

# Het verkennend gesprek verkend

Ph. Delespaul

Zie Hoekstra e.a. 'Het verkennend gesprek: actieonderzoek naar het perspectief van zorgvragers' op pagina 508 van dit nummer.

In navolging op het pionierswerk van de Herstel-academie van Noord-Holland-Noord rond de herstelgerichte intake is het verkennend gesprek (VkG) binnen de mentale gezondheidscentra bij GGz Breburg een doorontwikkeling. Dat het gepaard gaat met onderzoek is uitstekend. Ik geloof vast dat de ggz op vernieuwende manieren de toegang tot hulp moet verbeteren en dat betere praktijken nodig zijn.

## 'Not ready for primetime'

Maar ik maak me zorgen dat een voortvarende borging via protocollering en financiering, noodzakelijke doorontwikkelingen in de weg staat. Het VkG is 'not ready for primetime'.<sup>1</sup> Het wordt te veel gepositioneerd als triage om de druk op de ggz-wachtlIJst te verminderen, terwijl het idealiter een open dialoog is – liefst met betrokkenen – over hoe beter 'je ding te kunnen doen' in het leven. Het VkG is een kans voor een 'zoekende' of 'ontredderde' burger. In zekere mate gun je elke burger een VkG. Wanneer dit lukt, zal het stigma van de ggz verminderen.<sup>2</sup> Het VkG kan men het beste plaatsen in een generiek proces naar meer grip op het leven. Het is niet eenmalig, zoals bij een intake voor een genezende behandeling, maar een (her)oriëntatie in het leven van burgers. De bijvangst is een betere ggz met minder wachtlijsten.

## De betekenis van 'verkenning'

Betrokkenen en de pers argumenteren dat minimaal een derde van de ggz-verwijzingen foutief is en afgewend zou kunnen worden naar het sociale domein (en/of herstelacademies). Deze interpretatie is gevaarlijk. De kernvraag van het VkG is: 'Wat is de moeite waard om in te investeren?'. Het VkG mist zijn doel wanneer alle verwachtingen kristalliseren in slechts één, als optimaal gepercipieerde keuze. Het VkG verbetert wanneer je op een ontspannen wijze verschillende opties kunt verkennen en steeds alternatieven achter de hand blijft houden. Dus niet een triage of selectie, maar een verkenning van opties. Daarom heet het ook een 'verkenkend gesprek'.

## AUTEUR

**Philippe Delespaul**, klinisch psycholoog, hoogleraar Innovatie in de GGZ, Maastricht University, Mondriaan Zorggroep en bestuurslid CCAF.

### Correspondentie

Prof.dr. Philippe Delespaul  
(ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-10-2024.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(9):506-507

De positionering van het VkG is cruciaal voor de duurzame inrichting van de ggz. Een verwijzing door de huisarts (medisch domein), lokalisering in een mentaal gezondheidscentrum (ggz-toegang) of de aanwezigheid van ggz- of maatschappelijk-domeinspecialisten, reduceert psychologisch de opties die verkend worden. Het introduceert een kokerblik met blinde vlekken voor andere, eveneens relevante keuzes. Een framing als een te behandelen depressie vermindert de kans op de exploratie van eenzaamheid en zingeving. Omgekeerd kan framing als eenzaamheid, een potentieel, additioneel zinvolle traumabehandeling, nu of later, buiten het blikveld van te overwegen opties plaatsen.

## Evidentie op korte termijn betekent nog geen structurele verandering

Het onderzoek van Hoekstra e.a. geeft aanwijzingen om breder te kijken.<sup>3</sup> Het aantal verwijzingen naar buiten de ggz verminderde tijdens het implementatietraject van 29 naar 18%; het aandeel dat doorstroomde naar specialistische ggz groeide van 16 naar 18% (in mentale gezondheidscentra) en zelfs van 11 naar 31% in expertisecentra. Dit nuanceert het oorspronkelijk naïeve 'enthousiasme' en waarschuwt tegen de krachten die het VkG geschaakt hebben om de ggz te rationaliseren door zich terug te trekken op de 'corebusiness' of bezuinigingen door te voeren.

Systeemveranderingen in patiëntenstromen kunnen we het beste niet bij implementatie, maar in steady state – na enkele jaren – onderzoeken. Misschien is er bij de start achterstallig onderhoud, zijn procedures nog niet goed uitgekristalliseerd, verschuiven indicatiecriteria, neemt de ervaring toe of past de omgeving (verwijzers en achterland) zich aan. Om meer recht te doen aan een systeeminnovatie zoals het VkG moeten we de impact op de totale zorginfrastructuur of het ecosysteem onderzoeken in een tijdsegment waarin effecten verwacht worden. En dit is gewoonlijk pas na enkele jaren. Ik ben benieuwd hoe deze cijfers gaan evolueren.

### Herhaalde verkennende gesprekken: herstel als proces

De onderzoekers beperken zich tot de voor- en nameting van het aantal verwijzingen wel of niet naar de ggz (ggz/niet ggz) of naar de basis-ggz of de specialistische ggz. Maar mij zegt dit onvoldoende. Men kan er bijvoorbeeld voor kiezen om ernaar te streven om de eerste psychose te vermijden of uit te stellen, zoals dit gebeurt in VIP-teams (vroeg interventie bij psychose). Maar ik ben benieuwd of iemand meer van zijn of haar leven kan maken. Stress vermijden om een recidief te voorkomen ontnemt mensen ook kansen om weerbaarheid op te bouwen.<sup>4</sup> Natuurlijk wil je lijden vermijden. Maar niet ten koste van een zinvol leven. En dat vraagt om het creëren van leeransen. Impact maken zie je dus niet op de korte termijn.

Ook kan wie depressief is, geholpen worden door eenzaamheid te doorbreken (samen gaan sporten of inschrijven voor een bloemschikcursus). Maar het zou een slechte organisatie van de zorg zijn wanneer we concluderen dat zo'n – weliswaar zinvol – alternatief het definitieve antwoord is op de noden van de persoon. Een triagering naar het niet-ggz-domein mag niet betekenen dat je later niet meer in aanmerking komt voor een traumabehandeling bij een gespecialiseerde psychotherapeut. Verkennende gesprekken dienen we te herhalen in het proces naar herstel.

### Niet specificeren, maar diversifiëren

De ggz wordt niet beter door scherper te indiceren en precisiediagnostiek te verrichten.<sup>1,5</sup> Wel door de opties voor mensen te diversifiëren, door de bestaande compartimenten permeabel te maken en door procesgerichte antwoorden te bieden voor de kwetsbaarheid van mensen, kortom door de ontwikkeling van weerbaar-

heid – herstel. Dit vormt de kern van de noodzakelijke sectorverandering en beschrijft de cruciale, maar tevens bescheiden, rol van het VkG in de transitie. Nu worden mensen die bijvoorbeeld een psychose hebben in het compartiment van het psychose-zorgprogramma gezogen, waar ze weliswaar (soms) zorg van ggz-experts ontvangen, maar een armere zorgomgeving hebben dan in hun natuurlijke, betekenisvolle leefwereld.

Zowel de 'echte' ggz-problematiek als de problemen die horen bij het leven ('condition humaine') hebben beide baat bij het diversifiëren van de opties 'om je ding te kunnen doen'. Over het hele ernstspectrum moet de toegang tot maatschappelijke resources laagdrempelig openstaan. Niet enkel als een tweede-keuzeoptie omdat er een wachtlijst is, maar als waardevolle en noodzakelijke opties 'die de moeite waard zijn om in te investeren' om je 'ding in het leven te kunnen doen'. Deze keuzes mogen de weg niet versperren voor incidentele (of modulaire/tijdsbeperkte) toegang tot zorg in de (specialistische) ggz.

In een efficiënt zorgsysteem is de toegang naar specialistische zorg vaker beschikbaar voor wie er het ernstigst aan toe is. Maar met scherp indiceren en exclusief filteren is niemand gebaat. Op langere termijn belooft deze transitie een ggz die een beter en duurzaam antwoord geeft op het lijden van alle burgers. We geloven dat dit kan binnen het maatschappelijk toebedeeld budget, in samenwerking met de beschikbare maatschappelijke resources, rekening houdend met de schaarser wordende professionals. Het VkG en het voorliggend onderzoek dragen hiertoe bij.

### LITERATUUR

- 1 Delespaul PAEG. Verkennend gesprek: een goed idee maar vooral een gemiste kans. *Pont Zorg&Sociaal* 2024. <https://sociaalweb.nl/nieuws/verkennd-gesprek-een-goed-idee-maar-vooral-een-gemiste-kans/>.
- 2 van Os J, Guloksuz S, Vijn TH, e.a. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* 2019; 18: 88-96.
- 3 Hoekstra A, Buurman E, Mahieu E, e.a. Het verkennend gesprek: actieonderzoek naar het perspectief van zorgvragers. *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 508-515.
- 4 Akwa, Gijsmans H. Richtlijn Psychosespectrum – versie voor auto-rijsatie – oktober 2022.
- 5 van Os J, Scheepers F, Milo M, e.a. 'It has to be better, otherwise we will get stuck.' A review of novel directions for mental health reform and introducing pilot work in the Netherlands. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2023; 19: e17450179271206.