedt tussen vier beroepsgroepen. Dit is, zoals hierboven beschreven, bereikt door gebruik te maken van casussen. Daarnaast is gewerkt met de theoretische kaders van Conrad (2007) en Kaczmarek (2019). Door structureel te analyseren hoe professionals de psychische klachten beoordeelden op de componenten van deze theoretische kaders, konden de beroepsgroepen met elkaar vergeleken worden, zonder dat daarbij veel subjectieve interpretatie van de onderzoeker nodig was.

5.3 Aanbevelingen voor het verkennend gesprek

Op basis van dit onderzoek worden er adviezen geformuleerd voor zowel gemeentes die nog moeten beginnen met pilots voor het verkennend gesprek als voor gemeentes met al lopende pilots. Voor beide gemeentes is het raadzaam dat professionals tijdens het verkennend gesprek gebruikmaken van het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019). In dit onderzoek bleek dat de antwoorden van de professionals op deze vragen meestal niet in overeenstemming waren met hun duiding en vervolgstappen. Het ethisch kader stimuleert om bewust stil te staan bij vier kernvragen: is er sprake van een probleem?; wordt dit probleem veroorzaakt door onrealistische sociale verwachtingen?; is een ggz-verklaring passend? en welke vervolgstappen zijn het meest effectief en veilig? Dit helpt om te voorkomen dat psychische klachten te snel worden beoordeeld met een ggz-duiding en dat ggz-vervolgstappen worden aangeraden, maar ook om te zorgen dat psychische klachten, waarbij dit nodig wordt geacht, worden herkend.

Voor gemeenten die al een pilot uitvoeren, lijkt het zinvol om met verschillende beroepsgroepen te reflecteren op de manier van beoordelen en na te gaan of de manier van beoordelen die een bepaalde beroepsgroep voornamelijk gebruikt, aansluit bij de uitgangspunten van het verkennend gesprek. Er lijkt op basis van dit onderzoek nog weinig gezamenlijke afstemming te zijn over de duiding en vervolgstappen van psychische klachten

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren tussen verschillende beroepsgroepen, aangezien er veel verschil is tussen de beroepsgroepen. Dezelfde psychische klachten kunnen daarom mogelijk door verschillende beroepsgroepen verschillend worden beoordeeld.

5.4 Slotwoord

Al met al laat dit onderzoek zien hoe vier verschillende beroepsgroepen psychische klachten, die in aanmerking zouden komen voor het verkennend gesprek, beoordelen. Ondanks methodologische beperkingen bieden de resultaten inzichten voor zowel de praktijk als toekomstig onderzoek.

Het belangrijkste inzicht voor de praktijk is dat professionals uit het sociaal domein het beste aansluiten bij de doelstelling van VWS (2022) om een ggz-duiding en -vervolgstappen zoveel mogelijk te voorkomen. Desondanks sluiten de duiding en vervolgstappen van de professionals uit het sociaal domein, net als bij de overige drie beroepsgroepen, niet altijd aan bij wat zij op basis van het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019) het meest wenselijk vinden. Hierom geldt dat alle beroepsgroepen hun beoordeling aan het ethisch raamwerk van Kaczmarek (2019) moeten staven. Dit wordt aangeraden om te waarborgen dat de andere doelstelling van VWS (2022) wordt gerealiseerd, namelijk dat een ggz-vervolgstappen, indien deze het meest wenselijk zijn, wel aangeboden worden.

Voor toekomstig onderzoek is het voornamelijk belangrijk dat wordt geanalyseerd hoe de professionals, als ze samenwerken in een teamverband, psychische klachten beoordelen. Losstaand van dat verder onderzoek nodig is, heeft dit onderzoek inzicht gegeven in hoe de doelstelling van VWS (2022) mogelijk gerealiseerd kan worden.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

6. Literatuurlijst

- Beeres, M. (2019). KOP-model nu ook voor huisartsen. *Huisarts en Wetenschap*.
<https://doi.org/10.1007/s12445-019-0224-6>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematische analyse. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handboek van onderzoeksmethoden in de psychologie, Vol. 2. Onderzoeksopzet: Kwantitatief, kwalitatief, neuropsychologisch en biologisch* (pp. 57–71). Amerikaanse Psychologische Vereniging. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Callens, N., Motmans, J., & Longman, C. (2017). Redactionele inleiding themanummer intersekse/DSD. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 41(2), 51–54.
<http://hdl.handle.net/1854/LU-8521139>
- Claassen. (2020). *Autisme uit maatschappelijk perspectief bekeken*. Geraadpleegd op 27 februari 2025, van
<https://www.vanuitautismebekeken.nl/sites/default/files/producten/Autisme%20vanuit%20maatschappelijk%20perspectief%20bekeken%20%281%29.pdf>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
https://doi.org/10.1057/9781137355621_39
- GGZ Standaarden. (z.d.-a). *Aanpassingsstoornis (incl. overspanning en burn-out)*. Geraadpleegd op 7 juni 2025, van
<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-aanpassingsstoornis-incl.-overspanning-en-burn-out>
- GGZ Standaarden. (z.d.-b). *Inzet ervaringsdeskundigheid*. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/ervaringsdeskundigheid/inzet-ervaringsdeskundigheid>
- GGZ Standaarden. (z.d.-c). *Introductie – Depressieve stoornissen*. Geraadpleegd op 7 juni 2025, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie>
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01660-5>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021, 29 november). *NANDA International : Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2021–2023*. Bohn Stafleu van

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Loghum. Geraadpleegd op 7 juni 2025, van <https://shop.nursing.nl/nanda-international-9789036826808>

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), 508–517.
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/7/66-2024-9-hoekstra_oa.pdf

Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

Institute for Positive Health. (z.d.). *Mijn Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd 11 juli 2025, van <https://mijnpositievegezondheid.nl/>

Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal*, 22(1), 119–128.
<https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>

Keuzenkamp, S., & Van Hoorn, E. (2022). Wat doen ervaringsdeskundigen er eigenlijk toe? Literatuurreview over de impact van ervaringsdeskundigen in één-op-één contacten. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 31(2), 4–22.
<http://doi.org/10.54431/jsi.698>

KieN. (z.d.). *KieN | Voor transparante en effectieve zorg*. Geraadpleegd op 17 april 2025, van <https://www.kien.nu/>

Mentale Gezondheidsnetwerken. (2024, 18 juli). *Leidraad contractering Mentale gezondheidsnetwerken gepubliceerd*. Geraadpleegd op 19 februari 2025, van <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/nieuws/leidraad-contractering-mentale-gezondheidsnetwerken-gepubliceerd/>

Mentale Gezondheidsnetwerken. (z.d.). *Over ons*.
<https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/over-ons/>

Mogendorff, E., Putters, K. (2011). TOPGGz: daar heeft (ook) de professional wat aan!. *PSYCHOPRAKTIJK* 3, 35–37. <https://doi.org/10.1007/s13170-011-0091-8>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, 28 november). *Recept voor maatschappelijk probleem*. Advies | Raad Voor Volksgezondheid en Samenleving. Geraadpleegd op 27 februari 2025, van

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020–2024 - Gezondheid breed op de agenda*. Geraadpleegd op 5 februari 2025, van <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 16 september). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. Geraadpleegd op 9 februari 2025, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek: Handreiking voor de praktijk*. Geraadpleegd op 3 maart 2025, van <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024>

Patiëntenfederatie Nederland. (2025, 14 januari). *Praktijkondersteuner huisarts (POH)*. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1813

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Geraadpleegd op 27 februari 2025, van <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>

Radboudumc. (z.d.). *Antidepressiva bij pijnmedicatie*. Geraadpleegd op 10 juli 2025, van <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/pijnmedicatie/soorten-pijnmedicatie/antidepressiva>

Rijksoverheid. (z.d.). *Eerstelijnszorg*. Rijksoverheid. Geraadpleegd op 3 juli 2025, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>

Rijksuniversiteit Groningen. (z.d.). *Informed-consent*. Digital Competence Centre. Geraadpleegd op 3 april 2025, van <https://www.rug.nl/digital-competence-centre/privacy-and-data-protection/gdpr-research/informed-consent>

ROS Friesland. (2023, oktober). *Nieuwsbrief Welzijn op Recept in Friesland: Samenwerking Sociaal domein, Huisartsenzorg en GGZ*. Geraadpleegd op 7 april 2025 <https://samenwerking-sociaal-domein-huisartsenzorg-en-ggz.rosfriesland.nl/welzijnoprecept-oktober2023>

Starmans, R., Rijnders, P., & Cox, M. (2018). Methodisch werken met het KOP-model bij

- Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren psychische klachten. *Link Springer*, 61, 37–39. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0321-y>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/efi-2004-22201>
- Sociale Vraagstukken. (z.d.). *Professionalisering ervaringsdeskundigen is doorgeslagen*. Geraadpleegd op 7 juli 2025, van <https://www.socialevraagstukken.nl/professionalisering-ervaringsdeskundigen-is-doorgeslagen/>
- University of Groningen. (2024, 23 december). *dr. D.G. (Donald) van Tol*. Geraadpleegd op 1 juli 2025, van <https://www.rug.nl/staff/d.g.van.tol/>
- Van Dijk, E., Van Tol, D., Wienen, B., Batsrta, L. (2023). Psychische klachten: waarom niets doen zo lastig is. *Huisarts en Wetenschap*, 66, 26–29. <https://doi.org/10.1007/s12445-023-2321-9>
- Van Gent, M., Vos-de Wael, V., Zaadnoorddijk, F. (2023). *Verkennend gesprek*. Geraadpleegd op 17 februari 2025, van <https://cms.denederlandseggz.nl/assets/publications/Verkennend-gesprek.pdf>
- Van Lisdonk, J., & Callens, N. (2017). Labeling, stigma en discriminatie: Ervaringen van professionals met intersekse/DSD. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 41(2), 95–104. <https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/images/content/pdfs/2017-41-2%20Labeling%20stigma%20en%20discriminatie.pdf>
- Vereniging van Ervaringsdeskundigen. (z.d.). *Opleidingen*. Geraadpleegd op 11 juli 2025, van <https://vved.org/leren-en-onderwijs/opleidingen/>
- Wienen, B. (2021). *Nieuw kinderrecht: Het recht om te falen*. Geraadpleegd op 23 februari 2025, van <https://www.nji.nl/publicaties/nieuw-kinderrecht-het-recht-om-te-falen>
- Winter, H. (2021). Toezicht in het sociaal domein. *Tijdschrift voor Toezicht*, 2021(2), 43–52. <https://doi.org/10.5553/TvT/187987052021012002002>
- Zorginstituut Nederland. (2024, 28 maart). *Standpunt - Verkennend gesprek*. Geraadpleegd op 1 maart 2025, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2024/03/28/standpunt-verkennend-gesprek>

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

7. Bijlagen

7.1 Werving participanten

Mails voor gatekeeper:

Onderwerp: Hulp bij vinden van participanten voor onderzoek naar verkennend gesprek

Goedendag ...,

Mijn naam is Esmée van Hiel en ik ben bezig met mijn master Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Als onderdeel van deze master loop ik stage bij KieN en uit de stage doe ik onder begeleiding van prof. dr. Nynke Boonstra onderzoek naar het verkennend gesprek. Momenteel ben ik op zoek naar participanten en ik vraag me af of u hierbij kan helpen.

In mijn onderzoek richt ik mij op de vraag: welke professionals zijn het meest geschikt om het verkennend gesprek te voeren? De professionals waarmee ik in gesprek wil zijn ggz-professionals, professionals uit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en praktijkondersteuners van de huisarts.

Het interview zal ongeveer 30 minuten duren en kan desgewenst online plaatsvinden. Voorafgaand aan het gesprek ontvangt de participant drie korte casussen ter voorbereiding, die tijdens het interview besproken zullen worden. Uiteraard worden alle gegevens geanonimiseerd en zorgvuldig opgeslagen op de beveiligde servers van de Rijksuniversiteit Groningen. Alleen ikzelf en mijn begeleiders (prof. dr. Steverink en dr. van Tol) hebben toegang tot de data. Na afronding van het onderzoek worden alle gegevens verwijderd.

Aangezien u veel contacten heeft rondom het verkennend gesprek, zou ik u willen vragen of u mij in contact zou kunnen brengen met de bovengenoemde vier professionals of een mail uit mijn naam naar hen zou willen versturen. De mail die ik graag zou willen versturen naar hen heb ik toegevoegd in de bijlage. Idealiter betrek ik in mijn onderzoek professionals van verschillende instellingen. Daarnaast streef ik naar 3 participanten binnen elk van de 4 disciplines, dus in totaal 12 participanten. Bij vragen of interesse ben ik bereikbaar via esmeevanhiel@gmail.com of telefonisch/WhatsApp via 0639334941.

Ik hoor graag van u.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Met vriendelijke groet,

Esmée van Hiel

Post voor op LinkedIn:

Oproep: deelnemers gezocht voor onderzoek

Voor haar masterscriptie Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen verricht Esmée van Hiel onderzoek naar het verkennend gesprek – een overlegmoment zoals vastgesteld in het Integraal Zorgakkoord, waarin samen met de zorgvrager wordt verkend welke vorm van ondersteuning passend is: binnen de ggz, het sociaal domein, of een combinatie van beide. Esmée onderzoekt de vraag: welke professionals zijn het meest geschikt om het verkennend gesprek te voeren?



Voor dit onderzoek is zij op zoek naar professionals die bereid zijn deel te nemen aan een interview van ongeveer 30 minuten (online mogelijk). Het gaat om:

- ◆ **GGZ-professionals**
- ◆ **Professionals uit het sociaal domein**
- ◆ **Ervaringsdeskundigen**
- ◆ **Praktijkondersteuners huisarts GGZ (POH-GGZ)**

 Interviews worden ingepland in mei.

 Geïnteresseerden kunnen contact opnemen via esmeevanhiel@gmail.com of 06-39334941 (telefonisch of via WhatsApp).

Kent u iemand binnen uw netwerk die hieraan zou willen bijdragen? Delen wordt zeer op prijs gesteld.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

7.2 Informed-consentformulier

Dit onderzoek zal gaan over de vraag welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren. Het verkennend gesprek is een overlegmoment tussen een zorgvrager met psychische klachten en meerdere professionals. Het verkennend gesprek wordt door de huisarts aangevraagd wanneer hij of zij twijfelt over de juiste vervolgstappen voor een zorgvrager met psychische klachten. Dit betekent dat de huisarts onzeker is over of de zorgvrager het beste geholpen is binnen de ggz, het sociaal domein of een combinatie van beide.

Voorafgaand aan het interview zullen drie casussen gestuurd worden; de participant wordt verzocht deze door te lezen. Hierover zullen enkele vragen gesteld worden, zoals welke vervolgstappen de participant de zorgvrager zou aanraden.

Alle gegevens worden geanonimiseerd en veilig bewaard op de server van de Rijksuniversiteit Groningen. Aan het einde van het onderzoek worden de gegevens verwijderd. De gegevens zullen uitsluitend toegankelijk zijn voor de onderzoeker, Esmée van Hiel, en haar twee begeleiders, Nardi Steverink en Donald van Tol.

Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek: Verkennen welke professionals geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren.

Ik bevestig dat ik voldoende informatie heb ontvangen over het onderzoek en dat ik de mogelijkheid heb gehad om eventuele vragen te stellen. Ik ben mij ervan bewust dat deelname aan dit onderzoek volledig vrijwillig is. Ik begrijp dat ik op elk moment kan besluiten mijn deelname te stoppen, zonder opgave van reden, en dat ik het recht heb om te verzoeken mijn gegevens te laten verwijderen. Verder ben ik geïnformeerd dat de gegevens in het kader van dit onderzoek anoniem verwerkt zullen worden. Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview. De geluidsopnames en de resultaten van het interview zullen worden opgeslagen op een beveiligde server van de Rijksuniversiteit Groningen, waarbij alleen de student, Esmée van Hiel, en haar begeleiders toegang hebben. Na afloop van het onderzoek zullen de opnames en gegevens worden vernietigd. Ik geef tevens toestemming voor het gebruik van de door mij verstrekte informatie in de masterscriptie van Esmée van Hiel. Ook ga ik akkoord dat de student en haar begeleiders toegang hebben tot de verwerkte interviewgegevens.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

Door dit formulier te ondertekenen, geef ik mijn toestemming om deel te nemen aan het onderzoek.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

7.3 Aanpassen van de casussen

Mail van student-onderzoeker

Goedendag ...,

Mijn naam is Esmée van Hiel en ik ben bezig met mijn master Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Als onderdeel van deze master loop ik stage bij KieN en uit de stage doe ik onder begeleiding van prof. dr. Nynke Boonstra onderzoek naar het verkennend gesprek. Momenteel ben ik op zoek naar participanten en ik vraag me af of u hierbij kan helpen.

Het verkennend gesprek is, zoals u weet, een door het Integraal Zorgakkoord vastgesteld overlegmoment tussen een zorgvrager met psychische klachten en professionals om laagdrempelig te verkennen welke ondersteuningsbehoefte de zorgvrager heeft. Het verkennend gesprek wordt door de huisarts aangevraagd wanneer er twijfel bestaat over de juiste vervolgstappen: hij of zij vraagt zich dan af of iemand geholpen moet worden binnen de geestelijke gezondheidszorg, het sociaal domein, of juist via een combinatie van beide. In mijn onderzoek richt ik mij op de vraag: welke professionals zijn het meest geschikt om het verkennend gesprek te voeren? Om dit te onderzoeken, ga ik analyseren hoe verschillende professionals drie casussen, die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek, beoordelen.

Voor mijn onderzoek ben ik op zoek naar uw professionele blik op drie casussen. Deze casussen komen naar mijn mening in aanmerking voor het verkennend gesprek, omdat er twijfel is over waar de casus naartoe verwezen moet worden. Mijn vraag aan u is of ik dit goed heb beoordeeld. Zou u deze casussen doorverwijzen naar een verkennend gesprek? Zo nee, wat zou er dan in uw ogen aangepast of toegevoegd moeten worden aan de casusbeschrijvingen om ze wel geschikt te maken voor het verkennend gesprek?

1. Onzekerheid onder jongvolwassenen

“Mariëlle van 26 jaar denkt altijd dat ze sterk en ambitieus is, een vrouw die precies weet wat ze wil. Toch voelt ze zich steeds vaker verloren. Op haar werk is ze de jongste en wil ze zich bewijzen. Dit betekent lange dagen, extra taken aannemen en voortdurend op zoek zijn naar bevestiging. Maar hoe hard ze ook werkt, ze heeft het gevoel dat het nooit genoeg is. Haar sociale media staan vol met perfecte plaatjes: vrienden die carrière maken, verre reizen maken

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren of een gelukkig gezinsleven leiden. Mariëlle voelt zich onzeker en vraagt zich af waarom zij zich zo opgebrand voelt.”

2. Drukte rond werk, gezin en mantelzorg

Marije, 34 jaar, leeft in een constante rush. Marije heeft een verantwoordelijke functie bij een consultancybureau en werkt vaak over. Haar twee kinderen, Sophie en Daan, hebben een druk schema met school en sportactiviteiten. Alsof dat nog niet genoeg is, heeft Marije’s moeder steeds meer zorg nodig, en de mantelzorgtaken drukken zwaar op hun gezin. Marije merkt dat ze steeds vaker moe en prikkelbaar is. De stress begint haar parten te spelen. Op een dag, wanneer ze op haar werk weer een extra taak krijgt toebedeeld, voelt ze zich plots duizelig.”

3. Functievermindering op hogere leeftijd

“Hendrik is 74 jaar en merkt dat hij steeds minder energie heeft. Waar hij vroeger dagelijks een lange wandeling maakte, moet hij nu vaker pauzeren. Ook is hij incontinent. Dit heeft erin geresulteerd dat hij niet meer naar buiten wil om een wandeling te maken, omdat hij bang is dat hij in zijn broek plast. Daarnaast heeft hij weinig sociale contacten. Zijn kinderen komen één keer per week langs en dat is zijn sociale contact van de week.”

Uw reactie helpt mij om een beter beeld te krijgen van de toepasbaarheid van mijn casussen voor het beoordelen van welke professionals geschikt zijn om het verkennend gesprek uit te voeren.

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en moeite. Mocht u aanvullende vragen of informatie hebben, dan hoor ik dat uiteraard graag. Ik ben bereikbaar via esmeevanhiel@gmail.com of telefonisch/WhatsApp via 0639334941.

Met vriendelijke groet,

Esmée van Hiel

Reacties

Twee huisartsen en dr. Van Tol hebben inhoudelijk gereageerd op de casussen en gaven suggesties voor aanpassingen en verduidelijkingen. Hun opmerkingen laten zien welke keuzes zij in de praktijk zouden maken en hoe de casussen scherper kunnen worden neergezet.

Huisarts A lichtte toe dat zij zelf geen gebruikmaakt van het verkennend gesprek, omdat er binnen haar praktijk zowel een POH-ggz als een POH-ggz-jeugd aanwezig is. De

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

POH's hebben volgens haar korte lijnen met zowel het sociaal domein als de ggz en maken het mogelijk om snel en laagdrempelig ondersteuning te bieden, ondanks de lange wachttijden in de ggz. Zij benadrukte dat de POH-ggz vaak ook de gezinsomstandigheden goed in beeld heeft. Bij de uitwerking van de casussen stelde zij voor steeds eerst somatische oorzaken uit te sluiten, zoals via lichamelijk onderzoek of oriënterend laboratoriumonderzoek. Vervolgens zou zij bij casus 1 verwijzen naar de POH-ggz om grenzen te leren bewaken en eventueel voor een psycholoog. In casus 2 zag zij eveneens een rol voor de POH-ggz, naast mogelijke ondersteuning vanuit het sociaal domein bij mantelzorgtaken. Voor casus 3 wees zij op medische mogelijkheden om de incontinentie beter onder controle te krijgen, naast het sociaal domein dat kan helpen om betrokkene meer onder de mensen te laten komen. Zij merkte daarbij op dat zij in afwezigheid van een POH-ggz waarschijnlijk casus 1 zou verwijzen naar de ggz, casus 2 naar een verkennend gesprek en casus 3 naar het sociaal domein, al vond zij dat enigszins kort door de bocht vanwege de beperkte informatie.

Huisarts B reageerde kort en bondig samen met een collega, een POH-somatiek. Zij vonden dat casus 1 het meest passend is voor een ggz-professional, casus 2 voor het sociaal domein en casus 3 voor de POH-somatiek.

Dr. Van Tol gaf meer inhoudelijk commentaar op de vorm van de casussen. Hij vond ze realistisch, maar benadrukte dat er een duidelijke hulpvraag in ontbreekt. Volgens hem is dat in de praktijk essentieel, omdat hulpverleners altijd zullen vragen wat iemand precies wil. Daarbij wees hij op het verschijnsel van bottom-up medicalisering: cliënten hebben vaak zelf al een idee van wat er aan de hand is en sturen aan op een diagnose of behandeling. Dat maakt het voor hulpverleners lastig om weerstand te bieden. Om dat beter zichtbaar te maken, adviseerde hij de casussen zo te herschrijven dat de hulpvragers zelf al in een medicaliserende richting denken. Voor casus 1 stelde hij voor dat Mariëlle zelf denkt dat ze een burn-out of depressie heeft en misschien wel antidepressiva zou willen, geïnspireerd door een vriendin die daar baat bij had. Voor casus 2 stelde hij voor dat Marije, ondanks dat lichamelijke oorzaken zijn uitgesloten, bang blijft voor een hersenziekte en daarom meer onderzoek wil.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

7.4 Interviewschema

Introductie

Goedemorgen/middag,

Dank u wel dat u mee wilt doen aan dit onderzoek. Dit onderzoek gaat over de vraag welke professionals het meest geschikt zijn om het verkennend gesprek te voeren. U neemt deel als [ggz-professional/ praktijkondersteuner van de huisarts/ervaringsdeskundige/professional uit het sociaal domein] – klopt dat?

U heeft eerder het informed-consentformulier ondertekend, waar onder andere staat dat u op elk moment kan ophouden met het interview en kan weigeren antwoord te geven. Ook heeft u toestemming gegeven voor het opnemen van dit gesprek. Kunt u dat nogmaals bevestigen?

Voor we beginnen: er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen ervaringen en interpretatie. Soms maak ik korte aantekeningen, zodat ik kan terugkomen op wat u zegt. Laat u zich daar vooral niet door afleiden.

Heeft u nog vragen voordat we beginnen?

Achtergrondinformatie

- Hoeveel jaar ervaring heeft u als ggz-professional/ praktijkondersteuner van de huisarts/ervaringsdeskundige/professional uit het sociaal domein?
- Bent u bekend met het verkennend gesprek? Zo ja, hoe?
 - ➔ Indien de participant niet bekend is, uitleggen: Het verkennend gesprek is een gesprek dat volgens het Integraal Zorgakkoord uit 2022 moet worden gehouden als de huisarts twijfelt over de beste vervolgstappen voor een zorgvrager.

Topic 1: Medicalisering en wenselijkheid

Subtopic 1.1: Duiding

- In hoeverre vindt u het verschijnsel in de casus problematisch?
 - Probes: Op welke manier veroorzaakt het verschijnsel in de casus een probleem (zoals fysiek of mentaal ongemak, lijden, beperkingen of een verhoogd risico op overlijden)?

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

- Hoe zou u het probleem in deze casus omschrijven?
 - Probes: Welke termen gebruikt u om het te benoemen?
 - Probes: In hoeverre gebruikt u termen uit de ggz of het sociaal domein?
- In hoeverre wordt het probleem in de casus vooral als problematisch gezien omdat het afwijkt van de standaard, dus wat de maatschappelijke verwachtingen zijn van iemand van ongeveer dezelfde leeftijd?
 - Samenvatten, vragen of ik het goed heb begrepen.

Afronden topic: *Heb ik iets gemist of wilt u nog iets toevoegen aan dit onderwerp?*

Subtopic 1.2: Vervolgstappen

- Welke aanpak zou volgens u passend zijn in deze situatie?
 - Probes: Welke vervolgstappen acht u wenselijk of nodig?
- In hoeverre zou de ggz hier een rol kunnen spelen?
- Welke rol ziet u voor andere ondersteuning (zoals het sociaal domein)?
 - Probes: Hoe verhouden die zich volgens u tot elkaar op het gebied van effectiviteit en veiligheid (minste bijwerkingen)?
- Samenvatten, vragen of ik het goed heb begrepen.

Afronden topic: *Heb ik iets gemist of wilt u nog iets toevoegen aan dit onderwerp?*

Topic 2: Afwegingen bij beoordeling

- Hoe bepaalt u of een zorgvraag vooral een ggz-aanpak of aanpak binnen het sociaal domein nodig heeft?
 - Probes: Kunt u voorbeelden noemen van hoe u daarmee omgaat in de praktijk?
- Wat doet u als een casus niet goed past in zowel het sociaal domein als de ggz? (Bijv. wanneer een casus zowel als ggz psychische klachten als sociaal geïnterpreteerd kan worden)

Probes waar passend

- POH: Werkt u met modellen om tot uw beoordeling te komen? (zoals het KOP-model)

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennend gesprek’ uit te voeren

- SD: Wanneer neemt u in uw overweging sociale invloeden mee?
- GGZ: Voelt u weleens druk om een diagnose te geven? Zo ja, onder welke omstandigheden?
- ED: Welke houding heeft u tegenover het geven van een diagnose of tegenover een ggz-behandeling?

Afronden topic: *zijn er nog dingen die u hieraan zou willen toevoegen?*

Afsluiting

Ik heb nog twee vragen ter afsluiting van het interview.

- Is er iets dat u graag nog had willen zeggen dat niet aan bod is gekomen?
- Zou ik u nog mogen beoordelen voor een verduidelijkende vraag, als dat nodig is?

Heel erg bedankt voor uw tijd en openheid. Dan stop ik nu de opname.

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

7.5 Codeboek

Concept (thema)	Sub-thema	Code	Type	Omschrijving	Voorbeeld uit de data
Termen					
		Sociaal domein termen	Deductief	De participant geeft aan in welke mate zij het probleem met sociaal domein termen zou beschreven en/of gebruikt sociaal domein termen om het probleem te beschrijven.	“Ze heeft gewoon te veel hooi op haar vork.” – E1
		Twijfel over termen	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij twijfelt over de termen om het probleem te beschrijven en/of geeft veel verschillende termen om het probleem te beschrijven.	“Weet ik niet zo goed, ze gaat heel erg over grenzen heen. Maar wat voor term daarbij moet, dat weet ik niet.” – E2
		Ggz termen	Deductief	De participant geeft aan in welke mate zij het probleem met ggz termen zou beschreven en/of gebruikt ggz termen om het probleem te beschrijven.	“Waar ze nu last van heeft, waar ze mee komt, is somberheidsklachten. Burn-out, depressie.” – G1
Vervolgstappen					
		Vervolgstappen ggz	Deductief	De participant geeft aan in welke mate de vervolgstappen bij de Ggz moeten worden gehouden.	“Kijk, zij labelt iets dus op een bepaalde manier. Dus je zou heel goed kunnen kijken, hé, wat betekent stress voor je? Waar ligt de grens van wat gezond is voor jou, wat niet? Dus ik zou me heel goed kunnen voorstellen dat dat helpend is om hier eens met, inderdaad, als je het hebt over overbelasting, dat is een verpleegkundige diagnose. Nou, dan kun je prima dus ook gaan kijken, hé, wat...wat maakt dat je daarin overbelastend raakt, voor gedachte heb je erbij? Dat maakt dat je denkt dat je dit misschien helemaal alleen moet doen. Dat soort vraagstukken. Dus daar zit zeker ook wel iets in wat in de

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

					GGZ behandeld kan worden” – E3
		Vervolgstappen sociaal domein	Deductief	De participant geeft aan in welke mate de vervolgstappen bij het sociaal domein moeten worden gehouden.	“En ik denk dat ik vanuit het sociaal domein met haar in eerste instantie zou gaan kijken naar structuur in de week. Zorgen dat je ook ontspanningen inbouwt. Kijken wat dat betekent. Dus ook daar eerst weer die basis pakken. Met haar meedenken van hoe doe je dat nou, als je het idee hebt dat je het nooit goed genoeg doet.” – E1
		Twijfel over vervolgstappen	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij twijfelt over de vervolgstappen en/of geeft veel verschillende mogelijke vervolgstappen aan.	Interviewer: “En de vervolgstappen, dan wil ik u weer vragen, welke aanpak zou volgens u passend zijn in deze situatie?” G1: “Ehm... Nou dat kan nog best wel eens ingewikkeld zijn, want als zij denkt dat er sprake is van een hersenziekte, hoe open staat ze dan voor andere interventies”. -G1
		Kinderen betrekken bij vervolgstappen	Inductief	De participant betreft de kinderen bij de vervolgstappen.	“Dat zou ik vooral ingaan op een stukje gezinsondersteuning.” – E1
		Moeder betrekken bij vervolgstappen	Inductief	De participant betreft de moeder bij de vervolgstappen.	“Ja, ik denk wel dat het maatschappelijk werk hier een rol in zou kunnen spelen, een adviserende rol. Want ik denk dat met name de mantelzorgtaken verlicht zouden moeten worden.” – P1
		Training	Inductief	De participant raadt een training aan als onderdeel van de vervolgstappen.	“Ja. Dus daar gaan we mee aan de slag en ik kan daarbij haar e-health modules aanbieden. Want we werken hier ook met e-health modules.” – P1
		Sociaal netwerk	Inductief	De participant betreft het sociale netwerk als onderdeel van de vervolgstappen.	“Dus wie heb jij in je omgeving? Heb je daar steun in? Mag het gaan over negatieve dingen? Dat soort dingen.” – E3
		POH-Ggz	Inductief	De participant betreft de POH-ggz als onderdeel van de vervolgstappen.	“Maar dat hoeft niet per se een psycholoog te zijn. Het kan ook een verpleegkundige zijn met een speciale opleiding vanuit de huisarts bijvoorbeeld. Hoe heet het dan? Een praktijkondersteuner.” – G2

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

		Huisarts	Inductief	De participant betreft de huisarts als onderdeel van de vervolgstappen.	“Dus als ze weer bij de huisarts komt van, hé, het bloedonderzoek was goed, maar het is nog steeds geen haar beter, dan is het wel een taak voor de huisarts om daar over door te vragen.” – E2
		Bespreken van probleem	Inductief	De participant stelt het bespreken van het probleem voor als onderdeel van de vervolgstappen.	“Het is gewoon belangrijk dat je op zo'n moment gaat praten en met wie, maakt me eigenlijk niet zoveel uit.” – E2
		Eigen kracht	Inductief	De participant vindt dat het probleem op eigen kracht op moet worden gelost als onderdeel van de vervolgstappen.	“Maar ook vooral, hoe kun je zelf meer tools in handen krijgen om het een beetje aan te kunnen, denk ik.” – S1
		Normalisering	Inductief	De participant stelt het normaliseren van het probleem voor als onderdeel van de vervolgstappen.	“Ik vind dat mijn rol als POH is om ook te normaliseren. Dus deze vrouw heeft een pokke drukke fase in haar leven. Alleenstaand en kinderen groot brengen is gewoon heel erg pittig. Ik vind dat ook niet een ziekte of een aandoening.”- P3
		Positieve gezondheid	Inductief	De participant betreft ‘positieve gezondheid’ als onderdeel van de vervolgstappen.	“Maar in de eerste instantie zou ik gewoon op die basis inzetten van positieve gezondheid.”- E1
Hoe problematisch					
		Mate van problematisch	Deductief	De participant geeft aan in welke mate hij/zij het verschijnsel in de casus problematisch vindt.	“Deze dame loopt vast, maar je kan nog niet vaststellen of het problematisch is, omdat het vanuit hoe de casus nu gepresenteerd wordt, lijkt het ook met de context te maken te hebben. En lijkt het op basis daarvan vooral een tijdelijk iets, wat niet per se heel problematisch is.” – E1
		Problematisch door lichamelijke klachten	Inductief	De participant geeft aan in welke mate hij/zij het verschijnsel in de casus problematisch vindt door de lichamelijke klachten die de zorgvrager ervaart.	“En is nu vooral haar lichamelijke toestand voor haar problematisch. “- E1

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

		Problematisch voor derde partij	Inductief	De participant geeft aan dat het verschijnsel in de casus problematisch is voor een derde partij.	“Dat is best wel een probleem gewoon als je ook werk hebt, de zorg draagt voor anderen. Voor hetzelfde geld gaat ze op een gegeven moment een keertje out. Dat lijkt me voor haar best een groot probleem, maar ook voor de mensen die afhankelijk van haar zijn.” – E1
		Problematisch door mentale klachten	Inductief	De participant geeft aan in welke mate hij/zij het verschijnsel in de casus problematisch vindt door de mentale klachten die de zorgvrager ervaart.	“En dat ze zelf ook al voelt dat zij prikkelbaar is, geeft ook wel aan dat er uiteindelijk echt, ja, dat er mentaal best wat speelt al.”- G2
		Probleem op basis van realistische verwachtingen	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre het probleem in de casus als probleem wordt gezien op basis van wat realistisch van professionals verwacht kan worden.	“Nee, dit wijkt niet af van de standaard, nee. Denk ik niet.” – E2
		Maatschappelijk probleem	Inductief	De participant geeft aan dat het verschijnsel in de casus een maatschappelijk probleem is.	“Een beetje, wat we in onze maatschappij heel vaak zien, er is een probleem en dat moet ook meteen opgelost worden.” – P1
Effectiviteit en veiligheid					
		Mate veiligheid van ggz behandeling	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre het probleem in de casus veilig en effectief behandeld kan worden met een ggz behandeling.	“Ja, denk ik toch dat de GGZ door de aard wel effectiever slash veiliger is. Door de toetsing, door de wig, door de context van evalueren, de structuur die daarin zou moeten zitten.”- G1
		Mate veiligheid van alternatieve vervolgstappen	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre het probleem in de casus veilig en effectief behandeld kan worden met alternatieve (niet ggz) vervolgstappen.	“Mensen voelen zich toch eerder veilig in het sociaal domein.” – G2

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

		Kritische houding tegenover medicalisering	Deductief	De participant geeft aan dat hij/zij een kritische houding tegenover medicalisering heeft en/of vertoont een kritische houding tegenover medicalisering.	“En mensen moeten gewoon meer naar elkaar kijken. In plaats van dat alles meteen alweer in de zorgverlening wordt gedrukt.” – E2
		Neutrale houding tegenover medicalisering	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij een neutrale houding tegenover medicalisering heeft en/of vertoont een neutrale houding tegenover medicalisering.	“Ik denk dat diagnose en medische behandeling helpend kunnen zijn voor het proces van die persoon. Dat dat niet per se hoeft te zijn, maar dat het wel kan zijn. Dus ik sta daar niet negatief tegenover, positief tegenover, helemaal niet.” – E3
		Positieve houding tegenover medicalisering	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij een positieve houding tegenover medicalisering heeft en/of vertoont een positieve houding tegenover medicalisering.	“Dat kan ook heel helpend zijn, inderdaad, wanneer je echt dat functioneren, dat dagelijks functioneren, dat je daar zo in vastloopt. Dat je echt zegt van ja, hoe kan dit? En dan kan zo'n diagnose rust geven.” – G3
		Kritische houding tegenover sociaal domein	Inductief	De participant geeft aan dat hij/zij een kritische houding tegenover het sociaal domein heeft en/of vertoont een kritische houding tegenover het sociaal domein.	“Wat je ook veel ziet, is afhankelijk... eigenlijk uit een soort goedbedoeld hulpverlenersschap. Goed willen doen, geen grenzen bewaken, bijvoorbeeld. Dus veel te lang doorgaan, de cliënt afhankelijk maken, dingen voor mensen oplossen... Willen oplossen en mensen dus niet zelf in hun kracht zetten.”- G1
		Quick fix	Inductief	De participant geeft aan dat de zorgvrager een Quick fix zoekt.	“Dan snap ik ook dat je eigenlijk nu wil dat er nu iets aan gedaan wordt. En dat je een quick fix wil. En dat je wil gaan kijken naar hoe kan ik dit volhouden en me beter voelen. Want dat is heel normaal. Het is heel menselijk dat je dat wil. En ook gaan kijken wat zijn andere manieren waarop jij je weer fijn kunt voelen.” – E3
		Stigmatisering door diagnose	Inductief	De participant geeft aan dat een zorgvrager gestigmatiseerd kan	“Omdat een diagnose ook een bepaalde...ja, weet je er zit gewoon stigma op diagnoses en hoe eerder je iemand daarmee confronteert, hoe grotere de

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

				worden door een diagnose.	kans dat ze zich terug gaan trekken.” – E1
Reden voor beoordeling					
	Beroep				
		Kijken uit beroep	Inductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt doordat ze de zorgvrager beoordelen uit zijn/haar beroepsperspectief en/of de participant kijkt uit zijn/haar beroep in de beoordeling.	“Ik zou vanuit mijn rol als ervaringsdeskundige vooral heel erg vragen stellen over hoe zij het ervaart.” – E1
		Herstelgerichte benadering	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt doordat hij/zij de psychische klachten benaderd uit een herstelgerichte benadering en/of de participant kijkt uit een herstelgerichte benadering in de beoordeling.	“En vanuit de visie op herstel, de visie vanuit ervaringsdeskundige, zit zij in ieder geval in de fase waarin zij ontzettend worstelt met haar leven.” – E3
		KOP-model	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt doordat hij/zij de psychische klachten benaderd uit het KOP-model en/of de participant kijkt uit het KOP-model in de beoordeling.	“Ik denk ook dat ik het ga normaliseren en vanuit het kopmodel dat ook wel onderbouwd kan teruggeven, waarin jouw omstandigheden zijn nu dusdanig veranderd, dat jij klachten ervaart. En als we samen onderzoeken hoe jouw persoonlijke stijl is, kunnen we wellicht dealen met die omstandigheden en de klachten laten afnemen.”- P3
		Diagnosedruk	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt doordat hij/zij diagnosedruk voelt en/of de participant vertoont diagnosedruk in de beoordeling.	“Ik weet niet of het relevant is, maar ik merk vaak dat mensen bij mij komen met het idee, ik heb een depressie en jij moet mij pillen voorschrijven.” – P3

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

		Eigen ervaring	Deductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt doordat ze de psychische klachten beoordelen uit zijn/haar eigen ervaringen en/of de participant neemt zijn/haar eigen ervaring mee in de beoordeling.	“Ze moet het zelf natuurlijk ook gaan zien. Maar ja, als je dat zelf niet ziet... Ik moest eerst ook in de depressie raken voordat ik nu weet wat mijn grenzen zijn.” – E2
	Meenemen perspectief zorgvrager				
		Beoordelen als individu	Inductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt doordat hij/zij de zorgvrager wil beoordelen als individu en/of de participant neemt het perspectief van de zorgvrager mee in de beoordeling.	“En welke woorden zij daaraan geeft. Kijk, in dit geval zou ik zeggen, voor mij lijkt je de grip te verliezen. Hoe ervaren je dat zelf? Voor hetzelfde geld heeft zij een hele andere manier van spreken. En...ja, hoe meer ruimte je haar ook geeft, hoe meer daar ook van die onderliggende lagen ook naar boven kan komen.” – E1
		Shared decision making	Inductief	De participant geeft aan in hoeverre zijn/haar beoordeling tot stand komt door shared decision making en/of de participant hanteert shared decision making om tot hun beoordeling te komen.	“Ik vind, heel eerlijk, dat je als professional daarin op je plek moet kennen. Dus dat dat ook betekent dat je wel een advies kunt geven of een richting kunt geven, maar dat het eigenlijk veel meer een soort menukaartrichting zou mogen zijn. Dat je kunt zeggen, ik zie voor waar je nu mee komt, dat dit een optie kan zijn, dat een optie kan zijn en dat een optie kan zijn. En dat je vanuit Shared Decision Making heel erg ook gaat kijken naar wat is dan het juiste voor jou. En dat zou dan het advies zijn.” – E3
	ggz/ sociaal domein				
		Redenen voor ggz of sociaal domein	Inductief	De participant geeft redenen aan om een zorgvrager naar de ggz of het sociaal domein te sturen.	“Ja, zal ik eerst met het sociale domein beginnen omdat het inderdaad laagdrempelig is. Ja, dan heeft het meestal meer tijd nodig, maar dan... Ik zie de ggz als de harde tools en het sociale

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

					domein een beetje als de zachte tools.” – G2
		Laagdrempelig	Inductief	De participant geeft aan dat laagdrempeligheid een reden is om een zorgvrager naar de ggz of het sociaal domein te sturen.	“Ik denk dat het sociale domein meer veiligheid geeft, omdat het laagdrempeliger is.” – G2
		Wachlijsten	Inductief	De participant geeft aan dat de wachtlijsten een reden is om een zorgvrager naar de ggz of het sociaal domein te sturen.	“Ja, ik vind niet dat, vooral met die wachtlijsten, alles hoeft niet meteen naar de ggz.” – E2

Verkennen welke professionals geschikt zijn om het ‘verkennd gesprek’ uit te voeren

7.6 Overzichtstabel resultaten

Tabel 2: Overzicht van gebruikte termen voor de psychische klachten, hoe problematisch de psychische klachten zijn, welk verklaringskader zij gebruiken voor de psychische klachten, of zij de sociale verwachting (on)realistisch vinden, welke vervolgstappen zij aanraden en hoe effectief en veilig zij die vervolgstappen vinden per beroepsgroep.

			Termen	Probleem	Verklaringskader	Sociale verwachtingen	Vervolgstappen	Effectief & veilig
Ggz-professionals	G1	Sanne	Ggz	Nee	Psychologisch	-	Ggz	Ggz: E&V
		Marije	Ggz	Nee	Psychologisch	-	Mix	Ggz: E&V
	G2	Sanne	Mix	Ja	Sociaal	Onrealistisch	SD	SD: V
		Marije	Ggz	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix	Ggz: E, SD: V
	G3	Sanne	Ggz	Nee	Psychosociaal	-	SD	Onbekend
		Marije	Ggz	Ja	Sociaal	-	SD	Onbekend
POH's	P1	Sanne	Ggz	Ja	Psychosociaal	Onbekend	Mix*	Onbekend
		Marije	Mix	Ja	Psychosociaal	Onbekend	Mix*	Onbekend
	P2	Sanne	SD	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix*	Onbekend
		Marije	Ggz	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix*	Onbekend
	P3	Sanne	SD	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix*	Onbekend
		Marije	SD	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix*	Onbekend
Professionals uit het sociaal domein	S1	Sanne	SD	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix*	Onbekend
		Marije	SD	Ja	Sociaal	Onrealistisch	Mix*	Onbekend
	S2	Sanne	SD	Ja	Psychosociaal	Onbekend	Ggz	Ggz: E
		Marije	SD	Ja	Sociaal	-	SD	Ggz: E
	S3	Sanne	SD	Nee	Sociaal	Realistisch	SD	SD: V
		Marije	Ggz	Ja	Sociaal	Realistisch	SD	SD: V
Ervaringsdeskundigen	E1	Sanne	SD	Nee	Psychosociaal	Onrealistisch	SD	Onbekend
		Marije	Ggz	Ja	Psychosociaal	Onrealistisch	SD	Onbekend
	E2	Sanne	SD	Nee	Psychologisch	-	Mix*	Onbekend
		Marije	Ggz	Nee	Psychologisch	-	Mix*	Onbekend
	E3	Sanne	SD	Onbekend	Sociaal	Realistisch	SD	Neutraal
		Marije	Ggz	Onbekend	Sociaal	-	SD	Neutraal

*De mix betreft vervolgstappen bij de POH-ggz en het sociaal domein.

SD= Sociaal Domein, E=Effectief, V=Veilig