

Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel

Eindrapport van een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd

Tessa Magnée (Nivel)
Jasper Nuijen (Trimbos-instituut)
Christina van der Hoeven (MIND)
Bart Knottnerus (Nivel)



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

April 2025

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2025 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (projectnummer: 10060012210007). Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport gaat over de impact van de wachttijden voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd. Dit laatste wordt ook wel ‘overbruggingszorg’ genoemd. De term ‘overbruggingszorg’ werd oorspronkelijk gebruikt wanneer het ging over tijdelijke ondersteuning ter revalidatie wanneer een passend zorgverblijf (nog) niet beschikbaar was¹, bijvoorbeeld na een ongeluk of operatie. Of er werd de tijdelijke zorg mee bedoeld die mensen ontvingen als zij op de wachtlijst stonden voor een zorginstelling, zoals een verpleeghuis. Met de lange ggz-wachttijden raakte de term ook steeds meer ingeburgerd in de huisartsenpraktijk en de ggz. Vaak vindt overbruggingszorg plaats in de huisartsenpraktijk, maar ook ggz-professionals in de basis-ggz die doorverwijzen blijken patiënten soms te blijven zien ‘ter overbrugging’.

De term ‘overbruggingszorg’ werd tijdens het onderzoek veelvuldig bekritiseerd door zowel patiënten als professionals. De kritiek betrof in grote lijnen drie punten. Ten eerste zou het een te passieve bijklank hebben, waardoor patiënten ‘in de wachtstand’ zouden gaan. Ten tweede zou het niet altijd om overbruggingszorg gaan, omdat het geen goede of überhaupt geen zorg betrof. Ten derde zou het teveel gericht zijn op de ggz als gewenst eindstation. Binnen de huidige ontwikkelingen in de zorg vanuit o.a. het Integraal Zorgakkoord zijn er hoge verwachtingen van betere samenwerking tussen huisartsenpraktijk, ggz, en sociaal domein. Ggz-problematiek en de oplossingen die daaraan kunnen bijdragen worden steeds vaker vanuit een breed perspectief benaderd. Gedacht en gehoopt wordt dat oplossingen andersoortig dan ggz-behandeling een grotere (en gelijkwaardigere) plek kunnen gaan innemen in de ondersteuning aan mensen met psychische problemen. Mogelijk bieden initiatieven die ontwikkeld zijn voor de wachttijdperiode hierin ook aanknopingspunten. Want, zoals één van de leden van de adviescommissie het verwoordde: *“Natuurlijk is het zo dat in nood soms goede, creatieve oplossingen gevonden worden, die blijvend worden.”* Ondanks de kritiek gebruiken wij vanwege de bekendheid de term ‘overbruggingszorg’ toch in dit rapport. Wij geven daarbij in hoofdstuk 1 een definitie. In de resultaten en discussie gaan we verder in op alternatieve termen.

Dit rapport gaat niet direct over het oplossen van de ggz-wachttijden zelf, maar we willen benadrukken dat het verminderen van de duur van de wachttijden zelf en het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz onverminderd van belang blijft, in het bijzonder voor de patiënten met de meest urgente problematiek, in de meest kwetsbare posities, met de minste hulpbronnen en met de grootste barrières qua toegankelijkheid van zorg. We danken van harte alle patiënten, naasten, huisartsen en POH’s-GGZ die een bijdrage leverden aan dit onderzoek. Overigens waren de deelnemende patiënten en professionals geen strikt gescheiden groepen, want de patiënten werkten soms als ervaringsdeskundige in de ggz en de professionals hadden soms als patiënt ervaring met de ggz. Wij danken Gerda van Ittersum voor het uitzetten van de patiënten vragenlijst. Wij danken Carlijn Hofhuizen en Iris Haitsma voor het uitzetten van de professionals vragenlijst. Tot slot danken wij de leden van de adviescommissie voor hun waardevolle inzet gedurende het project.

De auteurs

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/overbruggingszorg-en-andere-transitieperioden-wlz>

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Doelen en onderzoeksvragen	10
1.3 Veranderende context	11
1.4 Leeswijzer rapport	13
2 Methode	14
2.1 Vragenlijsten	15
2.2 Inventarisatie initiatieven overbruggingszorg	17
2.3 Focusgroepen en interviews	21
2.4 Adviescommissie	22
3 Resultaten vragenlijst patiënten en naasten	23
3.1 Respons en achtergrondkenmerken	23
3.2 Impact van de ggz-wachttijden op patiënten	27
3.3 Impact van de ggz-wachttijden op naasten	35
3.4 Ervaringen van patiënten met overbruggingszorg	37
3.5 Ervaringen van naasten met ondersteuning tijdens de wachttijd	48
3.6 Behoeftes aan ondersteuning onder naasten	51
3.7 Overige opmerkingen van patiënten en naasten	52
4 Resultaten vragenlijst professionals	54
4.1 Respons en achtergrondkenmerken	54
4.2 Ervaringen met overbruggingszorg	55
4.3 Afwegingen rondom verlenen overbruggingszorg	59
4.4 Impact van overbruggingszorg op professionals	62
4.5 Risicogroepen patiënten tijdens wachttijd en overbrugging	73
4.6 Een huisartsenzorg zonder ggz-wachttijden	77
4.7 Knelpunten en oplossingen rondom overbruggingszorg	79
4.8 De term overbruggingszorg	84
4.9 Overige opmerkingen van professionals	86
5 Overzicht overbruggingszorg initiatieven	88
5.1 Beschrijving van de overbruggingszorg initiatieven	88
6 Resultaten focusgroepen en interviews	90
6.1 Achtergrondkenmerken	90
6.2 Behoeftes van patiënten rondom overbruggingszorg	91
6.3 Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk	94
6.4 Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk	98
6.5 Meninge n over de term overbruggingszorg	104

6.6	Overbruggingszorg in de context van actuele ontwikkelingen	107
7	Discussie	110
7.1	Antwoorden op de onderzoeksvragen	110
7.2	Resultaten in context, wat valt op?	114
7.3	Methodologische overwegingen	119
7.4	Conclusies	121
7.5	Aanbevelingen	122
	Literatuur	128
	Bijlage A Vragenlijst patiënten en naasten	133
	Bijlage B Vragenlijst professionals	149
	Bijlage C Overzicht van overbruggingszorg initiatieven	158
	Bijlage D Topiclist focusgroep patiënten en naasten	191
	Bijlage E Topiclist focusgroep POH's-GGZ en interviews huisartsen	192
	Bijlage F Topiclist focusgroep experts	194
	Bijlage G Prioriteiten Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde	196

Samenvatting

Hieronder volgt een korte samenvatting van dit onderzoek. Voor een uitgebreidere samenvatting van dit onderzoek, inclusief aanbevelingen voor verschillende doelgroepen, kan een factsheet² (Magnée et al., 2025) worden geraadpleegd.

Achtergrond

Ondanks jarenlang beleid blijven de wachttijden voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) lang. Deze wachttijden hebben impact op patiënten, naasten en zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Wij onderzochten de impact van de ggz-wachttijden op deze groepen en hun ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd (ook wel ‘overbruggingszorg’ genoemd). Ook maakten wij een overzicht van bestaande initiatieven voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd.

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in 2024 en bestond uit: 1) een literatuur scan³ naar de impact van de ggz-wachttijden en desk research naar initiatieven voor wachttijd-ondersteuning, 2) een online vragenlijstonderzoek onder 321 volwassen patiënten met ggz-wachttijd ervaring, 83 naasten van patiënten met wachttijd ervaring, 127 praktijkondersteuners huisarts ggz (POH's-GGZ), 48 huisartsen en 9 overige professionals, en 3) focusgroepen en interviews met 7 experts uit huisartsenzorg, ggz en cliëntenorganisaties, 5 patiënten, 1 naaste, 6 POH's-GGZ en 2 huisartsen.

Resultaten

Impact van de ggz-wachttijden

De impact van de ggz-wachttijden op patiënten bestaat vooral uit negatieve emoties, een verslechterde mentale gezondheid en een ‘wachstand’. Naasten ervaren door de wachttijd negatieve emoties en soms ook een verslechterde mentale gezondheid, bijvoorbeeld in de vorm van overbelasting of slaapproblemen. POH's-GGZ en huisartsen ervaren door de ggz-wachttijden en overbruggingszorg een hogere werkdruk, hebben een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten en maken zich zorgen over een slechte kwaliteit van zorg voor patiënten met psychische problemen.

Ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd

Iets minder dan de helft van de patiënten maakt gebruik van een vorm van ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd. Ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd vindt op dit moment meestal plaats in de huisartsenpraktijk; zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor wachtende patiënten. Patiënten zijn hier wisselend tevreden over. Zij missen vooral een gebrek aan expertise, maar zijn wel tevreden over de laagdrempelige emotionele steun. Er is een breed en divers aanbod aan initiatieven voor ondersteuning tijdens de wachttijd beschikbaar buiten de huisartsenpraktijk. Desondanks wijzen huisartsen en POH's-GGZ patiënten hier weinig op. Zij zijn soms onbekend met het aanbod, maar hebben ook niet altijd vertrouwen in de kwaliteit ervan vanwege het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing. Toch zien huisartsen en POH's-GGZ, en ook patiënten, potentie in

² De factsheet is te downloaden via <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004750.pdf>

³ De resultaten van de literatuur scan zijn al eerder gepubliceerd (Schutjens et al., 2024).

de initiatieven, omdat ze passen bij een nieuwe, brede kijk op oplossingen bij ggz-problematiek. Het wachttijd aanbod is volgens hen wel minder geschikt voor patiënten met complexe problematiek, en soms zijn er barrières qua toegankelijkheid, zoals exclusiecriteria of kosten. Naast ontvangen nauwelijks ondersteuning tijdens de wachttijd, terwijl een deel van hen wel behoefte heeft aan advies of emotionele steun.

Conclusies

Allereerst onderschrijven de bevindingen uit dit onderzoek, waaruit een forse negatieve impact van de ggz-wachttijden blijkt op patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen, de grote urgentie van een adequate aanpak van de ggz-wachttijden. Bij het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz moet prioriteit worden gegeven aan de mensen met de meest complexe problematiek, omdat zij te maken lijken hebben met de langste wachttijden, zij vermoedelijk het meeste risico lopen op negatieve gevolgen tijdens de wachttijd en voor hen overbruggingszorg mogelijk minder geschikt of toegankelijk is. Bovendien zorgt (lang) wachten op de ggz door deze groep voor de meeste druk bij naasten en zorgverleners in de huisartsenpraktijk.

Afgezien hiervan lijkt er potentie te zitten in het inzetten van initiatieven voor wachttijd-ondersteuning, in ieder geval bij mensen met minder ernstige problematiek, omdat dit: 1) waardevolle ondersteuning kan zijn voor patiënten, 2) het aansluit op de transitie om bij psychische problemen samen met patiënten breed te zoeken naar oplossingen die aansluiten bij hun hulpvraag, dus ook in domeinen buiten de huisartsenzorg of ggz, 3) het kan bijdragen aan het normaliseren of demedicaliseren⁴ van psychische problemen en 4) het kan bijdragen aan het verlagen van de druk op de huisartsenpraktijk indien het initiatief buiten de huisartsenpraktijk plaatsvindt. Kanttekening bij het aanbod aan wachttijd-initiatieven is dat er, net als voor de ggz, soms barrières kunnen zijn qua toegankelijkheid. Ook is er weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de initiatieven of de meerwaarde voor patiënten, waardoor huisartsenzorg professionals terughoudend kunnen zijn met patiënten erop wijzen.

De vraag is nog wat patiënten, naasten, huisartsenpraktijken en anderen nodig hebben om vaker gebruik te kunnen maken van alternatieve vormen van ondersteuning bij psychische problemen, ook tijdens een eventuele ggz-wachttijd. Huisartsenzorg professionals kunnen als eerste aanspreekpunt in ieder geval - juist minder zelfredzame - patiënten helpen wegwijs te worden in het brede aanbod aan zorg en ondersteuning dat kan worden ingezet bij psychische problemen. Zij moeten dan wel vanuit een brede kijk werken en goed op hoogte zijn (of worden gesteld) van alle mogelijkheden en daar voldoende vertrouwen in krijgen (bijvoorbeeld op basis van wetenschappelijk onderzoek). Bij dit alles is de juiste organisatie van zorg ook van belang. Om daadwerkelijk anders te kunnen gaan werken moeten de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd, die leiden een betere samenwerking tussen de huisartsenpraktijk, patiënten, naasten, ggz en andere domeinen en tot gezamenlijke besluitvorming en gedeelde verantwoordelijkheden. Mensen met psychische problemen zelf moeten mogelijk ook hun verwachtingen van de ggz en van wat helpend kan zijn bijstellen en open staan voor verschillende mogelijkheden die aansluiten op hun hulpvraag. Dit vraagt van iedereen om bruggen te slaan en samen te navigeren op weg naar herstel, en ook om aanhoudende inzet om de ggz-wachttijden te verminderen.

⁴ Demedicaliseren betekent dat (psychische) gezondheidsproblemen niet onnodig vanuit een medische invalshoek worden benaderd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Van alle volwassen Nederlanders krijgt bijna de helft (48%) ooit te maken met een psychische aandoening (Ten Have et al., 2023). Het aantal 18-64-jarigen dat het laatste jaar een psychische aandoening had is toegenomen van 17,4% in 2007-2009 naar 26,1% in 2019-2022 (Ten Have et al., 2023). Volgens de meest recente cijfers werden in 2023 bijna een miljoen volwassenen behandeld in de curatieve ggz (Vektis, 2025). Het aantal patiënten⁵ dat de huisartsenpraktijk bezoekt vanwege psychische problemen nam jaren toe, maar lijkt in recente jaren gestabiliseerd (Bes et al., 2024; Heins et al., 2022; Magnée et al., 2017; Trimbos-instituut, 2014). In 2023 hadden ruim 700.000 patiënten contact met de praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-GGZ; Vektis, 2025).

De wachttijden voor de ggz vormen een groot en hardnekkig probleem. In oktober 2024 wachtten ruim 100.000⁶ mensen op een intakegesprek of een behandeling in de ggz. Meer dan de helft wachtte langer dan de afgesproken Treeknorm van 14 weken (NZa, 2025). Dit is de veldnorm voor de maximaal aanvaardbare wachttijd. Die is in totaal maximaal 14 weken; 4 weken voor een eerste intakegesprek en 10 weken voordat de behandeling begint. Vooral de norm voor de wachttijd tot intake wordt vaak overschreden. In oktober 2024 is alleen voor de basis-ggz de landelijk gemiddelde totale wachttijd met 14 weken (net) binnen de Treeknorm. Voor alle andere hoofddiagnosegroepen ligt het landelijke totale gemiddelde boven de Treeknorm; de gemiddelde wachttijd varieert van 15 weken (voor verslaving en middelen) tot 28 weken (voor persoonlijkheidsstoornissen). Regionaal zijn er ggz-aanbieders met aanzienlijk lagere of hogere wachttijden, maar in het overgrote deel van de regio's liggen de gemiddelde totale wachttijden hoger dan de Treeknorm (NZa, 2025). Daarbij zijn er aanwijzingen dat hoe complexer de zorgvraag is, hoe ingewikkelder het is om een passend aanbod te vinden (MIND, 2018; Te Velde, 2018).

Er wordt gedacht dat er een breed palet aan sociologische en systeem-gerelateerde oorzaken ten grondslag ligt aan de ggz-wachttijd problematiek (Boumans et al., 2023; Nuijen et al., 2024). Factoren die meespelen zijn bijvoorbeeld personele schaarste en capaciteitsproblemen in de ggz, maatschappelijke veranderingen, onzekerheid en een complexer wordende samenleving, medicalisering van psychische problemen, marktwerking en versnippering of overspecialisatie in het ggz-aanbod. Aangezien de wachtlijstproblematiek wordt beschouwd als een resultaat van bredere, meervoudige oorzaken, lijken dus ook meervoudige acties nodig om ze op te lossen en is dit geen eenvoudige opgave. Ondanks diverse landelijke en regionale initiatieven om de wachttijden terug te dringen zijn deze de laatste jaren niet afgenomen. In diverse regio's wordt gewerkt aan het verminderen van de ggz-wachttijden (Nuijen et al., 2024). De huidige regionale aanpakken zijn vooral

⁵ We gebruiken in dit rapport meestal het woord 'patiënt', omdat dit de meest gangbare term is binnen de huisartsenzorg. Het kan echter ook vaak vervangen worden door of gelezen worden als 'persoon met psychische problemen', 'cliënt', 'hulpvrager' of 'zorggebruiker'.

⁶ De NZa hanteert 'wachtplekken' in plaats van 'aantal wachtenden', omdat uit onderzoek blijkt dat ongeveer één op de vijf wachtenden met dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten staat. Het betreft het aantal op een specifiek moment in de tijd (dwarsdoorsnede); waarschijnlijk ligt het (cumulatieve) totaal aantal per jaar hoger.

gericht op betere samenwerking tussen domeinen als ggz, huisartsenzorg en het sociaal domein, met een focus op het verminderen van de instroom in de ggz. Het doel is om hulpvragers snel passende zorg of ondersteuning te bieden, binnen of buiten de ggz.

Veel patiënten die op een wachtlijst staan voor de ggz doen in de tussentijd een beroep op de huisartsenpraktijk. In 2018 schatten POH's-GGZ in dat gemiddeld 22% van hun patiëntenpopulatie op een ggz-wachtlijst stond (Magnée et al., 2020) en in 2022 was dit 30% (Sinnema et al., 2024). Deze 'overbruggingszorg' kan negatieve gevolgen hebben voor zowel patiënten als zorgverleners en is daarom een belangrijk punt van aandacht. In 2024 werd als eerste deel van dit onderzoek een literatuurinventarisatie gedaan naar de impact van de ggz-wachttijden op patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen (Schutjens et al., 2024). Deze inventarisatie belichtte verschillende gevolgen van de wachttijden en overbruggingszorg voor patiënten, naasten en huisartsenzorg professionals. De meeste wachtenden blijken een verergering van hun klachten te ervaren tijdens het wachten. Daarnaast zien zij door de wachttijden vaker af van ggz-behandeling. De wachttijd blijkt ook na de start van de behandeling nog impact te kunnen hebben: wachten verhoogt de kans op behandeluitval, verhoogt de kans op langere en intensievere behandeling, en verlaagt de kans op (het behouden van) betaald werk. Behalve de impact op de patiënt zelf, kunnen naasten ook nadelige gevolgen van de wachttijden ondervinden. Dit komt onder meer doordat zij zich verantwoordelijk voelen en het gevoel hebben er alleen voor te staan als mantelzorgers, wat hun draagkracht kan ondermijnen. Verder geeft een groot deel van de huisartsen en POH's-GGZ aan een hogere werkdruk te ervaren door de ggz-wachttijden. Zij voelen zich genoodzaakt om overbruggingszorg te verlenen aan patiënten met complexe⁷ of ernstige psychische problemen, hoewel dit eigenlijk niet binnen hun takenpakket en expertisegeraad valt. Het uit noodzaak moeten aanbieden van overbruggingszorg draagt ook bij aan oplopende wachttijden voor de POH-GGZ, waardoor het laagdrempelige en toegankelijke karakter van de functie in het gedrang komt.

Definitie overbruggingszorg

Dit onderzoek richtte zich op ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd, ook wel overbruggingszorg genoemd. Onder overbruggingszorg verstanden we in dit onderzoek: *'De steun, begeleiding, of zorg die patiënten die op een wachtlijst staan voor de basis of gespecialiseerde ggz ontvangen (georganiseerd via instellingen, professionals, ervaringsdeskundigen, lotgenoten, aanbieders eHealth of anders)'*. Deze definitie is afgestemd met de adviescommissie (zie paragraaf 2.4).

Wat staat er in huidige standaarden en visiedocumenten over overbruggingszorg?

De huidige standaarden voor de huisartsenzorg bevatten nauwelijks informatie over de ggz-wachttijden of overbruggingszorg. Vrijwel geen NHG-Standaard over psychische problemen besteedt hier aandacht aan. Alleen de NHG-Standaard Depressie (Claassen et al., 2022, blz. 14) meldt het volgende: *'Een antidepressivum kan ook bij ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk, of ernstige psychische comorbiditeit worden overwogen als initieel beleid, ter overbrugging van de wachttijd na verwijzing.'* Ook in de ggz-standaarden komt overbruggingszorg niet of slechts mondjesmaat aan de orde. Als het onderwerp wordt aangehaald worden er soms adviezen gegeven over de inhoud van overbruggingszorg, namelijk dat er eventueel (kortdurend) medicamenteuze behandeling kan worden gestart ter overbrugging. Dit medicatie advies wordt gegeven in de zorgstandaarden over aanpassingsstoornis (Akwa GGZ, 2020a), trauma (Akwa GGZ, 2020c), en ADHD

⁷ Hieronder kan worden verstaan dat iemand een complexe zorgvraag heeft als gevolg van een psychische aandoening, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen of problemen (Muusse et al., 2025).

(Akwa GGZ, 2019b). In andere zorgstandaarden staat alleen vermeld dat de verwijzer of huisartsenpraktijk verantwoordelijk is voor adequate ondersteuning tijdens de wachttijd ter overbrugging. Dit geldt voor de zorgstandaarden over psychische klachten in de huisartsenpraktijk (Akwa GGZ, 2020d), persoonlijkheidsstoornissen (Akwa GGZ, 2022) en dissociatieve stoornissen (Akwa GGZ, 2020b). Weer in andere standaarden staat vermeld dat de verwijzer en de ggz samen afspraken zouden moeten maken rondom overbruggingszorg. Dit advies tot samenwerking wordt gegeven in de zorgstandaarden voor acute psychiatrie (Akwa GGZ, 2019a) en in een generieke module over landelijke samenwerkingsafspraken (Akwa GGZ, 2016). Ook de visie 'Eerstelijnszorg 2030' (Visie Eerstelijnszorg 2030, 2023) stelt dat er regionaal samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt rondom overbruggingszorg.

Huisartsen en POH's-GGZ ervaren echter een gebrekkige communicatie en afstemming met professionals in de ggz en het sociaal domein, onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden en geen gedeelde visie over hoe om te gaan met wachtende patiënten (Bijma, 2022; Noordam et al., 2023). De visie 'Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek' (LHV / NHG / InEen / PsyHAG, 2022) vermeldt over overbruggingszorg dat dit geen verantwoordelijkheid van de huisartsenpraktijk is. In het rapport 'Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg' (NHG, 2024) wordt dit ook benadrukt. Het functie- en competentieprofiel van de POH-GGZ (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2020) meldt niets over overbruggingszorg of ggz-wachttijden, behalve dat intercollegiaal overleg tussen POH-GGZ, huisarts en kaderhuisarts ggz of ggz-professional kan voorkomen dat patiënten op een verkeerde wachtlijst terecht komen.

Vanwege de aanhoudende ggz-wachttijden zijn de laatste jaren buiten de huisartsenpraktijk diverse lokale en digitale initiatieven ontwikkeld als wachttijd-ondersteuning. Uit een eerder onderzoek naar het verbeteren van de ondersteuning tijdens de wachttijd (Boonzaaijer et al., 2019)⁸ volgt op basis van deskresearch en interviews met experts o.a. het advies om een totaaloverzicht op te stellen van beschikbaar ondersteuningsaanbod tijdens het wachten. Zij presenteren zelf een eerste aanzet van een overzicht van bruikbare eHealth toepassingen. Een breder overzicht ontbreekt echter nog.

1.2 Doelen en onderzoeksvragen

Ondanks dat de problematiek rondom de lange ggz-wachttijden helder is, is nog niet eerder goed in kaart gebracht wat de precieze impact daarvan is op patiënten, naasten en POH's-GGZ en huisartsen. Ook was niet bekend hoe overbruggingszorg in de dagelijkse praktijk precies wordt vormgegeven, waar de grootste risico's liggen en waar mogelijkheden liggen voor verbeteringen. Het uiteindelijke hoofddoel van dit project was daarom om bij te dragen aan beter passende zorg voor patiënten met psychische problemen en minder druk op de huisartsenpraktijk. Het project bouwde voort op verschillende onderzoeksprioriteiten (zie bijlage G) uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde (NHG, 2018).

⁸ Uitgevoerd op verzoek van de Landelijke Stuurgroep Wachttijden in de ggz.

De twee subdoelen van dit project waren:

1. Het in kaart brengen van de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg onder volwassen patiënten met psychische problemen, hun naasten, POH's-GGZ en huisartsen;
2. Het identificeren en beschrijven van het huidige aanbod aan overbruggingszorg initiatieven.

De zes onderzoeksvragen waren:

1. Wat is de impact van de ggz-wachttijden op volwassen patiënten met psychische problemen en hun naasten?
2. Wat is de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg op professionals in de huisartsenpraktijk (POH's-GGZ en huisartsen)?
3. Welke ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg hebben volwassen patiënten met psychische problemen? Wat zijn hun behoeftes rondom overbruggingszorg?
4. Welke behoeftes aan ondersteuning en ervaringen daarmee hebben naasten van patiënten met psychische problemen tijdens de ggz-wachttijd?
5. Welke ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg hebben POH's-GGZ, huisartsen en experts? Wat zijn volgens hen knelpunten en kansen rondom overbruggingszorg?
6. Wat zijn bestaande initiatieven voor overbruggingszorg en wat zijn hun kenmerken?

Dit onderzoek richtte zich wat betreft de laatste onderzoeksvraag op initiatieven die als vorm van overbruggingszorg of wachttijd-ondersteuning worden aangeboden aan of gebruikt door volwassen patiënten gedurende de periode tussen verwijzing door de huisarts of basis-ggz en de start van een (nieuwe) ggz-behandeling. De initiatieven moesten bijdragen of pogen bij te dragen aan het voorkomen van risico's die de wachttijd periode kan opleveren voor patiënten, bijvoorbeeld door hun mentale gesteldheid te verbeteren, verergering van klachten te voorkomen of hun situatie te stabiliseren.

1.3 Veranderende context

Dit onderzoek naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met overbruggingszorg werd uitgevoerd in de context van een zorgveld dat sterk in ontwikkeling is, onder andere door de invoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022). Box 1 toont de belangrijkste wijzigingen in de (organisatie van de) zorg als de transformatieplannen uit het IZA en andere beleidsplannen worden uitgevoerd zoals beoogd, en die ook relevant (kunnen) zijn voor overbruggingszorg. Waar relevant wordt hier in de resultaten en de discussie van het rapport bij stilgestaan.

Box 1 Actuele beleidsontwikkelingen relevant voor overbruggingszorg

- Er wordt ingezet op betere **domeinoverstijgende samenwerking** tussen huisartsenpraktijk, ggz en sociaal domein. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat er in steeds meer regio's (vaste) gezamenlijke overleggen zijn tussen deze domeinen. Ook wordt consultatie van de ggz door de huisartsenpraktijk gestimuleerd.
- **Verkennde gesprekken** worden ingevoerd voor patiënten met psychische en/of sociale problemen, met als doel het verbeteren van de triage en zorgen voor snellere ondersteuning

op de juiste plek. Vanaf 2025 wordt dit vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering⁹. Bij de gesprekken zijn meestal verschillende professionals (bijvoorbeeld vanuit zorg en sociaal domein) en/of ervaringsdeskundigen aanwezig, de patiënt, en indien mogelijk ook een naaste van de patiënt. De verkennende gesprekken kunnen online of fysiek in de eerstelijnszorg of in de **Mentale Gezondheidsnetwerken** (die in verschillende regio's in oprichting zijn, zie voor meer informatie Mentale Gezondheidsnetwerken, 2024) worden georganiseerd. De gesprekken hebben een brede insteek en een sterke oriëntatie op de hulpvraag vanuit de patiënt. Het verkennend gesprek is bedoeld voor personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen, voor wie een eendimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, sociaal domein of ggz naar verwachting niet volstaat. Er wordt regionaal geëxperimenteerd met verschillende (organisatie)vormen. De verkennende gesprekken worden in een adviesrapport over de Mentale Gezondheidscentra (Galan Groep / UMGC / RUG, 2023), in opdracht van een IZA-werkgroep, genoemd als een gelegenheid om ook eventuele overbruggingszorg te bespreken. De verkennende gesprekken lijken wel alleen bedoeld voor mensen met een complexere hulpvraag; er blijft waarschijnlijk altijd een groep patiënten bestaan die vanuit de huisartsenzorg direct naar de ggz kan/mag/moet worden verwezen, en waarbij dus behoefte zou kunnen zijn aan overbruggingszorg. Ook kunnen patiënten na een verkennend gesprek alsnog op een ggz-wachlijst komen.

- Afspraak binnen het IZA is dat de ggz de **behandelverantwoordelijkheid** binnen vier weken na verwijzing door de huisarts over zou moeten gaan nemen.
- Er wordt in het IZA ingezet op de uitrol en versterking van de **zelfregie- en herstelcentra**, dus de wens en verwachting is dat dit aanbod (ook voor wachttijd overbrugging) steeds breder en in meer regio's beschikbaar komt. Hetzelfde geldt voor eHealth aanbod.
- Binnen huisartsenpraktijken wordt steeds vaker gewerkt met **brede gespreksvoering**, bijvoorbeeld via gespreksmodellen als het spinnenweb uit de Positieve Gezondheid, het 4Domeinen-model en het KOP-model (Bos et al., 2025). Deze persoonsgerichte vorm van gespreksvoering kan er mogelijk aan bijdragen dat er ook tijdens de ggz-wachttijd en bij eventuele overbruggingszorg breed wordt gezocht naar oplossingen en vormen van ondersteuning.
- Er wordt in diverse regio's sinds enkele jaren gewerkt met het **Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM)**¹⁰, ook wel de Nieuwe GGZ. Volgens deze aanpak, met een nieuwe kijk op psychisch lijden, wordt de zorg niet verbeterd door de match van de vraag met het bestaande ggz-aanbod te optimaliseren, maar door in gezamenlijkheid een antwoord te formuleren op de vraag van de cliënt. Dat antwoord wordt gevonden in een veel ruimer aanbod van (ggz) behandelingen dan momenteel geboden wordt. Hierbij betreft GEM nadrukkelijk ook ervaringsdeskundigheid, welzijnsaanbod en aanbod uit het publieke domein.
- Patiënten zouden in de toekomst sowieso veel meer in samenhang een aanbod aan zorg en ondersteuning moet krijgen rondom sociale en psychische zorgvragen. Overbruggingszorg wordt daarin mogelijk niet meer als zodanig benoemd, maar veel meer als onderdeel van een breed pakket aan ondersteuning ('**netwerkzorg**').

⁹ Zie ook: zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2024/04/12/verkennd-gesprek-in-basispakket-meer-passende-zorg-minder-wachlijsten-in-de-ggz

¹⁰ Zie ook: psychosenet.nl/gem/wat-is-gem/

1.4 Leeswijzer rapport

Na dit inleidende hoofdstuk beschrijft hoofdstuk 2 de aanpak van het project en de gebruikte methodieken. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder patiënten en naasten (onderzoeksvragen 1, 3 en 4). Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder POH's-GGZ, huisartsen en overige professionals (onderzoeksvraag 2 en 5). Hoofdstuk 5 bevat een overzicht en beschrijving van bestaande overbruggingszorg initiatieven (onderzoeksvraag 6). Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van focusgroepen en interviews met patiënten, naasten, POH's-GGZ, huisartsen en experts (onderzoeksvragen 3, 4 en 5). In het afsluitende hoofdstuk 7 worden alle onderzoeksvragen beantwoord, de meest opvallende resultaten bediscussieerd, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan aan diverse doelgroepen, waaronder beleidsmakers, huisartsen en POH's-GGZ, patiënten en naasten.

2 Methode

Dit onderzoek duurde een jaar en liep van februari 2024 tot februari 2025. Het project is beoordeeld door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Amsterdam UMC (Niet-WMO-plichtig)¹¹. Het onderzoek startte met een inventarisatie van grijze en wetenschappelijke literatuur, waarover in een eerdere publicatie is gerapporteerd (Schutjens et al., 2024). Via een vragenlijstonderzoek brachten we hierna de perspectieven van volwassen patiënten met psychische problemen en hun naasten en van zorgverleners in de huisartsenpraktijk in kaart. We inventariseerden daarnaast via het vragenlijstonderzoek en deskresearch wat landelijke en regionale initiatieven waren voor overbruggingszorg. Ook organiseerden we drie focusgroepen met patiënten en huisartsenzorg professionals, aangevuld door twee individuele interviews. Tabel 2.1 toont welke methodieken zijn gebruikt om de zes onderzoeksvragen te beantwoorden, en in welke hoofdstukken de resultaten aan de orde komen. De gebruikte methodieken worden in de volgende paragrafen toegelicht.

Tabel 2.1 Onderzoeksvragen, gebruikte methodieken en resultaten hoofdstukken

Onderzoeksvraag	Gebruikte methodieken	Hoofdstuk
1. Wat is de impact van de ggz-wachttijden op volwassen patiënten met psychische problemen en hun naasten?	Vragenlijst onder patiënten en naasten	3
2. Wat is de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg op professionals in de huisartsenpraktijk (POH's-GGZ en huisartsen)?	Vragenlijst onder POH's-GGZ en huisartsen	4
3. Welke ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg hebben volwassen patiënten met psychische problemen? Wat zijn hun behoeftes rondom overbruggingszorg?	Vragenlijst onder patiënten en naasten Focusgroep met patiënten en naasten	3, 6
4. Welke behoeftes aan ondersteuning en ervaringen daarmee hebben naasten van patiënten met psychische problemen tijdens de ggz-wachttijd?	Vragenlijst onder patiënten en naasten Focusgroep met patiënten en naasten	3, 6
5. Welke ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg hebben POH's-GGZ, huisartsen en experts? Wat zijn volgens hen knelpunten en kansen rondom overbruggingszorg?	Focusgroep met POH's-GGZ Interviews met huisartsen Focusgroep met experts	4, 6
6. Wat zijn bestaande initiatieven voor overbruggingszorg en wat zijn hun kenmerken?	Deskresearch Vragenlijst onder POH's-GGZ, huisartsen en betrokkenen bij overbruggingszorg initiatieven	5

¹¹ METC-nummer 2024.1042.

2.1 Vragenlijsten

Het vragenlijstonderzoek werd uitgevoerd in april-mei 2024 via online vragenlijsten onder volwassen patiënten met psychische problemen met wachttijd ervaring en hun naasten en onder professionals (POH's-GGZ, huisartsen en overige professionals).

2.1.1 Vragenlijst patiënten en naasten

2.1.1.1 Doel

Het doel van de vragenlijst onder volwassen patiënten en naasten was om de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd in kaart te brengen.

2.1.1.2 Ontwikkeling en inhoud

De vragenlijst voor patiënten (zie bijlage A) bestond in totaal uit 20 vragen, waarvan 16 gesloten vragen en 4 open vragen. De vragenlijst voor naasten (zie bijlage A) bestond in totaal uit 16 vragen, waarvan 13 gesloten en 3 open vragen, die voor een deel overlaptten met de vragen die patiënten beantwoordden. Patiënten en naasten gaven aan het begin van de vragenlijst aan vanuit welke rol zij de vragenlijst invulden en volgden vervolgens hun eigen routing door de vragenlijst. De vragenlijst werd ontwikkeld door de projectgroep op basis van literatuuronderzoek (Schutjens et al., 2024) en afgestemd met de adviescommissie (zie paragraaf 2.4). De vragen hadden o.a. betrekking op achtergrond kenmerken (leeftijd, gender, opleidingsniveau, type psychische klachten, eerdere ggz behandeling, rol van de naaste), ervaringen met de ggz-wachttijden, impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met overbruggingszorg. Als naasten de vragenlijst invulden beantwoordden zij enkele vragen voor hun naaste (bijvoorbeeld hoe lang deze op een ggz-wachttijd stond), maar de meeste vragen beantwoordden zij vanuit hun eigen perspectief (bijvoorbeeld hoe de ggz-wachttijd van hun naaste impact had gehad op hun eigen leven en wat zij aan ondersteuning ontvingen tijdens het wachten). De vragenlijst bevatte een informed consent formulier met informatie over het onderzoek en de respondenten gaven bij aanvang expliciet toestemming voor deelname en verwerking van hun gegevens.

2.1.1.3 Verspreiding

De vragenlijst werd via het MIND ggz-panel¹² verspreid. MIND¹³ is de landelijke koepelvereniging van cliënten- en familieorganisaties in de ggz. MIND heeft als doel de positie van mensen die te maken hebben met psychische problemen structureel te verbeteren, onder andere door publieksvoorlichting te geven. Voor het panel kunnen mensen met ervaring met psychische klachten of hun naasten zich via de MIND website aanmelden. Deelnemers worden op regelmatige basis geworven via de MIND nieuwsbrief en social media kanalen. Deelnemers ontvangen ongeveer 8-10 keer per jaar per e-mail een online vragenlijst. In het panel zijn vrouwen overgepresenteerd (zij beslaan ongeveer 75% van het panel) en jongeren ondergerepresenteerd. De vragenlijst voor dit onderzoek stond open tussen 17 april 2024 en 31 mei 2024. Het panel bestond op moment van verzenden van deze vragenlijst in totaal uit 4017 deelnemers met ervaring in de ggz. Het panel ontving een e-mail met een uitnodiging voor deze vragenlijst en ontving na twee weken een reminder. De oproep werd tegelijkertijd breder verspreid via het MIND ledenplatform en de MIND LinkedIn pagina. Ook is de oproep verspreid onder het netwerk van de projectgroep en de

¹² Zie ook: wijzijnmind.nl/steunmind/ggzpanel

¹³ Zie ook: mindplatform.nl/

adviescommissie. De vragenlijst kon alleen worden ingevuld door patiënten die sinds januari 2022 tot het moment van het invullen van de vragenlijst voor een bepaalde periode op een ggz-wachttijst hadden gestaan, of hun naasten. Patiënten die (alleen) in 2021 of eerder op een wachttijst stonden werden via een eerste vraag uitgesloten van verdere deelname.

2.1.1.4 Analyses

Beschrijvende statistiek over kwantitatieve gegevens werd toegepast met behulp van softwareprogramma Stata, versie 16.1. De resultaten werden uitgesplitst naar de rol van de deelnemer (patiënt of naaste). Kwalitatieve gegevens uit de open vragen werden gecodeerd en thematisch geanalyseerd met behulp van MAXQDA, versie 24.2.0.

2.1.2 Vragenlijst professionals

2.1.2.1 Doel

Het doel van de vragenlijst onder POH's-GGZ, huisartsen en overige professionals was om de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg en de ervaringen met overbruggingszorg in kaart brengen.

2.1.2.2 Ontwikkeling en inhoud

De vragenlijst voor professionals (zie bijlage B) bestond in totaal uit 20 vragen, waarvan 14 gesloten vragen en 6 open vragen. De vragenlijst werd ontwikkeld door de projectgroep op basis van het literatuuronderzoek (Schutjens et al., 2024) en afgestemd met de adviescommissie. De vragenlijst kon worden ingevuld door huisartsen en POH's-GGZ of door andere professionals die op de hoogte of betrokken waren bij een initiatief voor overbruggingszorg. De vragenlijst bestond uit twee delen. Professionals werden gevraagd de vragenlijst in te vullen als zij als huisarts of POH-GGZ ervaringen hadden met de ggz-wachttijden, óf als zij een professional waren die betrokken was bij een overbruggingszorg initiatief. Deel 1 werd alleen ingevuld door huisartsen en POH's-GGZ en bevatte vragen over ervaringen met overbruggingszorg en risico's van overbruggingszorg. Deel 2 van de vragenlijst kon door alle respondenten worden ingevuld, ongeacht of zij werkzaam waren binnen de huisartsenzorg of niet. Dit deel was gericht op het in kaart brengen van risicogroepen patiënten tijdens de wachttijd en op het identificeren van initiatieven voor overbruggingszorg. Respondenten konden maximaal drie volgens hen veelbelovende initiatieven invullen en hierover informatie verschaffen (naam initiatief, regio, doelgroep patiënten, betrokken hulpverleners, doel/beoogde resultaten, werkwijze, financiering, en beschikbare bronnen/materialen). Tot slot werden via de vragenlijst achtergrond kenmerken (leeftijd, gender, functie, opleiding, jaren werkervaring) verzameld. De vragenlijst bevatte een informed consent formulier en de respondenten gaven bij aanvang expliciet toestemming voor deelname en verwerking van hun gegevens.

2.1.2.3 Verspreiding

Een oproep met een link naar de vragenlijst werd verspreid via een bericht op LinkedIn en via de projectgroep en de adviescommissie, die de oproep verder verspreiden, onder andere naar een regionale huisartsenorganisatie, een herstelcentrum, de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de Landelijke Vereniging POH-GGZ, het NHG-ledenforum, kaderhuisartsen ggz, en de klankbordgroep GGZ van InEen. De oproep werd ook gedeeld met de 13 regionale Regionale

Ondersteuningsstructuren¹⁴ (ROS'en) met het verzoek de vragenlijst in te vullen en/of verder te verspreiden onder hun achterban. De vragenlijst stond open tussen 25 april 2024 en 31 mei 2024.

2.1.2.4 Analyses

Beschrijvende statistiek werd toegepast op kwantitatieve gegevens met behulp van softwareprogramma Stata, versie 16.1. De resultaten werden uitgesplitst naar beroep / functie: huisarts, POH-GGZ of overige professional. Kwalitatieve gegevens uit open vragen werden gecodeerd en thematisch geanalyseerd met behulp van MAXQDA, versie 24.2.0.

2.2 Inventarisatie initiatieven overbruggingszorg

2.2.1 Doel

Het doel van dit deel van het onderzoek was om een overzicht te maken met beschrijvingen van bestaande vormen van overbruggingszorg. Doel was om een eerste inventarisatie te maken van bestaande overbruggingszorg initiatieven voor volwassenen en een beeld te krijgen van de variatie dit in dit aanbod bestaat.

2.2.2 Afbakening initiatieven

Vanwege de beperkte duur en omvang van het project was het niet de doelstelling om een compleet, uitputtend overzicht te maken van initiatieven voor overbruggingszorg. Dit onderzoek richtte zich verder niét (primair) op:

- initiatieven die gericht zijn op het verminderen van het aantal wachtenden of verkorten van de duur van de ggz-wachttijden. Meer over het recente beleid daaromtrent is te lezen in een evaluatie over de wachttijdenaanpak in 20 regio's die subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz' (Nuijen et al., 2024);
- initiatieven die bedoeld zijn voor kinderen of jongeren onder de 18 jaar;
- initiatieven die bedoeld zijn om instroom in de ggz te voorkómen. Het kan wel een gunstig bijeffect zijn van bepaalde initiatieven van overbruggingszorg dat uiteindelijk ggz behandeling niet meer of minder noodzakelijk is of bijvoorbeeld efficiënter verloopt, maar dit was in principe niet de primaire insteek van de initiatieven die we tijdens dit project in kaart brachten;
- initiatieven die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van de triage van psychische hulpvragen of het verminderen van 'onnodige' verwijzingen naar de ggz (zoals de Mentale Gezondheidsnetwerken inclusief het verkennend gesprek);
- initiatieven die gericht zijn op hervormingen van de organisatie van het gehele zorgsysteem rondom mentale gezondheid (zoals GEM / De Nieuwe GGZ);
- initiatieven die gericht zijn op het verminderen van financiële, fysieke of andere barrières tot de ggz, in het algemeen of voor bepaalde doelgroepen die minder goed bereikt worden. Voorbeelden hiervan zijn mediacampagnes om stigma te verminderen, zodat mensen sneller hulp zoeken, of het beter equiperen van de eerstelijnszorg om de signalering van psychische problemen te verbeteren;
- initiatieven ter ondersteuning van naasten tijdens de ggz-wachttijd.

¹⁴ www.ros-netwerk.nl/

2.2.3 Identificatie van initiatieven

Initiatieven voor overbruggingszorg werden geïdentificeerd via het literatuuronderzoek (Schutjens et al., 2024), de vragenlijst onder professionals (zie paragraaf 2.1), de focusgroepen en interviews (zie paragraaf 2.3) en de leden van de projectgroep en adviescommissie (zie paragraaf 2.4). Ook meldden betrokkenen bij enkele initiatieven zich aan bij de onderzoekers na een nieuwsbericht in De Eerstelijns, op LinkedIn of op de Nivel website over de start van het project. Verder is gebruikt gemaakt van een door ZonMw opgesteld overzicht van recente projecten die zich richtten op de ggz-wachttijden en is dit overzicht samen met alle subsidieaanvragen met regionale wachtlijstaanpakken in 20 door ZonMw gefinancierde 'Versnellers-regio's'¹⁵ gescreend op initiatieven voor overbruggingszorg.

2.2.4 Selectie en beschrijving van initiatieven

Via bovenstaande wegen werden in totaal 110 mogelijk relevante initiatieven voor overbruggingszorg geïdentificeerd. Het grootste gedeelte van de initiatieven (n=39) werd geïdentificeerd via de vragenlijst onder professionals. Sommige initiatieven werden meerdere keren geïdentificeerd¹⁶. In totaal ging het om 87 unieke initiatieven. De 87 initiatieven werden gescreend aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria (zie Tabel 2.2). Hierbij werden 36 initiatieven geëxcludeerd en 51 initiatieven geïncludeerd (zie de flowchart in Figuur 2.1). De geëxcludeerde initiatieven betroffen vooral initiatieven waarbij het niet daadwerkelijk om overbruggingszorg ging (n=22) of waarvan de aangeleverde informatie te vaag was¹⁷ en ook niet kon worden aangevuld op basis van deskresearch (n=6). Bij alle geïdentificeerde initiatieven werden de bronnen bekeken die via de vragenlijsten werden ingebracht en is in aanvulling daarop een scan gedaan via Google om eventueel aanvullende websites of kern publicaties te identificeren. Via gevonden websites en publicaties werd de informatie verzameld die nodig was om een beschrijving van het initiatief te maken. In bijlage C wordt een overzicht gepresenteerd van alle geïncludeerde initiatieven met per initiatief een beschrijving van o.a. het doel, de doelgroep, de werkwijze, de setting, de toegankelijkheid van het initiatief en de geraadpleegde bronnen en websites.

¹⁵ Het Nivel voert samen met het Trimbos-instituut, MIND en InBegrepen in 2023-2025 een overkoepelende evaluatie uit van het ZonMw Versnellers programma. Zie het tussenrapport (Nuijen et al., 2024) of zonmw.nl/nl/programma/versnellers-de-geestelijke-gezondheidszorg

¹⁶ Zelfregie- of herstelnetwerken (en specifieke regionale voorbeelden daarvan) en de WachtVerzachter werden het vaakst via verschillende wegen geïdentificeerd.

¹⁷ Er werd dan bijvoorbeeld door de respondent van de vragenlijst alleen een naam of algemene beschrijving van een initiatief ingevuld, zoals 'wandelgroep' of 'vriendendiensten', zonder verdere informatie aan te leveren.

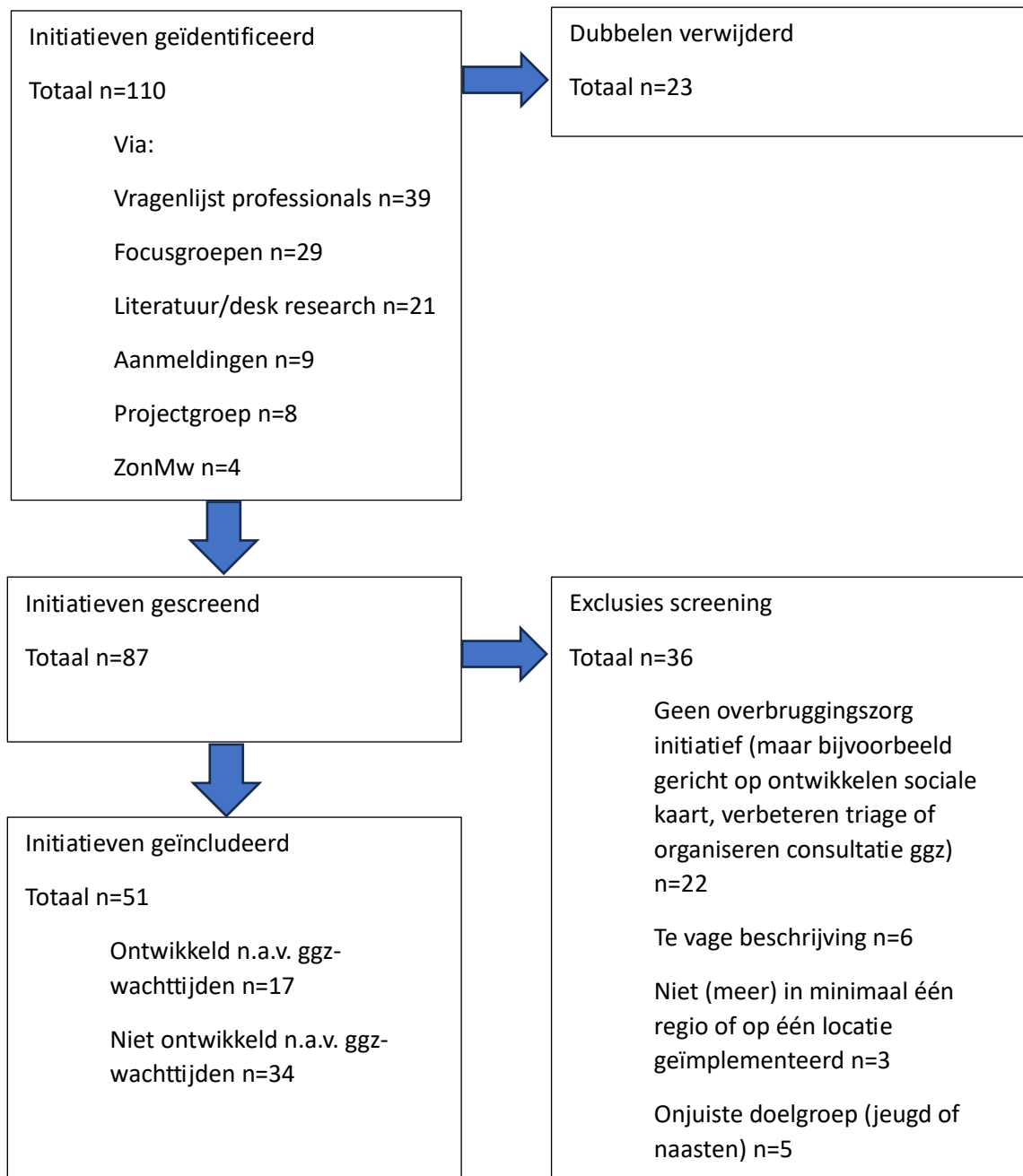
Tabel 2.2 Inclusie- en exclusiecriteria voor initiatieven voor overbruggingszorg

Onderwerp	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Populatie	<ul style="list-style-type: none"> Het initiatief heeft als doelgroep Nederlandse volwassenen van 18 jaar of ouder¹⁸ die op een wachtlijst staan voor intake, diagnostiek of behandeling in de ggz 	<ul style="list-style-type: none"> Doelgroep jonger dan 18 jaar Doelgroep naasten Doelgroep zorgprofessionals
Inhoud initiatief	<ul style="list-style-type: none"> Het initiatief is speciaal ontwikkeld ter ondersteuning van volwassenen die op een ggz-wachtlijst staan óf het wordt op die manier gebruikt door patiënten of ingezet door professionals. Er zijn geen beperkingen qua intensiteit, frequentie, setting of aanbieder Het initiatief is op dit moment landelijk beschikbaar of op minimaal één locatie of in één gemeente of regio in Nederland geïmplementeerd¹⁹ Het initiatief kan impact hebben op allerlei uitkomsten, waaronder psychische problemen, mentale gezondheid, herstel, zelfregie of kwaliteit van leven. Het doel van het initiatief kan zijn om deze uitkomsten te verbeteren, maar het kan ook het doel zijn om deze uitkomsten te stabiliseren tijdens de wachttijd 	

¹⁸ Indien het initiatief gericht was op jongeren, maar daarbij ook in ieder geval deels gericht was op jongeren boven de 18 jaar (bijvoorbeeld: een doelgroep van 0-23 jaar), dan werd deze geïnccludeerd.

¹⁹ Dit om alleen actuele initiatieven mee te nemen die ook daadwerkelijk nog worden ingezet of gebruikt. Tijdens het project bleek dat enkele gevonden overbruggingszorg initiatieven alweer ‘uit de lucht waren’, zoals de website overbruggingszorg-ggz.nl of een landelijk noodnummer 0900-1701 voor acute psychische hulp, dat was opgericht in 2023 naar aanleiding van de wachttijden.

Figuur 2.1 Flowchart voor de selectie van de initiatieven voor overbruggingszorg



2.3 Focusgroepen en interviews

We organiseerden in november en december 2024 een focusgroep met experts uit de adviescommissie (zie paragraaf 2.4), een focusgroep met POH's-GGZ, individuele interviews met huisartsen en een focusgroep met patiënten en naasten.

2.3.1 Doel

Het doel van de focusgroepen en interviews was om een kwalitatieve verdiepingsslag te geven aan de resultaten uit het literatuur- en vragenlijstonderzoek en te reflecteren op de gevonden resultaten en overbruggingszorg initiatieven.

2.3.2 Werving

Doelstelling was om voor iedere focusgroep tien aanmeldingen te realiseren, alvast rekening houdend met eventuele uitval. Patiënten en naasten werden geworven via de patiënten vragenlijst (zie paragraaf 2.1.1). Deelnemers konden aan het einde van de vragenlijst aangeven of zij uitgenodigd mochten worden voor een focusgroep. In totaal 146 respondenten hadden interesse en werden door MIND per e-mail uitgenodigd. Geïnteresseerden konden zich aanmelden bij de onderzoekers en kregen vervolgens verdere informatie. In totaal 24 geïnteresseerden (waaronder 2 mannen) meldden zich aan; hiervan werden de 2 mannen en 8 willekeurige vrouwen geselecteerd voor de focusgroep en zij ontvingen verdere informatie. Bij aanmelding werd gevraagd of zij vanuit patiënten- of naastenrol meededen, zodat ervoor kon worden gezorgd dat in ieder geval het patiënten perspectief, dat in deze focusgroep centraal stond, voldoende in kaart kon worden gebracht. Huisartsen en POH's-GGZ werden geworven via een oproep via de social media kanalen van de projectgroep en via het netwerk van de adviescommissie. Vanwege de beperkte beschikbaarheid van de geïnteresseerde huisartsen werd hun input via individuele interviews meegenomen. Experts werden geworven via de adviescommissie, waarin verschillende perspectieven vertegenwoordigd waren (zie paragraaf 2.4).

2.3.3 Uitvoering

Alle deelnemers ontvingen voorafgaand aan de focusgroep een informatiebrief en een toestemmingsformulier ter ondertekening. De focusgroep met patiënten en naasten vond plaats op het kantoor van MIND. De focusgroepen met de POH's-GGZ en de experts en de interviews met huisartsen vonden online plaats. De focusgroepen en interviews werden uitgevoerd aan de hand van vooraf opgestelde topiclists (zie bijlages D, E en F). De topiclists werden door de projectgroep opgesteld op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek (Schutjens et al., 2024) en het vragenlijstonderzoek (zie hoofdstuk 3 en 4). De topiclist voor de focusgroep voor patiënten en naasten bevatte vooral vragen die gingen over het perspectief van de patiënt. De naasten vertegenwoordigden hierbij dus vooral de patiënt. Het eigen perspectief van naasten zelf kwam met een enkele vraag ook kort aan bod. Tijdens de focusgroepen en interviews werd een beknopte samenvatting van het overzicht met gevonden overbruggingszorg initiatieven (zie bijlage C) aan de deelnemers voorgelegd en kregen zij de gelegenheid om hierop te reflecteren. Patiënten en naasten ontvingen voor deelname ter compensatie een reiskostenvergoeding (indien van toepassing) en een digitale cadeaubon van 50 euro. Huisartsen en POH's-GGZ ontvingen een digitale cadeaubon van 50 euro. Experts ontvingen een vergoeding (zie paragraaf 2.4).

2.3.4 Analyses

De focusgroepen duurden 1,5 uur (POH's-GGZ) tot 2 uur (experts en patiënten / naasten). De interviews met de huisartsen duurden 50-60 minuten. De gesprekken werden opgenomen op audio,

getranscribeerd, thematisch geanalyseerd met behulp van softwareprogramma MAXQDA en per thema samengevat.

2.4 Adviescommissie

Een adviescommissie gaf gevraagd en ongevraagd advies over de aanpak van het project. Een deel van de adviescommissie schreef mee met de subsidieaanvraag. De adviescommissie werd door de projectgroep samengesteld om verschillende perspectieven te vertegenwoordigen en kwam gedurende het project vijfmaal online anderhalf tot twee uur bijeen. De adviescommissie nam hiernaast deel aan één van de focusgroepen (zie paragraaf 2.3). Zij konden aanspraak maken op een vergoeding van 125 euro (ex. BTW) per bijeenkomst, wanneer deze rol buiten de scope of tijd van hun functie of werkgever viel.

De adviescommissie bestond uit de volgende elf leden (in alfabetische volgorde):

- Denise Bosma (adviseur ervaringsdeskundigheid Denise Bosma Advies & Expertise, coördinator externe projecten Ixta Noa);
- Sterre Buitenhuis (projectmanager, Akwa GGZ);
- Cisca Goedhart (manager Kennis, Innovatie en Onderzoek, MIND);
- Thijs van der Haar (bestuurslid Landelijke Vereniging POH-GGZ, kwaliteitsmedewerker Medicamus, POH-GGZ, gezondheidscentrum De Linde);
- Monique Heijmans (senior onderzoeker, Nivel);
- Miriam Heijnders (coördinator Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept);
- Hans Kroon (programmahoofd Zorg & Participatie, Trimbos-instituut, hoogleraar Universiteit Tilburg);
- Suzanne Ligthart (huisarts-onderzoeker, Radboudumc);
- Petra Meerkerk (huisarts, senior beleidsmedewerker, Landelijke Huisartsen Vereniging) en Janine van Es (senior beleidsmedewerker, Landelijke Huisartsen Vereniging)²⁰;
- Christien Slofstra (scientist-practitioner, Lentis en Wacht @ctief);
- Richard Starmans (kaderhuisarts ggz, ex-voorzitter PsyHAG).

²⁰ Zij namen gezamenlijk deel aan de adviescommissie; zij namen aan twee bijeenkomsten deel en gaven daarnaast feedback per e-mail op de besproken stukken.

3 Resultaten vragenlijst patiënten en naasten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de vragenlijst onder patiënten en naasten, waarmee de impact van de ggz-wachttijden en hun ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd in kaart werden gebracht.

3.1 Respons en achtergrondkenmerken

De vragenlijsten voor patiënten en naasten werden ingevuld door in totaal 404 respondenten met wachtlijst ervaring, onder wie 321 patiënten en 83 naasten. Van deze 404 respondenten waren er 230 (57%) afkomstig uit het MIND panel; de overige 174 respondenten (43%) vulden de vragenlijst in via de breder verspreide link. Nog eens 92 personen begonnen aan het invullen van de vragenlijst, maar werden uitgesloten van verdere deelname omdat zij in 2021 of eerder op een wachtlijst hadden gestaan. Tabel 1 toont de achtergrondkenmerken van de respondenten. Verreweg de meeste respondenten, zowel onder patiënten als naasten, waren vrouw (respectievelijk 84% en 90%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 41,6 jaar ($SD^{21}=12,3$; mediaan=40; range 19 tot 76 jaar). De gemiddelde leeftijd van de naasten was 52,8 jaar ($SD=10,5$; mediaan=53; range 27 tot 76 jaar). De patiënten vinkten gemiddeld per persoon 3,7 type klachten ($SD=2,2$; mediaan=4; range 1-11) aan waarvoor zij op de wachtlijst stonden. De twee meest genoemde klachten waren depressie en trauma. De meeste deelnemende patiënten (89%) hadden in het verleden minimaal één eerdere behandeling in de ggz ontvangen. De naasten die de vragenlijst invulden deden dat meestal in de rol van ouder of verzorger²².

²¹ Standaarddeviatie.

²² De focus van dit onderzoek lag op volwassen patiënten met psychische problemen. De antwoorden van de naasten op de vragenlijst hadden echter mogelijk (deels) betrekking op patiënten onder de 18 jaar, omdat driekwart van de deelnemende naasten die de vragenlijst invulden dit deden vanuit een ouderrol. Er is naasten niet gevraagd naar de leeftijd van degene waarover zij de vragenlijst invulden. De jongste deelnemende ouder was 40 jaar. In totaal 16 deelnemers (19% van alle naasten) waren een ouder jonger dan 50 jaar. Het is aannemelijk dat in ieder geval een deel van de kinderen van deze 16 deelnemers niet van volwassen leeftijd was.

Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van patiënten en naasten uit het vragenlijstonderzoek

	Patiënten: totaal (n=321)		Patiënten: vrouwen (n=271)		Patiënten: mannen (n=33)		Patiënten: genderdivers (n=16)		Naasten: totaal (n=83)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gender										
Vrouw	271	84	271	100	0	0	0	0	75	90
Man	33	10	0	0	33	100	0	0	6	7
Genderdivers ²³	16	5	0	0	0	0	16	100	2	2
Dat wil ik liever niet zeggen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leeftijd										
18 t/m 35 jaar	112	35	98	36	7	21	7	44	3	4
35 t/m 45 jaar	80	25	69	25	5	15	5	31	14	17
45 t/m 55 jaar	72	22	59	22	11	33	2	13	32	39
55 t/m 65 jaar	44	14	37	14	5	15	2	13	21	25
65 jaar en ouder	13	4	8	3	5	15	0	0	13	16
Hoogste opleiding										
Geen opleiding / lagere school niet af	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0
Lagere school	7	2	6	2	0	0	1	6	1	1
Middelbare school	31	10	22	8	5	15	4	25	1	1
Middelbaar beroepsonderwijs	85	26	76	28	5	15	2	13	16	19
Hoger beroepsonderwijs	110	34	98	36	11	33	2	13	46	55
Wetenschappelijk onderwijs	86	27	67	25	12	36	7	44	19	23
Rol naaste										
Ouder of verzorger	x	x	x	x	x	x	x	x	60	72
Partner (of ex-partner)	x	x	x	x	x	x	x	x	10	12
Kind	x	x	x	x	x	x	x	x	4	5
Anders ²⁴	x	x	x	x	x	x	x	x	9	11
Type klacht(en) waarmee patiënt op wachtlijst staat										
Angst, dwang of paniek	130	40	105	39	18	55	7	44	x	x
Autisme, ADHD, ADD	132	41	105	39	17	52	10	63	x	x
Burn-out of overspannenheid	79	25	66	24	8	24	5	31	x	x
Depressie of somberheid	188	59	155	57	24	73	9	56	x	x
Persoonlijkheidsproblematiek	86	27	75	28	7	21	3	19	x	x
Problematisch middelengebruik of verslaving	16	5	12	4	2	6	2	13	x	x
Psychose	7	2	4	1	2	6	1	6	x	x
Relatieproblemen	22	7	16	6	5	15	1	6	x	x
Rouw, omgaan met verlies	23	7	19	7	3	9	1	6	x	x
Slaapproblemen	78	24	66	24	8	24	3	19	x	x
Stress, piekeren, spanning	142	44	116	43	19	58	6	38	x	x
Suïcidaliteit	80	25	67	25	5	15	7	44	x	x
Trauma, ingrijpende gebeurtenis	150	47	130	48	13	39	7	44	x	x

²³ Meestal non-binair, daarnaast transvrouw, gender non-conforming of agender.

²⁴ De andere naasten waren zus of broer, buurvrouw, buddy of maatje, vriend of vriendin of overige familie.

	Patiënten: totaal (n=321)		Patiënten: vrouwen (n=271)		Patiënten: mannen (n=33)		Patiënten: genderdivers (n=16)		Naasten: totaal (n=83)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anders ²⁵	51	16	40	15	5	15	6	38	x	x
Dat wil ik liever niet zeggen	3	1	3	1	0	0	0	0	x	x
Aantal klachten waarmee patiënt op wachtlijst staat										
1 of 2	111	35	99	37	8	24	4	25	x	x
3 of 4	99	31	78	29	16	49	4	25	x	x
5 of meer	108	34	91	34	9	27	8	50	x	x
Dat wil ik liever niet zeggen	3	1	3	1	0	0	0	0	x	x
Patiënt heeft eerder ggz-behandeling gehad²⁶										
Ja, één keer	51	16	43	16	4	12	4	25	x	x
Ja, twee of meerdere keren	234	73	195	72	27	82	11	69	x	x
Nee	34	11	31	12	2	6	1	6	x	x

Tabel 2 toont informatie over de duur en aard van de wachttijden van patiënten. De deelnemende patiënten stonden op het moment van invullen van de vragenlijst gemiddeld 38 weken (SD=33; mediaan=28; range 1 tot 240) op een ggz-wachtlijst, meestal voor de gespecialiseerde ggz (81%). Het grootste deel (81%) van de 278 patiënten waarbij de wachttijd bekend was wachtte langer dan de Treeknorm van 14 weken. Iets minder dan de helft van de deelnemende patiënten (42%) stond op het moment dat zij de vragenlijst invulden nog op een wachtlijst. Bij de patiënten van de deelnemende naasten was dit 48%. Het grootste gedeelte (73%) van de patiënten die niet meer op een wachtlijst stond was inmiddels met ggz-behandeling gestart. Van de 290 patiënten die de vraag over herhaalde wachtlijsten invulden was bijna de helft (48%) tijdens het wachten minimaal één keer op een nieuwe wachtlijst terecht gekomen na de eerste wachtlijst. De naasten gaven aan dat degenen over wie zij de vragenlijst invulden op het moment van het invullen van de vragenlijst gemiddeld 62 weken op een wachtlijst stond (SD=102; mediaan=26; range 5 tot 520).

²⁵ Bijvoorbeeld: eetstoornis, lichamelijke klachten, bipolaire stoornis of manie, dissociatie, genderdysforie, de overgang, body dysmorphic disorder, automutilatie, afbouwen of vragen over psychofarmaca, hersenletsel of anders.

²⁶ Deze vraag is door twee respondenten niet ingevuld.

Tabel 3.2 Duur en aard ggz-wachttijden van patiënten uit het vragenlijstonderzoek

	Patiënten: totaal (n=321)		Patiënten: vrouwen (n=271)		Patiënten: mannen (n=33)		Patiënten: genderdivers (n=16)		Naasten: totaal (n=83)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meest recente jaar waarin patiënt op wachtlijst stond										
2022	95	30	81	30	13	39	1	6	39	47
2023	101	31	88	32	6	18	6	38	25	30
2024	125	39	102	38	14	42	9	56	19	23
Patiënt staat op dit moment nog op wachtlijst										
Ja	134	42	109	40	14	42	10	63	40	48
Nee	187	58	162	60	19	58	6	38	43	52
Patiënt is met ggz-behandeling gestart²⁷										
Ja	138	74	121	75	13	68	4	67	37	86
Nee, vanwege (te lange) wachtlijst	6	3	6	4	0	0	0	0	3	7
Nee, vanwege andere reden ²⁸	43	23	35	22	6	32	2	33	3	7
Aantal weken dat patiënt op wachtlijst staat										
0 tot 15 weken	54	17	47	17	4	12	3	19	5	6
15 tot 26 weken	69	21	58	21	7	21	4	25	8	10
26 tot 52 weken	86	27	72	27	9	27	5	31	9	11
Langer dan 52 weken	69	21	60	22	6	18	3	19	7	8
Weet ik niet precies / missing	43	13	34	13	7	21	1	6	54	65
Patiënt staat op wachtlijst voor										
Basis-ggz	38	12	35	13	2	6	1	6	x	x
Gespecialiseerde ggz	260	81	219	81	26	79	15	94	x	x
Weet ik niet	23	7	17	6	5	15	0	0	x	x
Patiënt is opnieuw op wachtlijst gekomen tijdens het wachten										
Geen één keer	140	44	115	42	20	60	5	31	x	x
Eén keer	75	23	70	26	1	3	4	25	x	x
Twee keer	43	13	37	14	3	9	3	19	x	x
Drie of meer keer	32	10	25	9	4	12	3	19	x	x
Weet ik niet	31	10	24	9	5	15	1	6	x	x

²⁷ Deze vraag werd alleen beantwoord als patiënt bij de vorige vraag had aangegeven op dit moment niet meer op de wachtlijst te staan.

²⁸ De andere reden was meestal dat er geen passende zorg beschikbaar was en dat men werd afgewezen voor behandeling. Soms was het ook omdat de behandeling de patiënt zelf niet beviel, dat de behandeling al was afgerond of vanwege een andere reden.

3.2 Impact van de ggz-wachttijden op patiënten

Er is aan patiënten via een gesloten vraag gevraagd naar de impact van de ggz-wachttijden (zie Figuur 3.1). Er werden 21 verschillende potentiële²⁹ negatieve gevolgen van de ggz-wachttijden voorgelegd waarbij respondenten konden aangeven hoe vaak ze het er mee eens waren dat de ggz-wachttijden bij hen impact hadden (gehad) op dit vlak. Gemiddeld over de 21 stellingen waren patiënten het bij 57% van de gevallen een beetje eens, eens of zeer eens, bij 23% was men neutraal of iets was niet van toepassing en bij 20% was men het een beetje oneens, oneens of zeer oneens. Qua negatieve impact hadden de ggz-wachttijden voor patiënten vooral impact op de volgende gebieden: negatieve gevoelens (94% was het hier een beetje mee eens, eens, of zeer mee eens), een wachtstand (87%), onzekerheid over zichzelf (86%), te weinig controle of regie (85%) en een toename van psychische klachten (83%). De meerderheid (78%) raakte hun vertrouwen in de zorg of zorgverleners kwijt. Bij 77% van de werkenden had de wachttijd een negatieve impact op het werk en bij 70% van de patiënten met een partner had de wachttijd een negatieve impact op hun partnerrelatie. Gedachtes aan zelfdoding had 62% van de respondenten en 53% raakte in crisis. Het minst vaak had de ggz-wachttijd impact op stoppen met de ggz-behandeling als men hier eenmaal mee was gestart; hier was 10%³⁰ van de respondenten het een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens. Een vergelijkbaar percentage (12%³¹) was niet begonnen met ggz-behandeling door de wachttijden. Ook was 27%³² door de wachttijd minder gemotiveerd tijdens de ggz-behandeling. Een deel (21%) van de patiënten gaf een toelichting bij hun antwoord in een open tekstveld. Meestal was dit een verdere toelichting op hun situatie of een verdere detaillering van de impact op een bepaald vlak (bijvoorbeeld: niet meer voor de kinderen kunnen zorgen). Een 'nieuw' voorbeeld qua impact dat hier genoemd werd dat nog niet tussen de antwoordopties stond was: afhankelijk worden van medicatie (benzodiazepine).

Er is aan de deelnemende patiënten gevraagd of de ggz-wachttijden voor hen wellicht een positieve impact op bepaalde gebieden had gehad (zie Figuur 3.2), bijvoorbeeld dat klachten spontaan verbeterd waren zonder hulp of dat men in aanraking kwam met andere (waardevolle) vormen van ondersteuning. Dit laatste bleek bij 32% het geval (zoveel respondenten waren het hiermee een beetje eens, eens of zeer eens). Ongeveer één op de zes respondenten (14%) vond tijdens het wachten andere oplossingen voor hun klachten. Ook 14% was het een beetje eens, eens of zeer eens met de stelling dat hun klachten verbeterden tijdens het wachten, maar dat zij nog steeds behandeling nodig hadden. Slechts 3% was het een beetje eens, eens of zeer eens met de stelling dat hun klachten tijdens het wachten dusdanig verbeterden dat zij geen ggz-behandeling meer nodig hadden. Een deel van de patiënten (19%) lichtte hun antwoord toe via een open tekstveld. Zij gaven dan meestal aan dat er alleen maar negatieve impact was geweest, of noemden als iets positiefs dat zij toch terecht konden bij de huisarts of POH-GGZ, of zelf buiten de ggz-hulp hadden gevonden, bij bijvoorbeeld een coach of alternatief hulpverlener. Dit laatste was overigens vaak niet vergoed, en was soms wel maar vaak ook niet afdoende qua ondersteuning volgens de respondenten.

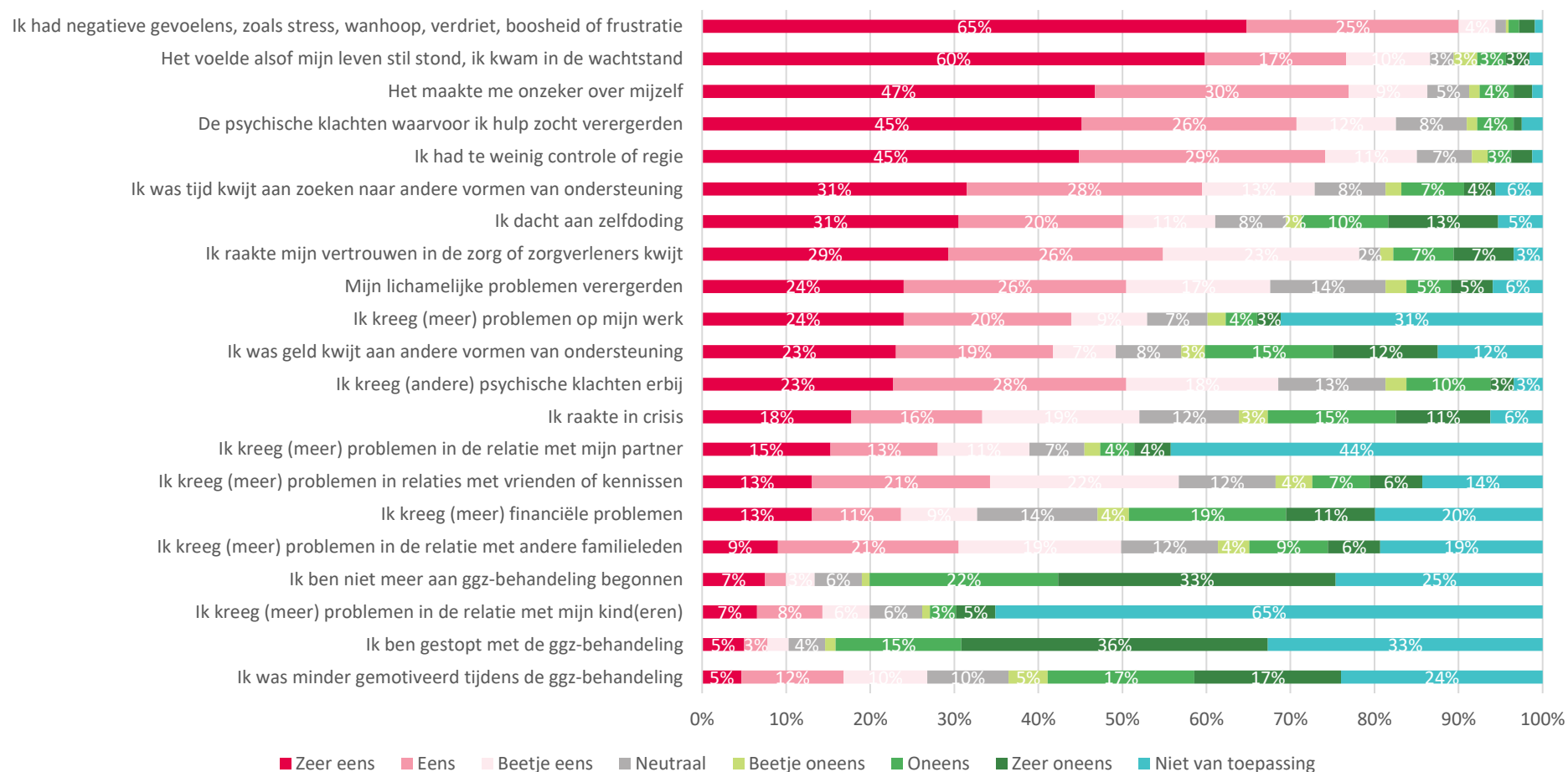
²⁹ Opgesteld op basis van literatuuronderzoek (Schutjes et al., 2024).

³⁰ Hierin zijn de respondenten die überhaupt nog niet begonnen waren met behandeling omdat zij nog op de wachtlijst stonden meegeteld. Een derde (33%) van de respondenten gaf aan dat deze stelling voor hen (nog) niet van toepassing was. Zonder de nog wachtende respondenten mee te rekenen is 14% van de respondenten het een beetje eens, eens, of zeer eens met de stelling.

³¹ Dit is 18% van de deelnemers als 'niet van toepassing' niet wordt meegerekend.

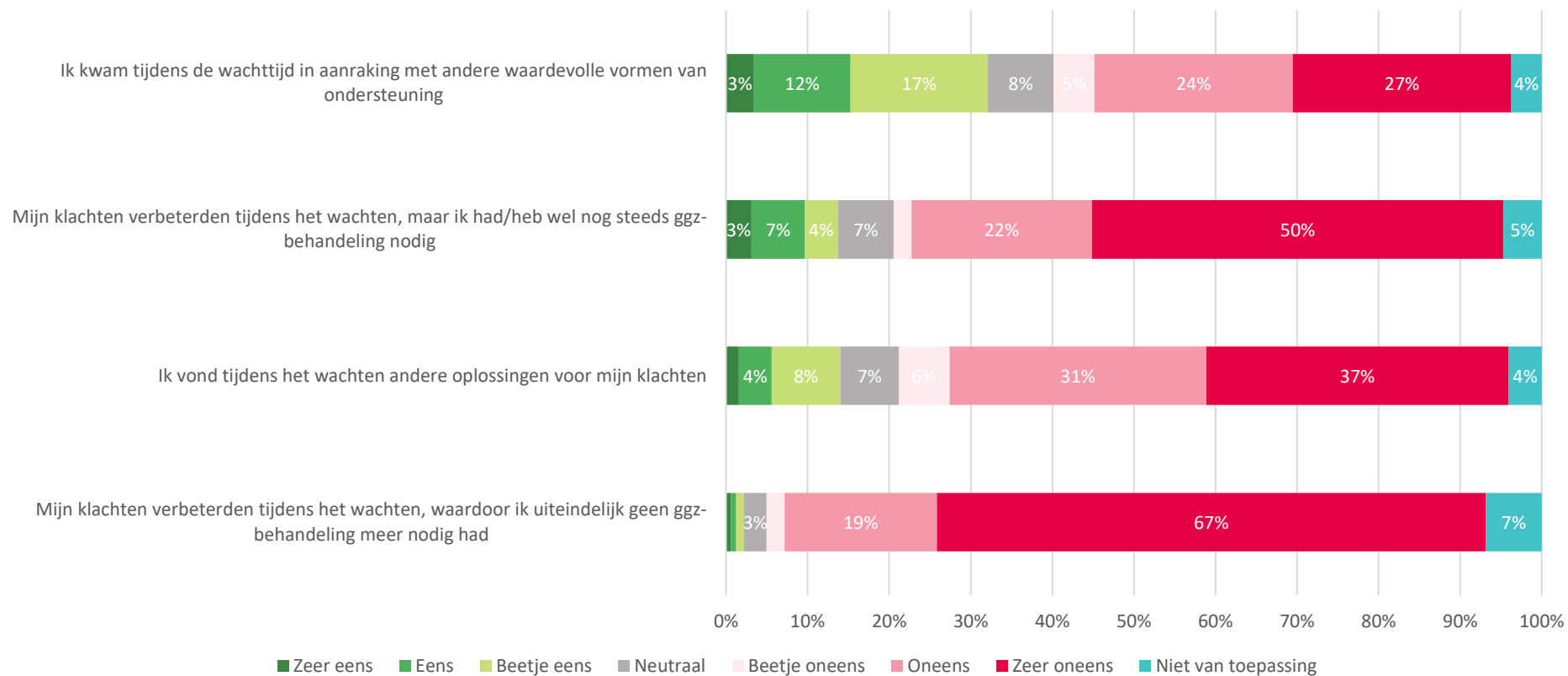
³² Dit is 35% van de deelnemers als 'niet van toepassing' niet wordt meegerekend.

Figuur 3.1 Negatieve impact van de ggz-wachttijden op patiënten (n=321)



Noot bij Figuur 3.1: vanwege de leesbaarheid van de figuren zijn percentages van 2% of lager in deze en andere figuren in dit hoofdstuk niet weergegeven. Bij de stellingen over werk en de relatie met partner of kinderen werd relatief vaak 'niet van toepassing' ingevuld. Als 'niet van toepassing' niet wordt meegerekend ligt het totaal aantal deelnemers dat het een beetje eens, eens of zeer eens is met de stelling hoger; in totaal op 77% (werk), 70% (partner) of 57% (kinderen).

Figuur 3.2 Positieve impact van de ggz-wachttijden op patiënten (n=321)



Aan patiënten werd ook via een open vraag gevraagd naar de impact van de wachttijden. De antwoorden die zij daarop formuleerden varieerden van enkele woorden of een enkele zin tot een uitgebreidere beschrijving. Uit de antwoorden kwamen verschillende thema's naar voren die hieronder worden toegelicht. Box 3.1 toont ter illustratie verschillende quotes van patiënten per thema.

Grote emotionele gevolgen

De vaakst genoemde impact door patiënten (door 53% beschreven in hun antwoord) bestond uit de emotionele gevolgen van de wachttijd. De onzekerheid en onduidelijkheid over de wachttijd en niet weten welke zorg wanneer beschikbaar zal zijn gaf veel respondenten onrust. De wachttijd leidde tot negatieve emoties als angst, stress, spanning, moedeloosheid, somberheid, wanhoop, de hoop verliezen, pijn, snel geprikkeld zijn, boosheid, frustratie, verdriet, angst voor verder afglijden, zorgen, piekeren of een vol hoofd. Respondenten voelden zich ook in de steek gelaten, niet serieus genomen en niet gezien.

Toename van psychische problemen

Een tweede veel genoemde impact (door 41% beschreven) bestond uit een algemene achteruitgang of verslechtering of toename van psychische problematiek. Dit bestond bijvoorbeeld uit een toename van angst of paniek, stemmingswisselingen, verminderd (cognitief) functioneren, verwardheid, eenzaamheid, verminderde zelfzorg of slapeloosheid. Een enkele respondent gaf aan meer middelen (cannabis) te zijn gaan gebruiken. Bij sommige respondenten verergerde een aanwezige psychische aandoening, zoals een eetstoornis, depressie, trauma of PTSS. Anderen raakten in crisis, suïcidaal, deden één of meerdere suïcidepogingen of dachten na over euthanasie. Enkele respondenten noemden daarbij expliciet dat zij vonden dat deze achteruitgang onnodig was geweest en voorkomen had kunnen worden door tijdige hulp.

Patiënten gaan in de wachtstand

Een deel van de patiënten (19%) gaf antwoorden die betrekking hadden op een zogenaamde 'wachtstand' of stil- of pauzestand. De wachttijd leidde er bij hen toe dat zij in deze periode van hun leven tijdelijk stil zijn blijven staan. Zij vonden het bijvoorbeeld moeilijk om beslissingen te nemen over hun werksituatie en stelden deze uit, omdat zij niet wisten hoe hun situatie er later uit zou zien. De situatie verbeterde niet en men leefde daardoor tijdelijk in 'niemandland'. Respondenten gaven aan wel vooruit te willen komen, maar zij kregen daarvoor voor hun gevoel de juiste handvatten niet voor - daar had men juist hulp voor gevraagd. De wachttijd werd door sommigen ook wel beschreven als 'verspilde tijd' of als tijd 'waarin men alleen maar aan het overleven is'.

Wachttijd werkt door op ggz-behandeling

Sommige respondenten (14%) noemden de impact van de wachttijd op hun traject in de ggz. Ten eerste gaven zij aan veel energie kwijt te zijn aan het regelen van nieuwe verwijzingen, het zoeken naar de juiste zorg, of het opnieuw voeren van intakegesprekken. Ten tweede gaven sommige respondenten aan dat zij niet op het juiste moment met hun behandeling zijn gestart, waardoor een kans is gemist, of gingen zij tijdens het wachten achteruit en moesten zij vanuit een dieper dal met een traject starten, waardoor hun behandeling langer duurde. Een respondent gaf aan dat zij door de verergering van haar klachten op een andere wachtlijst terecht kwam, waardoor zij juist nog weer langer moest wachten. Tot slot raakte bij sommige patiënten het vertrouwen in de ggz beschadigd. Een respondent gaf aan dat zij achterdochtiger werd naar zorg, en dat het haar veel tijd kostte om zich weer open te stellen toen zij eenmaal in behandeling was. Anderen zagen helemaal af van toekomstige ggz-behandeling.

Verminderd functioneren of uitval op werk, financiële gevolgen

Een deel van de patiënten (8%) beschreef een vorm van impact op hun werk of financiële situatie. Zo hadden zij last van een verminderd concentratievermogen of functioneren op hun werk, vielen zij tijdelijk uit van werk of ervoeren dat hun re-integratietraject moeizaam verliep of stagneerde. Soms ervoeren zij daardoor onbegrip bij hun werkgever of werden zij op hun loon gekort. Anderen waren hun baan kwijtgeraakt, hadden geen contractverlenging gehad, waren ontslagen of arbeidsongeschikt geworden. Enkele respondenten gaven aan te zijn gestopt met hun vrijwilligerswerk of mantelzorg taken. Over impact van de wachttijden op school of opleiding is niets gezegd door de respondenten³³.

Impact op relatie, gezin en sociale contacten

Ook een deel (6%) beschreef gevolgen voor hun sociale netwerk. Bij sommige respondenten leidden de wachttijden ertoe dat hun relatie schade opliep of werd verbroken. Andere respondenten noemden dat de wachttijden niet alleen impact op hunzelf had gehad, maar op hun hele gezin. Respondenten hadden het daarnaast ook vaak over een 'isolement' waarin zij terecht kwamen, doordat sociale contacten steeds meer beschadigd raakten tijdens de wachttijd of doordat zij zichzelf afzonderden van sociaal verkeer.

Meer zorggebruik buiten de ggz

Sommige respondenten (5%) beschreven door de wachttijd gebruik te hebben gemaakt van anderen vormen van zorg of ondersteuning die zij anders mogelijk niet hadden gebruikt, zoals de huisarts, medicatie, ondersteuning via de Wmo, crisisdienst- of zorg, klinische opnames, of een (vorig) psychisch hulpverlener. Soms heeft dit hen ook geld gekost. Zij hebben dan bijvoorbeeld zelfstandig een (oncontracteerde) therapeut gevonden en hiervoor uit eigen zak betaald. Een respondent gaf aan tijdens de wachttijd een consult te hebben gehad bij een euthanasie centrum om de mogelijkheid tot euthanasie te bespreken.

Negatief zelfbeeld

Door 4% werd een negatieve impact op het zelfbeeld beschreven. Soms ervoeren respondenten de wachttijd (met soms daarbij de herverwijzing naar een nieuwe wachtlijst) als een persoonlijke afwijzing. De wachttijd beschadigde dan hun eigenwaarde of zelfwaardering. Voor sommigen voelde het alsof de maatschappij 'niet om hen geeft', ze 'niet normaal' zijn, 'te complex', een 'derderangs burger', 'teveel', 'waardeloos', ze 'niet meettellen' of dat ze 'geen prioriteit' hebben. Een respondent noemde het: 'jezelf een gedoe voelen'. Een andere respondent beschreef het proces van wachten en herverwijzingen als een 'hertraumatisering'.

Slechtere lichamelijke gezondheid

Een klein deel van de patiënten (2%) noemde de impact van de wachttijd op hun lichamelijke gezondheid: meestal een verslechtering van fysieke gesteldheid in het algemeen of een toename van vermoeidheid. Bij enkele respondenten hadden de ggz-wachttijden indirecte impact op hun lichamelijke gezondheid. Zo heeft één respondent last van de lichamelijke gevolgen van een suïcidepoging (moeite met plassen en pijn). Een andere respondent belandde in een rolstoel door de achteruitgang door haar eetstoornis.

³³ Mogelijk vanwege de doelgroep van het onderzoek (volwassenen). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan de vragenlijst was 41,6 jaar.

Omvang van de impact

Bij een deel van patiënten (18%) bevatte hun antwoord naast een inhoudelijke beschrijving ook expliciet termen die de omvang van de negatieve impact beschreven. Uit de gebruikte woorden bleek dan de grootte van de negatieve impact, bijvoorbeeld: '(super) veel', '(zeer) groot', 'erg', 'enorm', 'zwaar', 'flink', 'zwart gat', 'schandalig', 'verstikkend', 'extreem', 'ongelofelijk', 'kwalijk', 'verschrikkelijk' of 'slopend'.

Weinig of geen impact

Een tiende (10%) van de patiënten beschreef in hun antwoord weinig of geen impact van de ggz-wachttijden te ervaren. De wachttijd was voor hen dan bijvoorbeeld niet lang, of de wachttijd was wel lang, maar 'hanteerbaar', 'acceptabel' of 'te dragen'. Respondenten gaven dan aan zich wel te hebben gered, doordat zij ervaringen uit eerdere ggz-behandelingen konden inzetten. Andere patiënten waren het inmiddels gewend geraakt om te moeten wachten of hadden geen acute zorg nodig, bijvoorbeeld omdat zij alleen op de wachtlijst stonden voor een diagnostisch onderzoek. Een respondent gaf aan de wachttijd aan sich niet het probleem te vinden, maar vooral de onduidelijkheid over de duur daarvan.

Box 3.1 Quotes van patiënten over de impact van de wachttijd

Vraag: welke impact heeft of had de wachttijd op jou?

Emotionele gevolgen

"Onzekerheid. Het geeft een bepaalde druk dat je het tot de tijd dat je geholpen wordt allemaal zelf moet zien vol te houden. Je weet alleen niet hoe, dat is juist waar je de hulp voor nodig hebt." (patiënt, vrouw, 23 jaar, 20 wachttijd 20 weken)

"Het gevoel dat je niet serieus wordt genomen en dat ze je aan je lot over laten." (patiënt, man, 52 jaar, wachttijd 38 weken)

"Ik vind dit heel moeilijk te beantwoorden. Zit heel leven in de psychiatrie. De impact is dat ik de hoop verloren ben. Ik heb geen hoop meer." (patiënt, vrouw, 67 jaar, wachttijd 9 weken)

"Groot. De twijfel of je wel op de goede wachtlijst staat, het eerst delen van je verhaal met de POH en dan moet je ineens zo lang wachten. In de tussentijd is er niets, geen gesprekken, geen andere hulp. Het wachten maakt het zwaarder, omdat ik door hulp te vragen een enorme drempel over moest, en na die drempel was er ineens niets." (patiënt, vrouw, 35 jaar, wachttijd 24 weken)

"Voor mij zijn wachttijden verstikkend. Dat men niet van de een op de andere dag ergens terecht kan is duidelijk, echter zou de doorstroming van de ene therapie naar een andere veel sneller moeten verlopen. Blijft misschien een doodoener, maar met een gebroken arm loop je ook niet weken rond voordat het rechtgezet wordt." (patiënt, man, 53 jaar, wachttijd onbekend)

"Vooral de onduidelijkheid over de wachtlijst geeft veel onrust. De aangegeven wachttijd was 8 weken. Uiteindelijk duurde het 24 weken tot het eerste contact voor telefonische intake. Wat vooraf niet gecommuniceerd was, was dat er daarna nog een wachtlijst van minstens zo lang zou volgen. Doordat ik kon wisselen van locatie en er eerder een plekje vrij kwam kon ik gelukkig een

week na het telefoongesprek al op een andere locatie terecht. Als ik vooraf een beter indicatie van de wachttijd had, had ik me hier beter op in kunnen stellen en was het wel oké geweest.” (patiënt, vrouw, 32 jaar, wachttijd 25 weken)

Toename van psychische problemen

“Ik heb door het gebrek aan hulp wat serieuze zelfmoordpogingen gedaan. Van de gevolgen daarvan zal ik de rest van mijn leven last van blijven houden. Van moeilijk plassen tot aan pijn en trauma.” (patiënt, vrouw, 29 jaar, 55 weken wachttijd)

“Verslechteren van toestand en nog dieper in de problemen komen, zodat nu niet meer van herstel gesproken kan worden, maar van behapbaar maken. De ggz verpleegkundige bij de huisarts heeft al door mijn problematiek een burn-out opgelopen.” (patiënt, vrouw, 62 jaar, wachttijd 172 weken)

“Waar het begon met relatief milde klachten werd ik steeds depressiever door het gebrek aan hulp en de onzekerheid over wanneer ik überhaupt hulp zou krijgen. Daardoor begon ik ook steeds meer te twijfelen aan het feit of ik überhaupt nog wel hulp zou krijgen en werd ik suïcidaal. Vanwege deze suïcidaliteit ben ik eerder geholpen dan ik eigenlijk aan de beurt zou zijn. Mijn totale wachttijd heeft 44 weken geduurd. Hoeveel langer ik nog had moeten wachten is onbekend.” (patiënt, man, 27 jaar, wachttijd 44 weken)

“Het komt neer op: overleef ik de wachttijd.” (patiënt, vrouw, 53 jaar, wachttijd onbekend)

“Ik zou dood moeten zijn. Ik vecht zo hard als ik kan voor mijn leven, in een systeem dat een apathisch labyrint is voor gemarginaliseerde groepen.” (patiënt, non-binair, 37 jaar, wachttijd 114 weken)

In de wachtstand

“Extreem moeilijk, het zwarte gat waar je in zit, daar wordt je dan gewoon nog wat dieper in geduwd. Waar kun je dan nog wel terecht en hoe wordt het dan weer beter. Mijn leven staat op pauze.” (patiënt, vrouw, 23 jaar, wachttijd 26 weken)

“Ik heb me in die tijd best wel moedeloos gevoeld. Ik heb zelfs bij de huisarts gezegd of euthanasie niet de oplossing zou zijn, daar ging hij – gelukkig - niet in mee. Maar op een wachtlijst komen te staan van 70+ weken, waar een half jaar toegezegd werd (wat al lang is) is niet te doen. Ik wil ook verder met mijn leven...” (patiënt, vrouw, 31 jaar, wachttijd 70 weken)

Impact op de ggz-behandeling

“Het heeft er bij mij voor gezorgd dat ik eigenlijk alleen maar dieper ben weggezakt en nog vanaf een dieper dal moest werken tijdens mijn huidige behandeling.” (patiënt, vrouw, 30 jaar, wachttijd onbekend)

“Ik voelde me hopeloos en deed hierdoor twee keer een zelfmoordpoging. Mede doordat ik een keer na een lange wachttijd opeens toch niet geholpen kon worden en zelf alternatieve behandeling moest zoeken. Ook werd ik achterdochtig naar de zorg waardoor ik me steeds minder open ging stellen. Hierdoor werd de huidige therapie erg gehinderd, het heeft me meer dan een half jaar gekost om weer te leren praten over wat er in me om gaat.” (patiënt, vrouw, 24 jaar, wachttijd 87 weken)

“Ggz-mijder geworden. Ggz, weg ermee!” (patiënt, man, 59 jaar, wachttijd onbekend)

Werk en financiën

“Ik ben alleen maar verder achteruit gegaan, m’n werk kwijtgeraakt en arbeidsongeschikt geworden.” (patiënt, vrouw, 42 jaar, wachttijd 52 weken)

“Ik moest mij ziek melden op werk door de klachten. Omdat ik uiteindelijk minimaal een halfjaar heb moeten wachten werd mijn contract niet verlengd. Ik had geen baan meer, terwijl ik net was afgestudeerd. Dit was natuurlijk niet erg goed voor mijn zelfvertrouwen. Ik heb op mijn nieuwe werk echt rustig moeten opbouwen en dit was gelukkig mogelijk.” (patiënt, vrouw, 26 jaar, wachttijd onbekend)

Sociale relaties

“Traumagelateerde aandoeningen zijn zo verergerd dat het niet 'leefbaar' meer is. De dissociatieve stoornis is verergerd, ernstige depersonalisatie, derealisatie, amnesie. Maar ook niet meer tot moeilijk mantelzorg kunnen verlenen voor mijn dochter, die ook in de zorg tegen muren aan loopt.” (patiënt, vrouw, 53 jaar, wachttijd 154 weken)

“Ik ben psychisch verder achteruit gegaan en het heeft veel schade aangericht binnen mijn vriendenkring.” (patiënt, non-binair, 59 jaar, wachttijd 22 weken)

Negatief zelfbeeld

“Het maakt me heel onzeker en eenzaam en verdrietig.” (patiënt, vrouw, 71 jaar, wachttijd 25 weken)

“Dat ik me teveel voel, niet welkom. Ik weet niet goed hoe ik mezelf mijn leven weer moet geven. Emoties reguleren wat niet lukt. Onbegrip, ben ik juist een ernstiger geval of juist niet, want hoezo duurt het lang en sterker nog, de wachtlijst is stopgezet en ik ben nummer 27. Triest.” (patiënt, vrouw, 45 jaar, wachttijd 70 weken)

“Ik werd er behoorlijk hopeloos van. In het begin werd gecommuniceerd dat het 20 weken zou duren, dat was eng en spannend, maar ik probeerde uit alle macht vol te houden, als een sporter op lange afstand. Naarmate de datum dichterbij kwam en werd overschreden, kreeg ik last van angst of ik het wel vol zou houden en gevoelens van minderwaardigheid, het niet waard zijn om hulp te ontvangen. Ik ben ook een periode heel boos geweest, zo boos dat, als ik toen aan de beurt was geweest het misschien wel had afgezegd. Ik kreeg steeds meer paniek aanvallen en voelde me over het algemeen somber en hopeloos.” (patiënt, vrouw, 41 jaar, 60 weken wachttijd)

Weinig of geen impact

“De wachtlijst was niet lang. Dus geen of weinig last van gehad.” (patiënt, vrouw, 47 jaar, wachttijd 7 weken)

“Ik vond het niet zo erg om wat langer te wachten voor goede diagnostiek autisme bij vrouwen.” (patiënt, vrouw, 57 jaar, wachttijd 34 weken)

“Geen. Huisarts gaf overbruggingszorg.” (patiënt, man, 46 jaar, wachttijd 18 weken)

“Ik vond het redelijk snel gaan, maar gelukkig lag de noodzaak niet bijzonder hoog. Was meer een onderzoek.” (patiënt, vrouw, 53 jaar, wachttijd 12 weken)

“Geen. Er werd heel duidelijk gecommuniceerd. Ik werd goed op de hoogte gehouden en voelde me aan alle kanten zeer gesteund. De communicatie en de bereikbaarheid van de hulpverleners zijn echt top. Ook al moest ik twee maanden wachten, ik voelde me gesteund door die betrokkenheid. Ik dacht, het komt wel goed. Ze gaan me helpen. Hele fijne ervaring!!” (patiënt, vrouw, 66 jaar, wachttijd 32 weken)

“Ik heb geluk dat ik al zo'n 12 jaar therapie erop heb zitten. Daardoor heb ik op tijd aan de bel getrokken omdat ik wist dat de wachttijden lang zijn. Ik heb gelukkig al veel tools geleerd om om te gaan met een groot aantal van mijn problemen. Maar als het om iemand zou gaan die nog geen ervaring heeft binnen de ggz, iemand die bijvoorbeeld suïcidaal is of zichzelf beschadigt, dan heeft dat een grotere impact.” (patiënt, vrouw, 34 jaar, wachttijd 3 weken)

3.3 Impact van de ggz-wachttijden op naasten

In een open vraag werd aan naasten gevraagd wat de impact van de wachttijd van de patiënt op henzelf als naaste was (geweest). Zij formuleerden daarop meestal een redelijk beknopt antwoord. Uit de antwoorden kwamen verschillende thema's naar voren. Box 3.2 toont hierbij ter illustratie enkele quotes per thema.

Grote emotionele gevolgen

De grootste groep naasten (77%) gaf aan dat de wachttijden emotionele gevolgen voor henzelf had (gehad). Zij gaven vaak aan dat zij de wachtende patiënt tijdens de wachttijd achteruit zagen gaan. Dit samen met de onzekerheid over welke zorg passend was en wanneer deze beschikbaar zou zijn gaf veel zorgen, stress en negatieve emoties. Naasten hadden het bijvoorbeeld over: 'onrust', 'angst', 'een machteloos gevoel', 'frustratie', 'onveiligheid', 'wanhoop', 'uitzichtsloosheid', 'paniek' en 'verdriet'. Zij voelden zich hierin soms ook alleen staan en in de steek gelaten door de zorg.

Bieden van ondersteuning aan wachtenden

Naasten geven aan dat zij de wachtenden tijdens de wachttijd-ondersteuning boden (24% beschrijft dit in hun antwoord). Dit deden zij bijvoorbeeld door het bieden van emotionele steun en een luisterend oor. Ook boden sommige naasten hun wachtende tijdelijk onderdak tijdens de wachttijd. Daarnaast probeerden zij de juiste zorg of ondersteuning te regelen voor hun naaste. Sommigen ervoeren angst dat de motivatie voor behandeling bij hun naaste verloren zou gaan. Zij probeerden hen dan toch te blijven motiveren en moed en hoop te geven. Uit de antwoorden bleek ook wel dat de naasten zich regelmatig tekort voelden schieten in de ondersteuning die zij gaven aan hun naasten. Zij waren dan onzeker of ze wel het juiste deden en gaven aan dat ze geen professionele hulpverlener waren of konden of wilden zijn.

Impact op relatie, gezin, werk of financiële situatie

Sommige naasten (22%) beschreven de impact van de wachttijd op hun relatie, gezin, werk of financiële situatie. Zij ervoeren dan niet alleen zelf impact van de wachttijd, maar zagen dat dit in het hele gezin en dus ook bij andere naasten, bijvoorbeeld bij broers of zussen van de patiënt, leidde tot stress, onrust en soms psychische klachten. Bij sommige deelnemende naasten werd de relatie met de patiënt verbroken tijdens de wachttijd. Andere naasten beschreven de impact van de wachttijd op

hun werk of financiële situatie, bijvoorbeeld door een verminderd concentratievermogen, vrije dagen opnemen voor mantelzorg (en daardoor geen vakantie meer hebben) of zelfs uitval of verlies van werk door overbelasting.

Slechtere mentale gezondheid

Soms waren de gevolgen van de wachttijden zo groot dat zij impact hadden op de mentale gezondheid van naasten. Dit beschreef 14% van de naasten in hun antwoord. Zij hadden het dan over overbelasting, overspanning, burn-out, slaapproblemen of depressie. Soms maakten zij daarvoor gebruik van professionele ondersteuning.

Omvang van de impact

Een deel van de antwoorden van naasten (31%) over de impact van de ggz-wachttijden bevatte naast een inhoudelijke beschrijving ook expliciet (herhaalde) termen die de omvang van de negatieve impact beschreven, zoals: '(heel) erg', 'destructief', 'enorm', 'heftig' of 'groot'.

Weinig of geen impact

Slechts twee naasten (2%) gaven aan dat de wachttijd op henzelf geen of weinig impact heeft gehad, maar wel of vooral op de wachtende zelf.

Box 3.2 Quotes van naasten over de impact van de wachttijd

Vraag: welke impact heeft of had de wachttijd op jou als naaste?

Emotionele gevolgen

"Wanhoop. Je kind zie je achteruitgaan. Je wil helpen, maar mijn hulp is niet afdoende en.... wil ze ook niet. De paniek. De wachttijden zijn echt te lang." (ouder / verzorger, vrouw, 53 jaar, wachttijd onbekend)

"Als je zoon na een zelfmoordpoging op een wachtlijst van 10 maanden geplaatst wordt ben je bang dat hij het in die tijd nog een keer doet en dat het dan lukt." (ouder / verzorger, vrouw, 69 jaar, wachttijd onbekend)

Bieden van ondersteuning aan wachtenden

"Een grote impact, omdat de gezondheid ernstig achteruit ging en de zorg voor onze rekening kwam. Emotioneel was het zwaar, daarnaast veel en vaak vrij van werk moeten nemen voor de zorg. Waardoor er weinig vrije dagen over bleven om uit te rusten van werk. In het gezin op de andere 'brussen' kwam ook druk te liggen. De anderen kregen beduidend minder aandacht. Dit in combinatie met de druk die op het gezin lag maakte dat de andere twee nu zelf op de wachtlijst staan voor hulp." (ouder / verzorger, vrouw, 62 jaar, wachttijd onbekend)

Impact op relatie, gezin, werk of financiën

"We zijn er als gezin letterlijk aan onderdoor gegaan dat we niet op tijd passende ondersteuning kregen. Ondertussen krijgt onze zoon passende behandeling en hebben we weer meer rust." (ouder / verzorger, vrouw, 40 jaar, wachttijd onbekend)

"Gevoel van machteloosheid, uitzichtloosheid en frustratie. Niet weten hoe ik mijn partner kan helpen was frustrerend. De hele situatie zorgde voor slapeloze nachten, spanningen tussen

partner en mij, een kort lontje en verminderde concentratie op werk.” (partner of ex-partner, vrouw, 35 jaar, wachttijd onbekend)

“Mijn naaste kreeg door de mentale klachten ruzie met veel andere naasten en heeft toen veel glazen ingegooid. Is o.a. door de ouders uit huis gezet en kwam toen tijdelijk bij mij terecht. Dat was bedoeld voor een aantal dagen, maar het werd meer dan een half jaar. Door haar klachten kon ik amper nog van huis, omdat de bejaarde burens anders haar paniek aanvallen moesten oplossen. Bijvoorbeeld ambulance bellen omdat het watje van het wattenstaafje in het oor was gekomen. Uiteindelijk moest ik vanwege de overlast van woedeaanvallen voor de burens met haar in een hotel bivakkeren, op verzoek van het crisisteam dat bang was dat ze suïcidaal zou worden als ik haar noodgedwongen op straat had gezet. Ik ben er behoorlijk door in de financiële problemen gekomen.” (buddy / mentor, vrouw, 61 jaar, wachttijd onbekend)

Verslechterde mentale gezondheid

“Grote impact. Omdat mijn zoon door zijn psychische problemen weer thuis is komen wonen en de (mantel)zorg voor een groot deel op mij neer kwam, ben ik in een (caregiver) burn-out terecht gekomen.” (ouder / verzorger, vrouw, 60 jaar, wachttijd 200 weken)

Weinig of geen impact

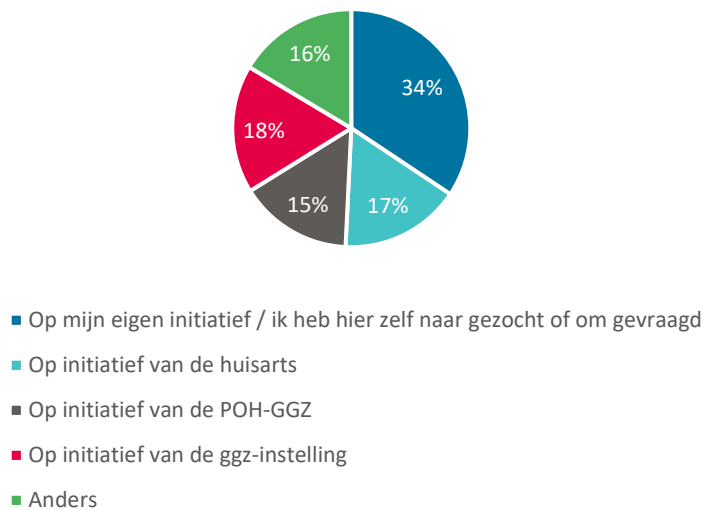
“Op mij niet zoveel, in de zin dat ik er niet veel last van had. We moeten onze zoon alleen wel regelmatig kalmeren als hij weer stress of angst heeft en wij voelen ons daar soms wel machteloos en ontoereikend in.” (ouder / verzorger, vrouw, 44 jaar, wachttijd 5 weken)

3.4 Ervaringen van patiënten met overbruggingszorg

Ruim de helft van de deelnemende patiënten (n=175; 55%) maakte tijdens de ggz-wachttijd geen gebruik van een vorm van overbruggingszorg³⁴. Iets minder dan de helft (n=146; 45%) deed dat dus wel. Soms gebeurde dit op hun eigen initiatief (34%), maar vaker op initiatief van een professional uit ggz of huisartsenzorg (zie Figuur 3.3).

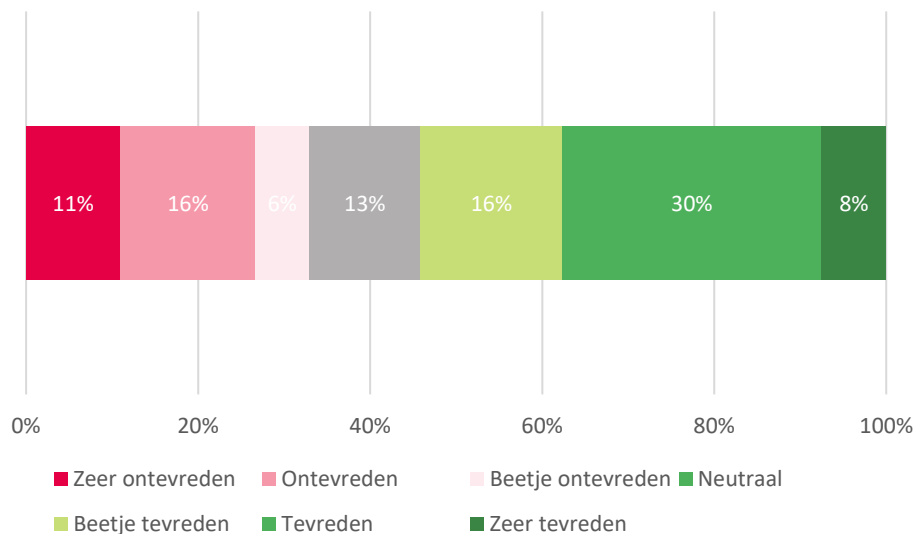
³⁴ Zie hoofdstuk 1 voor de gebruikte definitie van overbruggingszorg.

Figuur 3.3 Route naar overbruggingszorg onder patiënten (n=146)



De mate van tevredenheid met de ontvangen overbruggingszorg varieerde (zie Figuur 3.4). Van alle respondenten was 54% een beetje tevreden, tevreden of zeer tevreden. Aan de andere kant was 43% een beetje ontevreden, ontevreden of zeer ontevreden. De rest (13%) was neutraal.

Figuur 3.4 Tevredenheid over overbruggingszorg onder patiënten (n=146)



Gevraagd naar van welke vormen van overbruggingszorg patiënten gebruik maakten tijdens de wachttijd (zie Figuur 3.5) bleek dit vooral te gaan om: steun van naasten³⁵ (88% van de patiënten die een vorm van overbruggingszorg gebruikten), gesprek(ken) met de huisarts (64%), medicatie (63%), gesprek(ken) met de POH-GGZ (54%) of gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via

³⁵ Officieel valt steun van naasten niet onder de door ons gebruikte definitie van overbruggingszorg (zie hoofdstuk 1). Desondanks hebben wij deze vorm van ondersteuning toch uitgevraagd, ook om inzicht te krijgen in de mogelijke belasting van naasten.

de ggz³⁶ (44%). Het minst vaak maakten patiënten gebruik van gesprek(ken) met een welzijnscoach (3%) of een online groepscursus (6%).

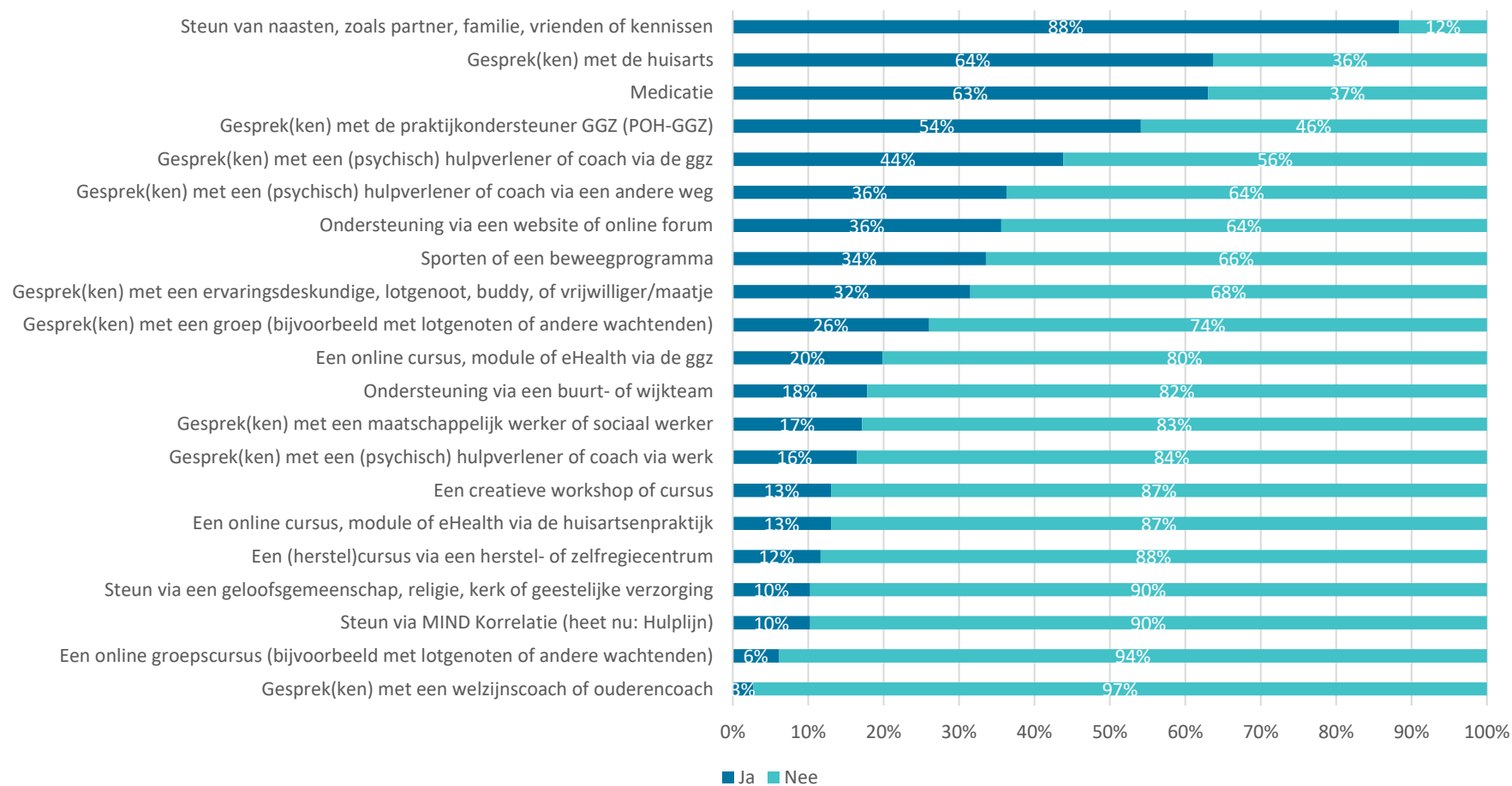
Patiënten is ook gevraagd hoe tevreden zij waren over de gebruikte vorm(en) van overbruggingszorg (zie Figuur 3.6). Bij de meeste voorgelegde vormen van overbruggingszorg waren er zowel tevreden als ontevreden respondenten. Wanneer zij gebruik hebben gemaakt van een bepaalde vorm van ondersteuning zijn de respondenten het vaakst tevreden over: gesprek(ken) met een maatschappelijk werker of sociaal werker (88% is een beetje tevreden, tevreden of zeer tevreden), gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via een andere weg (87% is een beetje tevreden, tevreden of zeer tevreden) en sporten of een beweegprogramma (83% is een beetje tevreden, tevreden of zeer tevreden). De deelnemende patiënten zijn vaakst ontevreden over: een online cursus, module of eHealth via de ggz (56% is een beetje ontevreden, ontevreden of zeer ontevreden), een online cursus, module of eHealth via de huisartsenpraktijk (38% is een beetje ontevreden, ontevreden of zeer ontevreden) of gesprek(ken) met de POH-GGZ (37% is een beetje ontevreden, ontevreden of zeer ontevreden).

Via exploratieve analyses³⁷ is voor de top vijf uit Figuur 3.1 (zie paragraaf 3.2) in kaart gebracht of de mate waarin respondenten de negatieve gevolgen van de ggz-wachttijden herkenden samenhang met of men al dan niet overbruggingszorg had ontvangen, en of men al dan niet tevreden was over de ontvangen overbruggingszorg. Dit bleek niet het geval; patiënten die wel of niet overbruggingszorg hadden ontvangen (en ongeacht of zij hier tevreden over waren of niet) ervoeren als gevolg van de ggz-wachttijden dus even vaak emotionele gevolgen, een wachtstand, onzekerheid over zichzelf, een toename van psychische klachten en te weinig controle of regie.

³⁶ Afgaand op de toelichtingen bij de open vragen lijkt het hier bijvoorbeeld om een eerdere behandelaar te gaan die heeft doorverwezen naar meer gespecialiseerde zorg, maar ter overbrugging toch de patiënt blijft begeleiden.

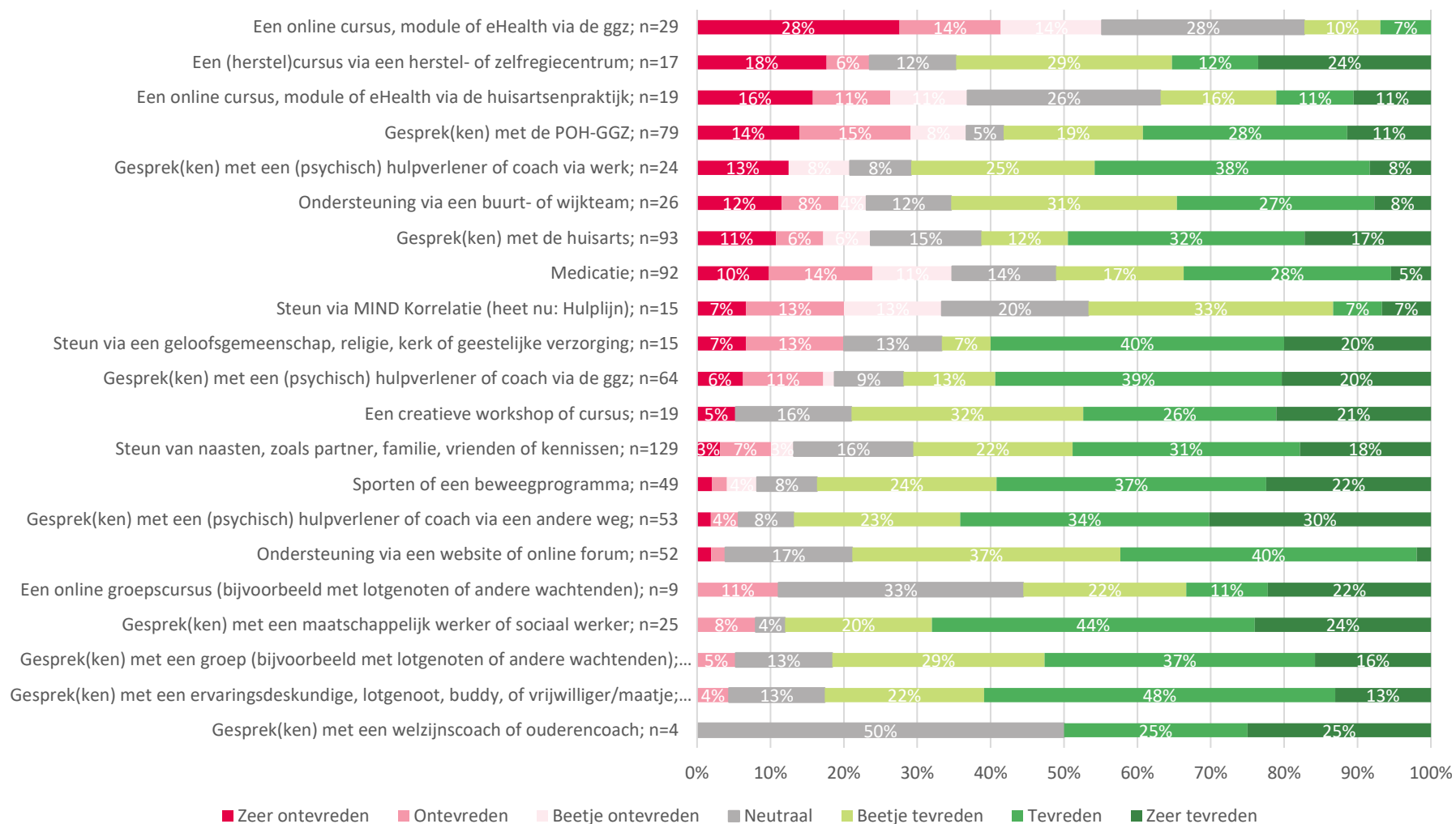
³⁷ Getoetst met tweezijdige chikwadraattoetsen met afkappunt voor een significante p-waarde van 0,05.

Figuur 3.5 Gebruikte vormen van overbruggingszorg onder patiënten (n=146)



Noot bij Figuur 3.5: officieel valt steun van naasten niet onder de door ons gebruikte definitie van overbruggingszorg. Desondanks hebben wij deze vorm van ondersteuning toch uitgevraagd, ook om inzicht te krijgen in de mogelijke belasting van naasten. Omgerekend naar alle patiënten die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek (n=321) maakte wat de 'top 5' uit de figuur betreft in totaal 40% gebruik van steun van naasten, 29% van gesprek(ken) met de huisarts, 25% van medicatie, 25% van gesprek(ken) met de POH-GGZ en 25% van gesprek(ken) met een ggz-professional.

Figuur 3.6 Tevredenheid met verschillende vormen van overbruggingszorg onder patiënten



Noot bij Tabel 3.6: gerapporteerde tevredenheid over vormen van ondersteuning die slechts door een klein aantal respondenten zijn gebruikt moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Tevreden over ondersteuning tijdens wachttijd

Op de open vraag waar zij het meest tevreden over waren of hadden het meest aan hadden gehad qua ondersteuning tijdens de wachttijd noemden patiënten meestal óf een specifieke professional óf emotionele steun in het algemeen. Ook noemden zij nog diverse andere onderwerpen. Deze thema's worden hieronder toegelicht, in volgorde van meest vaak genoemd naar minst vaak genoemd. Box 3.3 toont ter illustratie verschillende quotes van patiënten per thema.

Specifieke professional

Patiënten waren het vaakst tevreden over of hadden het meest gehad aan een gesprekken met of ondersteuning van een specifieke professional. Dit werd door 17% van de patiënten benoemd. De volgende professionals werden genoemd:

- Een zorgverlener uit de huisartsenpraktijk: POH-GGZ of huisarts;
- Een psychisch hulpverlener: psychiatrisch verpleegkundige, huidige behandelaar, verwijzende instelling, lichaamsgerichte³⁸ therapeut, therapeut in het algemeen, psycholoog, regiebehandelaar, psychiater, arbeidscoach, coach via de werkgever, Intensieve Behandeling Thuis (IBT), behandelaar via het alternatieve circuit, BuurtzorgT of crisisdienst;
- Ondersteuning via de gemeente: ondersteuning thuis, ambulante begeleiding, externe begeleider via de Wmo, ondersteuner van MEE, woonbegeleider, sociale zorg van de gemeente, hulp in het gezin;
- Masseur (één keer genoemd).

Emotionele steun

Respondenten waren ook tevreden over of hadden het meest gehad aan de emotionele steun die zij hadden ontvangen tijdens de wachttijd. Dit werd door 13% van de patiënten benoemd. Zij noemden dan bijvoorbeeld: 'aandacht', 'een luisterend oor', 'er niet alleen voor staan', 'mijn verhaal kunnen doen', 'gezien worden', 'menselijkheid', kunnen 'ventileren', 'een warme omgeving', of 'begrip'.

Overige onderwerpen

Enkele patiënten noemden de volgende zaken waar zij het meest tevreden over waren of het meest aan hadden gehad qua ondersteuning tijdens de wachttijd (in volgorde van meest genoemd naar minst genoemd):

- Praktische hulp en oplossingen: kijken naar wat nodig was om de wachttijd zo goed mogelijk door te komen, leren omgaan met klachten of stress, emotieregulatie oefeningen, hulp met zoeken naar de juiste verwijzing;
- Lotgenotencontact of zelfregie- of herstelcentra;
- EHealth of website, bijvoorbeeld een online cursus, 113 Zelfmoordpreventie of online therapie;
- Medicatie, bijvoorbeeld een nieuw voorschrift, een verhoging van de dosis of extra medicatie;
- De mogelijkheid of afspraak om contact op te nemen als dat nodig was;
- Niets;
- De toegankelijkheid van de ondersteuning, bijvoorbeeld dat de respondent in ieder geval ergens terecht kon, ergens snel terecht kon of dat iemand op huisbezoek kon komen;
- Monitoring, vinger-aan-de-pols gesprekken;

³⁸ Een holistische vorm van therapie, waarbij het lichaam centraal staat en uitgegaan wordt van een wisselwerking tussen lichaam en geest. Zie voor meer uitleg bijvoorbeeld: www.afkickkliniekwijzer.nl/behandelmethoden/lichaamsgerichte-therapie

- Duidelijkheid over het vervolg van het traject in de ggz;
- Een signaleringsplan;
- Een Wellness Recovery Action Plan (WRAP)³⁹;
- Sondevoeding;
- Steun van naasten;
- Een beschermde woonvorm;
- Een wachtlijstgroep via de ggz;
- Een huisdier.

Box 3.3 Quotes van patiënten over overbruggingszorg (positief)

Vraag: waar ben je (vooral) tevreden over, of waar heb je het meest aan gehad qua ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd?

Specifieke professional

“De tussentijdse gesprekken met de POH-GGZ gaven mij de mogelijkheid toch een klein beetje mijn verhaal te kunnen doen en het gevoel dat ik er niet helemaal alleen voor stond. Daarnaast al het een en ander over trauma kunnen leren door middel van eHealth.” (patiënt, vrouw, 28 jaar, wachttijd 52 weken)

“Gelukkig had ik al een arbeidscoach die mij door de zwaarste periode heen heeft gesleept, en nu tijdens de wachttijd nog.” (patiënt, vrouw, 42 jaar, wachttijd 20 weken)

“Draagkracht en flexibiliteit huisarts in wachttijd.” (patiënt, vrouw, 53 jaar, wachttijd 1 week)

“Tussendoor had ik mail contact met mijn verpleegkundig specialist van een andere instelling en dat heeft mij heel goed geholpen gedurende de wachttijd. Ik ben altijd goed geholpen en de wachttijd was voor mij gemiddeld 10-20 weken, diverse instellingen. Ik heb een wachtlijst groep gehad, ondersteuning van POH-GGZ, wijkteam en verpleegkundig specialist, waar ik een goede band mee had.” (patiënt, vrouw, 39 jaar, wachttijd 10 weken)

“Vanuit een gedwongen opname ben ik perfect begeleid tijdens de wachttijd door psychiater, psycholoog en thuis ondersteuning. Hierdoor is het gelukt om geen grote terugvallen te hoeven ervaren. Ik vraag me soms af of het wachten op de behandeling mij misschien zelfs geholpen heeft. Ik kwam vanuit een diepe crisis waarbij ik volledig het overzicht en de controle was kwijtgeraakt. Tijdens de wachttijd heeft de ondersteuning me geholpen tot rust te komen en uit de crisis te geraken. Dat had tijd nodig. Met de uiteindelijke diagnose van autisme kon ik echt aan de slag met een start uit rust en niet in crisis zijn. Daardoor denk ik dat de behandeling en begeleiding die ik nu krijg beter werkt. Daarbij is wel de vereiste dat er goede ondersteuning is.”

³⁹ WRAP is een zelfhulpinstrument om het eigen welbevinden te onderzoeken en te verbeteren. Zie ook: trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/herstelondersteunende-zorg/hee-herstel-empowerment-en-ervaringsdeskundigheid/wrap/

Helemaal alleen had ik het nooit gered de wachttijd te overbruggen.” (patiënt, man, 55 jaar, wachttijd 26 weken)

“Ik ben gelukkig nog bij mijn oude psycholoog welkom. Dit lost niks structureel op, maar gelukkig gaat het door de zomer en ziek melden nu beter. Ik ben dankbaar voor het hele team dat mij heeft opgevangen tijdens mijn moeilijke periode. Samen hebben ze overlegd en kon ik 1 á 2 keer per week bij ze terecht en via WhatsApp contact als dat nodig was. Het helpt niet met het structureel voorkomen. Maar heeft mij wel op de been gehouden.” (patiënt, vrouw, 27 jaar, wachttijd 10 weken)

“Ik heb geluk dat ik nu bij een ongecontracteerde, goede psycholoog zit. Dit zijn fijne mensen die mij echt goed hebben kunnen helpen.” (patiënt, vrouw, 27 jaar, wachttijd 10 weken)

Emotionele steun

“Emotionele steun.” (patiënt, man, 39 jaar, wachttijd 25 weken)

“De POH-er zelf is nog de grootste hulp geweest. Haar menselijkheid en begrip heeft mij staande gehouden. Meedenken in oplossingen en begrip. Me gezien voelen. Erkenning.” (patiënt, vrouw, 57 jaar, wachttijd 16 weken)

Overig

“Het meest had ik aan het zelf gevonden lotgenotencontact en de door mij zelf gevonden en betaalde lichaamsgerichte therapie.” (patiënt, vrouw, 40 jaar, wachttijd 36 weken)

“Face-to-face via werkgever: dat je kon delen waar je tegenaan liep, een luisterend oor. Ook wel wat praktische oefeningen gekregen. Online persoonlijk ontwikkeltraject op eigen initiatief: het gaf houvast dat ik wel iets deed en wat interessante informatie gekregen.” (patiënt, vrouw, 34 jaar, wachttijd 8 weken)

“Ik heb een signaleringsplan en oxazepam voor in crisis.” (patiënt, non-binair, 28 jaar, wachttijd onbekend)

“Dat ze met mij was terwijl ik de pijn van vroeger doorvoelde. Het ging om behandeling in het alternatieve circuit. Mega waardevol maar helaas op lange termijn onbetaalbaar.” (patiënt, vrouw, 42 jaar, wachttijd 17 weken)

“Dit hield ik met name vol door extra medicatie.” (patiënt, vrouw, 34 jaar, 12 weken wachttijd)

“Niets.” (patiënt, vrouw, 56 jaar, wachttijd onbekend)

“Huisartsen zouden meer informatie kunnen geven over alternatieve zorg en/of vaktherapie. Daar zijn veel minder wachlijsten, of in ieder geval korter. Dit betekent wel dat ze zich daar zelf ook in moeten verdiepen. Ook zelfregie- en herstelcentra zouden standaard aan bod moeten komen bij gesprek met een huisarts. Want het belangrijkste wat mij overeind heeft gehouden is dat ik nog steun had. Als ik dat niet had gehad, dan had ik me waarschijnlijk heel veel slechter gevoeld, misschien zelfs tot crisis aan toe. Dus tijdens de overbruggingsperiode is steun (en dus niet alleen zijn) heel erg belangrijk!” (patiënt, vrouw, 43 jaar, 20 weken wachttijd)

Ontevreden over ondersteuning tijdens wachttijd

Op de open vraag waar patiënten het meest ontevreden over waren of het minst aan hadden gehad qua ondersteuning tijdens de wachttijd noemden zij het vaakst een gebrek aan expertise, deskundigheid of kennis bij professionals in het algemeen. Daarnaast noemden zij het tekortschieten van een specifieke professional, de slechte toegankelijkheid van ondersteuning, de moeite die het hen kostte om zelf de kar te moeten trekken, de onduidelijkheid over het vervolg van het ggz-traject, eHealth, of een overig onderwerp. Deze thema's worden hieronder toegelicht, in volgorde van vaakst genoemd naar minst vaak genoemd. Box 3.4 toont ter illustratie verschillende quotes van patiënten per thema.

Gebrek aan expertise bij de professional

Patiënten waren het vaakst ontevreden over een gebrek aan expertise, kennis, deskundigheid, opleiding of specialisatie bij de professional die hen ondersteunde. Dit werd door 25% van de patiënten genoemd. Zij noemen dan bijvoorbeeld dat de ondersteuning diepgang miste, te oppervlakkig was, niet specifiek of toegespitst genoeg was qua behandeling, alleen symptoombestrijding was, alleen monitoren of pappen en nathouden was of dat er bij de professional geen of onvoldoende ervaring was met psychiatrie. Zij leerden dan niets van de ondersteuning, hadden er geen baat bij of onvoldoende aan, wisten soms zelf meer dan de professional of ondervonden soms zelfs schade door de ondersteuning. Soms gaven zij ook specifieke voorbeelden van een gebrek aan kennis, bijvoorbeeld onvoldoende kennis over trauma, dissociatie, genderdysforie of autisme. Patiënten gaven ook soms aan ontevreden zijn over een specifieke professional, meestal de POH-GGZ. Zij voelden zich dan niet begrepen, vonden de POH-GGZ incompetent of met onvoldoende of een te algemene kennis van zaken. Soms had de POH-GGZ zelf aangegeven niets voor de patiënt te kunnen betekenen. Enkele respondenten noemden ook de psychiater waarover zij ontevreden waren, bijvoorbeeld omdat zij zich door deze niet prettig bejegend voelden.

Slechte toegankelijkheid van de ondersteuning

Ontevreden waren sommige respondenten (11%) ook over de toegankelijkheid van de ondersteuning tijdens het wachten. Zo hadden zij soms bijvoorbeeld een wachttijd voor een eerste gesprek bij de POH-GGZ, of zat er volgens hen teveel tijd tussen de gesprekken bij de POH-GGZ (bijvoorbeeld 3 of 4 weken). Bij een enkele respondent kwam de wachttijd-ondersteuning te laat op gang, pas nadat zij in crisis was geraakt. Anderen gaven aan helemaal geen aanbod voor wachttijd-ondersteuning vanuit een professional te hebben gekregen. Dan was daar men door niemand op gewezen, wist men niet dat er überhaupt iets als overbruggingszorg bestond, of kwam men daar ondanks zelf vragen niet voor in aanmerking (bijvoorbeeld omdat daar geen 'indicatie' voor zou zijn). Sommige respondenten schakelden zelf overbruggingszorg in (vaak een zelfstandig werkende therapeut) en betaalden daarvoor en waren ontevreden over de kosten die zij daarvoor hebben moeten maken.

Onduidelijkheid, continuïteit en kartrekkersrol

Sommige patiënten (10%) uitten ontevredenheid over het 'van het kastje naar de muur' gestuurd worden, nieuwe verwijzingen binnen de ggz, en veel wisselingen qua zorgverleners, ook tijdens de wachttijd-ondersteuning. Dit laatste deed vooral geen goed bij respondenten die aangaven moeite te hebben met vertrouwen of hechting, bijvoorbeeld doordat zij getraumatiseerd waren. Patiënten waren soms ook ontevreden over de ervaring dat zij tijdens het wachten overal zelf achteraan moesten en daarbij geen ondersteuning kregen. Vanuit de ggz werd de informatievoorziening en bereikbaarheid als slecht ervaren, was er geen ondersteuning geregeld voor tijdens het wachten en hierdoor voelden patiënten zich aan hun lot overgelaten tijdens het wachten. Dat daarin door niemand werd meegedacht en er geen initiatief wordt genomen vanuit de zorg ervoeren patiënten

als een gebrek. Wat hierin ook mee speelt is dat ze ontevreden waren over de uitzichtloosheid van hun situatie en de onzekerheid over het vervolg van hun traject.

EHealth

Sommige patiënten (4%) waren kritisch over de eHealth die zij ontvingen als ondersteuning tijdens het wachten, meestal een online module (een enkeling kreeg online therapie). Zij vonden de inhoud hiervan dan te basaal, oud nieuws, zinloos of te standaard. Bij anderen deed de eHealth (op dat moment) een te groot beroep op hun zelfredzaamheid, bijvoorbeeld doordat zij oefeningen moesten doen waarvoor zij de motivatie niet konden opbrengen, of doordat zij zelf een module moesten kiezen uit een groot aanbod en geen idee hadden welke te kiezen.

Overige onderwerpen

Enkele respondenten noemden de volgende zaken waar zij het meest ontevreden over waren of het minst aan hadden gehad tijdens de wachttijd (in volgorde van meest genoemd naar minst genoemd):

- De ondersteuning was te weinig qua intensiteit of kwantiteit, bijvoorbeeld maar een paar korte gesprekken van tien minuten, of een te kortdurend traject;
- Het voorstel om medicatie te gaan gebruiken (dat wilde men dan juist niet);
- Ontevreden over 'alles';
- Consulten überhaupt 'overbrugging' willen noemen;
- Een zelfregiecentrum;
- Een gebrek aan (de juiste) diagnose tijdens het wachten;
- De overbruggingsperiode is veel te lang.

Box 3.4 Quotes van patiënten over overbruggingszorg (negatief)

Vraag: waar ben je (vooral) ontevreden over, of waar heb je het minst aan gehad qua ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd?

Gebrek aan expertise bij de professional

"Het blijft toch wachten op de behandeling. Gesprekken missen diepgang. Valt telkens in herhaling. De begeleider mist de juiste expertise. Tegenstrijdige adviezen." (patiënt, vrouw, 33 jaar, wachttijd 40 weken)

"De enige ondersteuning die ik vanuit de ggz kreeg was het advies om naar een POH-GGZ te gaan en ik kreeg eHealth. Beide waren niet voldoende, omdat ik beide trajecten al eerder had gehad en dit nu niet aansloot op mijn klachten." (patiënt, vrouw, 35 jaar, wachttijd onbekend)

"Het lost niks op, beetje alsof je een gebroken been hebt: leuk dat jij erover mag praten, maar je hebt nog steeds dat gebroken been." (patiënt, man, 39 jaar, wachttijd 25 weken)

"Ggz-ondersteuning is niet te vervangen door een niet gespecialiseerde ggz-verpleegkundige bij de huisartsenpost die normaal gesproken de kleine ggz-akkefietjes begeleidt." (patiënt, vrouw, 62 jaar, wachttijd 172 weken)

"Geen geschikte begeleiding. Praktijkondersteuners zijn er veelal voor algemene klachten en als je iemand treft zonder verstand van zaken, doet het meer kwaad dan goed. Zoals je meteen aan de medicatie proberen te krijgen, in mijn geval." (patiënt, vrouw, 39 jaar, wachttijd 60 weken)

“Mijn huisarts kan echt niets met psychische klachten, de assistente vond dat ik agressief was omdat ik huilend aan de telefoon om hulp vroeg, de crisisdienst is niets waard, geeft twee Lorazepam en gaat weer weg.” (patiënt, vrouw, 55 jaar, wachttijd 32 weken)

“Geen enkele hulp om symptomen beter te maken. Slechts managen dat ik niet in (erge) crisis kom.” (patiënt, non-binair, 28 jaar, wachttijd onbekend)

“Dat er geen passende intensieve hulp is en daardoor je op de huisarts aangewezen bent.” (patiënt, vrouw, 32 jaar, wachttijd 30 weken)

“Overbruggingszorg klinkt leuk, maar het pakt het probleem niet aan, beter investeren in iets wat echt het probleem oplost.” (patiënt, man, 39 jaar, wachttijd 25 weken)

Slechte toegankelijkheid van de ondersteuning

“Ik heb om overbrugging gevraagd op verschillende plekken, maar overal krijg ik te horen dat ik alle vaardigheden goed toepas en voldoende structuur in mijn leven hou en dus is er geen indicatie tot overbrugging of kan men geen overbrugging bieden, ondanks eventuele crisis.” (patiënt, vrouw, 43 jaar, wachttijd 40 weken)

“Het waren simpele telefoongesprekken van nog geen tien minuten, één keer per drie weken. Ik had veel meer hulp en ondersteuning nodig.” (patiënt, vrouw, 39 jaar, wachttijd onbekend)

“Huisarts stelde POH-GGZ voor, maar die had maar één keer in de maand tijd, om te beginnen over drie weken. Gast, dan ben ik al dood.” (patiënt, vrouw, 37 jaar, wachttijd 20 weken)

Onduidelijkheid, continuïteit en kartrekkersrol

“Als je zelf niet op zoek gaat naar ondersteuning tijdens de wachtperiode wordt je aan je lot overgelaten.” (patiënt, vrouw, 47 jaar, wachttijd onbekend)

“Ik moest overal zelf achteraan (bijvoorbeeld contact met een lotgenotengroep heb ik zelf bedacht en kwam niet van de POH), voelde me ook niet begrepen door de POH.” (patiënt, vrouw, 26 jaar, wachttijd 24 weken)

“POH heeft te weinig kennis van mijn persoonlijke situatie en problemen, begint weer helemaal bij nul, en dat opbouwen kost te veel tijd: toen was overbruggingstijd en sessies al weer voorbij.” (patiënt, vrouw, 58 jaar, wachttijd 18 weken)

“Het lastige is dat er veel aanbod is, maar sommige dingen zijn juist niet helpend. Omdat je zelf moet gaan zoeken en kiezen, of met behulp van iemand die niet gespecialiseerd is, kun je zomaar de verkeerde keuze maken, of iets totaal over het hoofd zien.” (patiënt, vrouw, 37 jaar, wachttijd 60 weken)

EHealth

“EHealth. Wat een verschrikking.” (patiënt, vrouw, 40 jaar, wachttijd 36 weken)

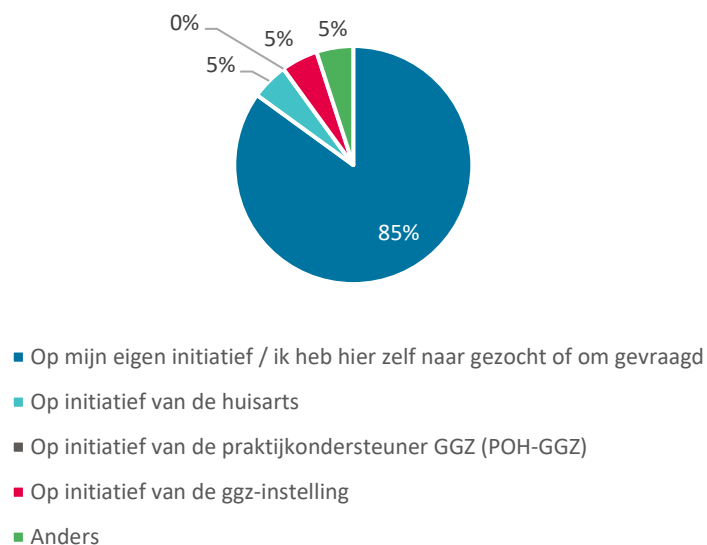
“Kreeg eHealth aangeboden. Dat is zo basis. Had ik niks aan. Geen nieuwe inzichten.” (patiënt, vrouw, 64 jaar, wachttijd 32 weken)

3.5 Ervaringen van naasten met ondersteuning tijdens de wachttijd

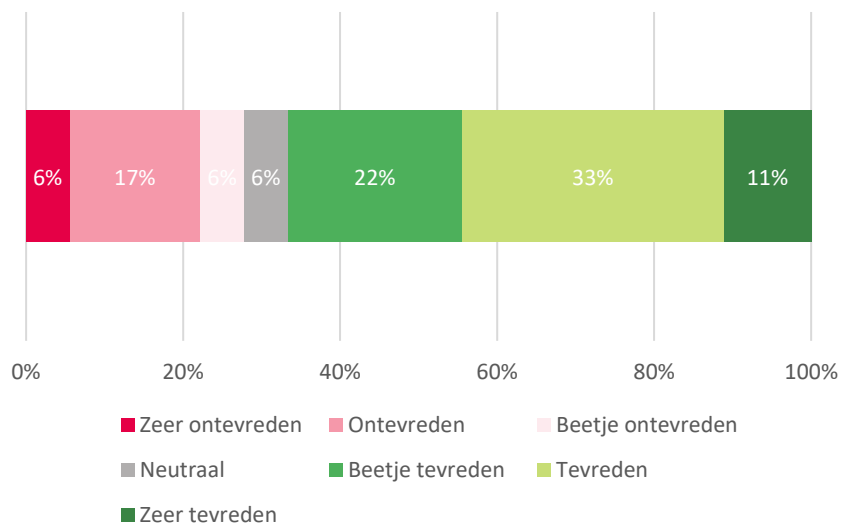
Driekwart (75%) van de deelnemende naasten gaf aan tijdens de ggz-wachttijd van hun naaste behoefte te hebben gehad aan ondersteuning; een kwart (25%) had deze behoefte niet. Een klein gedeelte van de naasten (22%) ontving ook daadwerkelijk ondersteuning; de meerderheid (78%) ontving geen ondersteuning. Als men ondersteuning ontving was dit meestal op eigen initiatief en niet op dat van een zorgverlener (zie Figuur 3.7). Twee-derde (66%) van de ondersteunde naasten was een beetje tevreden, tevreden of zeer tevreden over de ontvangen ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd (zie Figuur 3.8). Neutraal was 6% en 29% was een beetje ontevreden, ontevreden of zeer ontevreden over de ontvangen ondersteuning.

Figuur 3.9 toont een overzicht van vormen van ondersteuning waar naasten gebruik van hebben gemaakt tijdens de wachttijd. Het vaakst hebben zij gebruik gemaakt van: steun van naasten (83%), gesprek(ken) met de huisarts (78%), gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via de ggz (61%), gesprek(ken) met de POH-GGZ (50%) en gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via een andere weg (50%). Er is naasten ook gevraagd naar hun tevredenheid over de specifieke vormen van ondersteuning, maar vanwege de kleine aantallen respondenten per vorm van ondersteuning zijn die resultaten hier niet gepresenteerd.

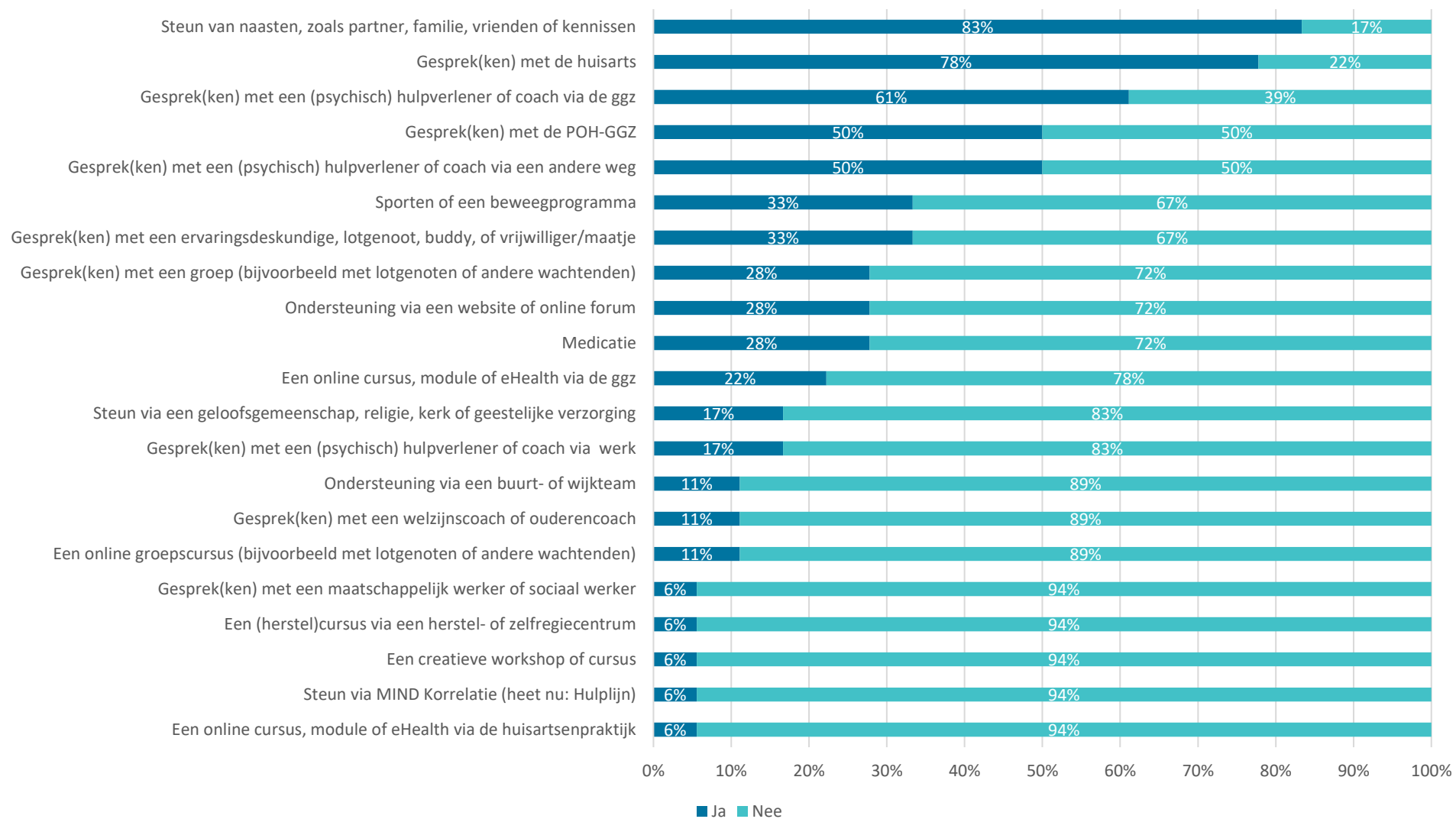
Figuur 3.7 Route naar ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd onder naasten (n=18)



Figuur 3.8 Tevredenheid over ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd onder naasten (n=18)



Figuur 3.9 Gebruikte vormen van ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd door naasten



3.6 Behoeftes aan ondersteuning onder naasten

We vroegen de naasten die aangaven zelf behoefte te hebben hadden (gehad) aan ondersteuning tijdens de wachttijd van hun naaste (75% van alle deelnemende naasten), waaraan zij dan behoefte hadden (gehad). Op deze open vraag antwoordden de respondenten dat zij vooral behoefte hadden (gehad) aan twee zaken, namelijk aan advies en emotionele steun. Box 3.5 toont bij deze twee thema's enkele illustratieve quotes.

Advies over omgaan met problematiek of praktisch advies

Naasten hadden vooral behoefte aan advies en tips over hoe om te gaan met de psychische problemen van hun naaste en over hoe hun naaste daarin zo goed mogelijk te ondersteunen tijdens het wachten. Dit werd door 40% genoemd. Zij wilden graag een mogelijkheid om daarover vragen te stellen. Daarnaast hadden zij behoefte aan proactieve communicatie vanuit de zorgverlener (bijvoorbeeld meer sturing door de huisarts of beter op de hoogte gehouden worden), informatie over (behandel)mogelijkheden, regelingen en vergoedingen, en hulp bij het uitzoeken hoe (zo snel mogelijk) de juiste hulp voor de wachtende te krijgen.

Emotionele steun

Sommige naasten (22%) hadden behoefte aan emotionele steun. Zij noemden dan 'een luisterend oor', 'hun ei kwijt kunnen', 'stoom afblazen', 'moed ingesproken krijgen', 'erkenning vinden' of 'te ervaren dat ze er niet alleen voor staan'.

Een specifieke professional of vorm van ondersteuning

Sommige naasten (19%) gaven aan behoefte te hebben (gehad) aan ondersteuning door een specifieke zorgverlener of een andere specifieke vorm van ondersteuning, zoals een coach, cursus, psycholoog, huisarts, gezinsondersteuning of lotgenotencontact.

Box 3.5 Quotes van naasten over behoeftes aan ondersteuning tijdens de wachttijd

Vraag: heb of had jij terwijl je naaste op een ggz-wachttijd stond zelf behoefte aan ondersteuning?

Advies over omgaan met problematiek of praktisch advies

"Ik zou graag weten hoe ik op mijn zoon moet reageren als hij veel stress of angst heeft en dit niet los kan laten, niet kan relativeren." (ouder / verzorger, vrouw, 44 jaar, wachttijd 5 weken)

"Hulp bij uitzoeken regelingen en ondersteuning proces." (ouder / verzorger, vrouw, 54 jaar, wachttijd onbekend)

"Als plots tot mantelzorgster gebombardeerd wist ik niet welke wegen te bewandelen." (ouder / verzorger, vrouw, 63 jaar, wachttijd 26 weken)

"Advies hoe degene beter te begeleiden in de wachtperiode." (vriend / vriendin, vrouw, 39 jaar, wachttijd onbekend)

Emotionele steun

“Soms zou het fijn zijn om zelf even te kunnen ‘spuien’, het opvangen van een kind met flinke problemen gaat niet echt vanzelf en trekt een flinke wissel op mijn leven.” (ouder / verzorger, vrouw, 56 jaar, wachttijd onbekend)

“Hulp, erkenning. Ik was partner, geen hulpverlener.” (partner / ex-partner, vrouw, 42 jaar, wachttijd 52 weken)

“Verwerking dagelijkse problemen.” (buddy / maatje, man, 62 jaar, wachttijd onbekend)

3.7 Overige opmerkingen van patiënten en naasten

Aan het einde van de vragenlijst was er ruimte voor laatste opmerkingen. Respondenten gaven hier soms nog een aanvulling op een antwoord uit een eerdere vraag⁴⁰. Verder kwamen hier nog de volgende onderwerpen aan bod:

- Respondenten uitten vooral veel kritiek op (de organisatie van) het huidige ggz-systeem, inclusief de duur van de wachttijden en de afwijzingen en nieuwe verwijzingen binnen de ggz. Sommige respondenten maakten zich zorgen dat de wachtlijstproblematiek niet beter wordt, maar juist erger.
- Ook uitten sommigen hun zorgen over de impact van de situatie op (extra) kwetsbare mensen, bijvoorbeeld die met beperkte gezondheidsvaardigheden, ernstige psychische problematiek of een klein sociaal netwerk.
- Er werd in sommige antwoorden een vergelijking met de somatische zorg gemaakt; dergelijke lange wachttijden zouden bij een gebroken ledemaat of kanker niet worden geaccepteerd.
- Er werd door respondenten voor diverse verbeteringen gepleit binnen de ggz, bijvoorbeeld: snellere intakes, vaker betrekken naasten, meer aandacht voor overbruggingszorg, betere informatievoorziening en communicatie naar patiënten of een mensgericht / menswaardige ggz.
- Er werden opmerkingen gemaakt over de vragenlijst of het onderzoek (bijvoorbeeld: goed dat dit gedaan wordt).

Box 3.6 toont enkele illustratieve quotes uit de overige opmerkingen van patiënten en naasten.

Box 3.6 Quotes van patiënten en naasten over de ggz en de wachttijden

Vraag: wil je verder nog iets kwijt over de ggz-wachttijden of ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd, of over deze vragenlijst?

“De ggz-wachtlijsten kosten mensenlevens. En maken maatschappelijk en op individueel niveau heel veel kapot wat niet zo erg kapot had hoeven gaan. Ook kosten ze de maatschappij heel veel geld doordat mensen onherstelbaar vastlopen en op den duur niet meer volwaardig kunnen

⁴⁰ Die zijn dan in de desbetreffende resultaten meegenomen.

meedoen in de maatschappij. Ook zorgen ze er volgens mij voor dat veel hulpverleners mensen met complexe problemen überhaupt niet meer in behandeling nemen, wat neerkomt op discriminatie op grond van psychische kwetsbaarheid. En waardoor de uiteindelijke kosten alleen maar hoger worden en psychische klachten heftiger.” (patiënt, vrouw, 50 jaar, wachttijd 28 weken)

“De lengte van de wachttijden is niet het primaire probleem wat mij betreft. De angst dat uiteindelijk, na lang wachten, blijkt dat je op de verkeerde wachtlijst staat is veel erger. Daarnaast is de informatievoorziening en vooral de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de instelling een zorg.” (patiënt, man, 54 jaar, wachttijd 100 weken)

“Het is een zootje in de ggz en ik houd mijn hart vast voor mensen met zware problematiek.” (patiënt, vrouw, 46 jaar, wachttijd 21 weken)

“Het verschilt heel erg hoe lang de wachtlijst is, hoe er tussendoor gecommuniceerd wordt en of er overbrugging is. De afgelopen twee jaar gelukkig wel goede ervaringen, maar dat waren wel specifieke behandelingen.” (patiënt, vrouw, 26 jaar, wachttijd 4 weken)

“De ggz-wachttijden zijn onacceptabel lang, maar wat ook echt een probleem is dat de meeste ggz-verwijzingen leiden tot afwijzing zelfs al voor je op een wachtlijst komt of ook maar iemand te spreken krijgt, in mijn geval negen keer.” (patiënt, vrouw, 47 jaar, wachttijd onbekend)

“Het sociaal domein gaat NIET de oplossing zijn voor alles, voor echte steun is het noodzakelijk dat mensen met een psychische kwetsbaarheid elkaar kunnen steunen. Dit moet mogelijk gemaakt worden. Mijn leven is buiten de psychische problemen gewoon goed. Interventies over geld of andere zaken zijn niet wat ik nodig heb. Ik heb gewoon zorg nodig uit de zorgverzekeringwet. Daar moeten investeringen heen.” (patiënt, non-binair, 37 jaar, wachttijd 22 weken)

“De wachttijden zijn te lang. Voor kanker sta ik ook geen half jaar op de wachtlijst. Daarnaast worden alle psychische klachten op één hoop gegooid, bijvoorbeeld depressie, ADHD en PTSS, terwijl niet alles hetzelfde is. Voor lichamelijke ziektes wordt wel onderscheid gemaakt, bijvoorbeeld kanker, Parkinson of een blindedarmontsteking.” (patiënt, vrouw, 54 jaar, wachttijd 26 weken)

“Ik vind het belachelijk, de lengte van de wachttijden. Er is sinds 1995, toen wij hier voor het eerst mee te maken kregen, NIETS, maar dan ook NIETS veranderd. Er zou direct na de aanmelding een korte intake moeten plaatsvinden, zodat er gekeken kan worden hoe lang een patiënt kan wachten op begeleiding. En tot die tijd moet er overbruggingszorg komen, als er geen contact kan worden opgenomen met de huidige begeleiding van de patiënt. Misschien kan die dan geïntensiveerd worden.” (ouder / verzorger, vrouw, 73 jaar, wachttijd 19 weken)

“Ik vind het onacceptabel dat je zo lang op een wachtlijst staat zonder dat je overbruggingszorg krijgt. Ik heb het wel aangegeven dat ik niet zo lang zonder hulpverlening kan, maar heb daar nooit echt antwoord op gekregen. Ook geen informatie van wat de verschillende opties zijn. Zou graag zien dat deze informatie transparanter is en ook altijd wordt aangeboden, zodat je weet waar je aan toe bent en je meer perspectief hebt.” (patiënt, vrouw, 32 jaar, wachttijd onbekend)

4 Resultaten vragenlijst professionals

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de vragenlijst onder POH's-GGZ, huisartsen en overige professionals. Het beschrijft de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg op hun werk en beschrijft hun ervaringen met overbruggingszorg.

4.1 Respons en achtergrondkenmerken

De vragenlijst werd ingevuld door in totaal 184 professionals. Het grootste gedeelte (n=175; 95%) was werkzaam in de huisartsenzorg; meestal als POH-GGZ (n=127; 69%) of als huisarts (n=48; 26%). Tabel 4.1 toont de achtergrondkenmerken van de deelnemende professionals. De respondenten waren meestal vrouw (n=141; 77%). De gemiddelde leeftijd van alle deelnemende professionals was 48,6 jaar (SD=10,0; mediaan=50; range 18 tot 67 jaar). Onder de huisartsen waren in verhouding veel respondenten met meer dan 15 jaar werkervaring, terwijl onder de deelnemende POH's-GGZ vooral veel respondenten waren met maximaal 5 of 10 jaar werkervaring.

Tabel 4.1 Achtergrondkenmerken van professionals uit het vragenlijstonderzoek

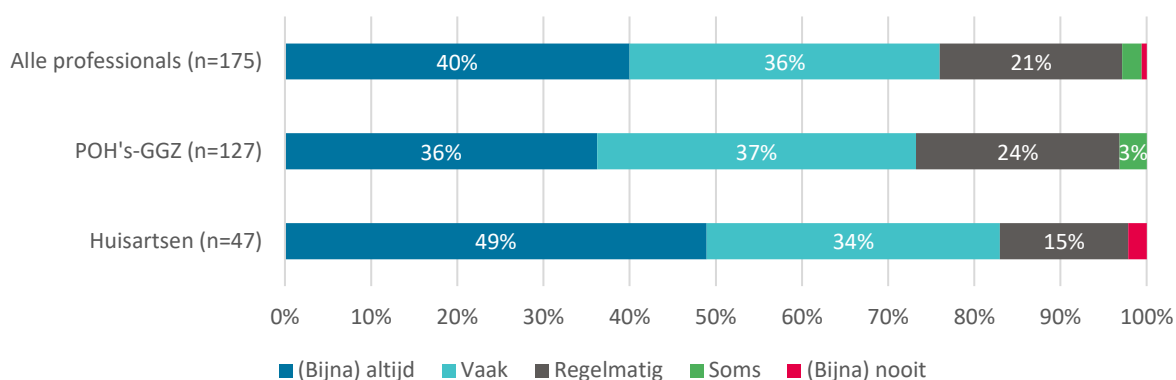
	Alle professionals (n=184)		Huisartsen (n=48)		POH's-GGZ (n=127)		Overige professionals (n=9)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gender								
Vrouw	141	77	38	79	98	77	5	56
Man	35	19	8	17	24	19	3	33
Non-binair of anders	3	2	1	2	1	1	1	11
Wil ik niet zeggen	5	3	1	2	4	3	0	0
Leeftijd								
18 t/m 35 jaar	16	9	3	6	11	9	2	22
35 t/m 45 jaar	50	27	16	33	32	25	2	22
45 t/m 55 jaar	57	31	19	40	36	28	2	22
55 t/m 65 jaar	56	30	10	21	45	35	1	11
65 jaar en ouder	5	3	0	0	3	2	2	22
Opleiding								
Huisarts	50	27	48	100	1	1	1	11
Psycholoog	34	18	0	0	32	25	2	22
Maatschappelijk werker	36	20	0	0	34	27	2	22
Verpleegkundige	35	19	0	0	35	28	0	0
POH-GGZ	98	53	0	0	98	77	0	0
Anders	39	21	2	4	32	25	5	56
Werkervaring								
0 t/m 5 jaar	52	28	4	8	45	35	3	33
5 t/m 10 jaar	52	28	7	15	42	33	0	0
10 t/m 15 jaar	36	20	7	15	29	23	3	33
Meer dan 15 jaar	44	24	30	63	11	9	3	33
Werkzaam binnen huisartsenzorg								
Ja	175	95	47	98	127	100	1	11
Nee	9	5	1	2	0	0	8	89

Noot bij Tabel 4.1: de ‘overige professionals’ waren meestal werkzaam buiten de huisartsenzorg, bijvoorbeeld als ggz-professional, adviseur of onderzoeker. De enige ‘overige professional’ die wel binnen de huisartsenzorg werkte was een verpleegkundig specialist ggz. De cijfers onder opleiding tellen op tot meer dan 100%, omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven. Onder ‘Anders’ bij opleiding werd door POH’s-GGZ bijvoorbeeld genoemd: sociaal psychiatrisch verpleegkundige, coach of therapeut. Twee huisartsen gaven hier aan de opleiding tot kaderhuisarts ggz te hebben gevolgd. Er is gevraagd naar werkervaring in de huidige functie, maar afgaand op de antwoorden lijken sommige POH’s-GGZ ook eerdere werkervaring in de ggz te hebben meegerekend (omdat deze verder terug gaat dan de termijn waarin de functie bestaat).

4.2 Ervaringen met overbruggingszorg

De deelnemende huisartsen en POH’s-GGZ gaven aan dat er binnen hun praktijk meestal (21%), vaak (40%) of (bijna) altijd (36%) overbruggingszorg wordt geboden aan patiënten die op een ggz-wachlijst staan (zie Figuur 4.1). Bij slechts 3% van alle respondenten gebeurde dit soms of nooit. Huisartsen gaven iets vaker aan dan POH’s-GGZ dat dit (bijna) altijd gebeurt (49% resp. 36%). POH’s-GGZ gaven iets vaker aan dat dit soms gebeurt dan huisartsen (24% resp. 15%).

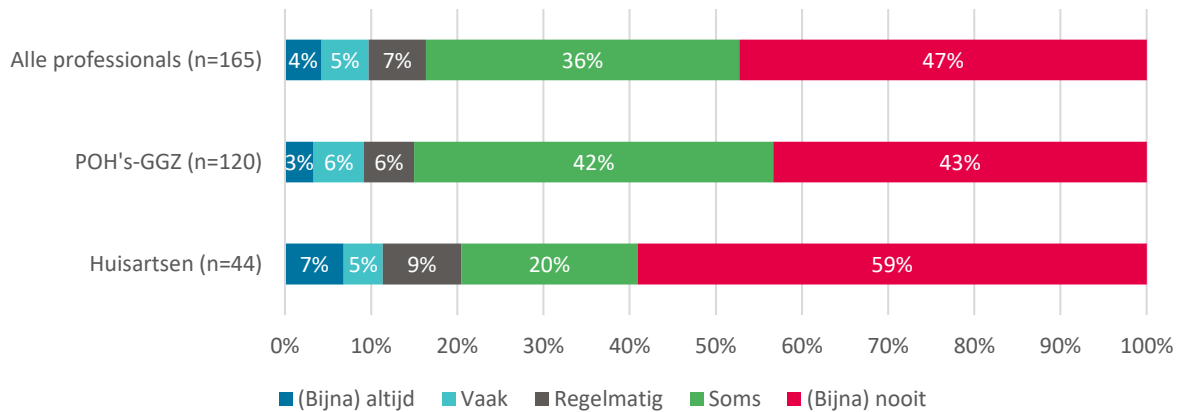
Figuur 4.1 Hoe vaak wordt overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk geleverd



Noot bij Figuur 4.1: vanwege de leesbaarheid van de figuren zijn percentages van 2% of lager in deze en andere figuren in dit hoofdstuk niet weergegeven.

De respondenten gaven daarnaast aan weinig te verwijzen naar vormen van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk (zie Figuur 4.2). Bij 47% van alle professionals gebeurde dit (bijna) nooit en bij 36% soms. Huisartsen gaven iets vaker dan POH’s-GGZ aan dat er (bijna) nooit werd verwezen naar vormen van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk; bij 59% van de huisartsen was dit (bijna) nooit en bij 43% van de POH’s-GGZ was dit (bijna) nooit.

Figuur 4.2 Hoe vaak wordt er verwezen naar overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk



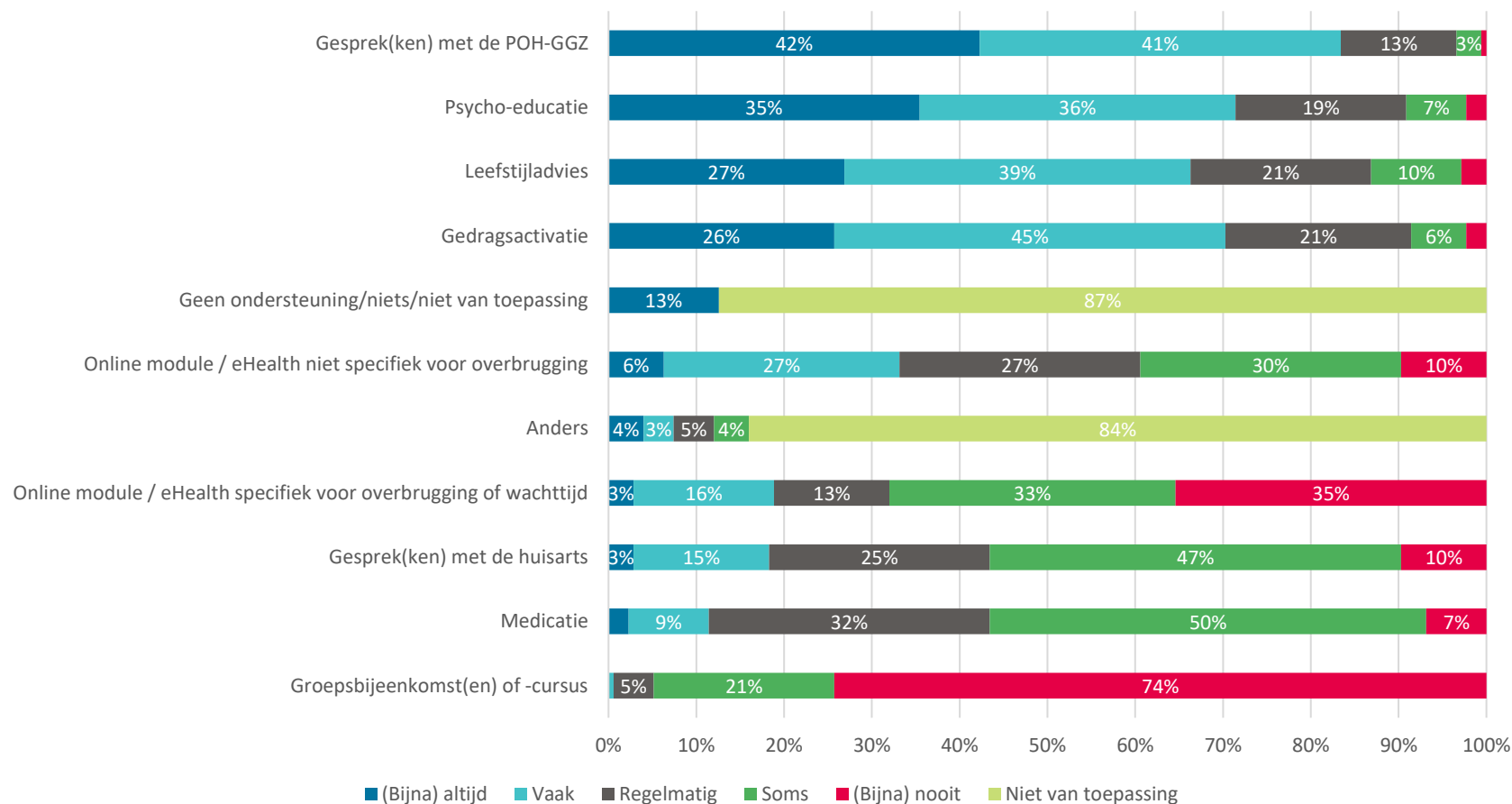
Qua inhoud bestaat de overbruggingszorg die wordt geboden binnen de huisartsenpraktijk het vaakst uit (zie Figuur 4.3):

- gesprekken met de POH-GGZ (96% van de respondenten gaf aan dat dit regelmatig, vaak of (bijna) altijd wordt ingezet);
- gedragsactivatie (92% van de respondenten gaf aan dat dit regelmatig, vaak of (bijna) altijd wordt ingezet);
- psycho-educatie (90% van de respondenten gaf aan dat dit regelmatig, vaak of (bijna) altijd wordt ingezet);
- leefstijladvies⁴¹ (87% van de respondenten gaf aan dat dit regelmatig, vaak of (bijna) altijd wordt ingezet).

Online modules / eHealth ontworpen voor overbruggingszorg en gesprekken met de huisarts werden ook regelmatig ingezet, maar minder frequent (bij resp. 60% en 43% van de respondenten wordt dit regelmatig, vaak of (bijna) altijd ingezet). Medicatie werd bij 43% van de respondenten regelmatig, vaak of (bijna) altijd ingezet als overbruggingszorg. Groepsbijeenkomsten werden het minst vaak ingezet als overbruggingszorg; dit deed 74% van de respondenten (bijna) nooit. Een klein deel (13%) van de respondenten gaf aan (bijna) altijd 'niets' in te zetten, dus überhaupt geen overbruggingszorg in te zetten. De deelnemende POH's-GGZ en huisartsen gaven vergelijkbare antwoorden; hun antwoorden zijn hier daarom niet verder uitgesplitst weergegeven. Er werd door de respondenten niet frequent verwezen naar vormen van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk (zie Figuur 4.4). Gemiddeld over alle genoemde opties verwijst 44% van de respondenten hier (bijna) nooit naar, 34% soms, 10% regelmatig, 3% vaak en 1% nooit. Als men wel verwees, dan was dit vaak naar een leefstijlinterventie of sportadvies. Van alle POH's-GGZ en huisartsen verwees 35% hier regelmatig, vaak of (bijna) altijd naar. Ook naar ondersteuning via een buurt-of wijkteam werd relatief vaak verwezen; 27% van de respondenten verwees hier regelmatig, vaak of (bijna) altijd naar. Ook 20% van de respondenten verwees regelmatig, vaak of (bijna) altijd naar eHealth specifiek bedoeld voor overbrugging. Het minst vaak verwees men naar groepsbijeenkomsten in de ggz (75% deed dit nooit of bijna nooit) of naar de MIND Hulplijn (74% deed dit nooit of bijna nooit). De deelnemende POH's-GGZ en huisartsen gaven vergelijkbare antwoorden; hun antwoorden zijn hier daarom niet verder uitgesplitst weergegeven.

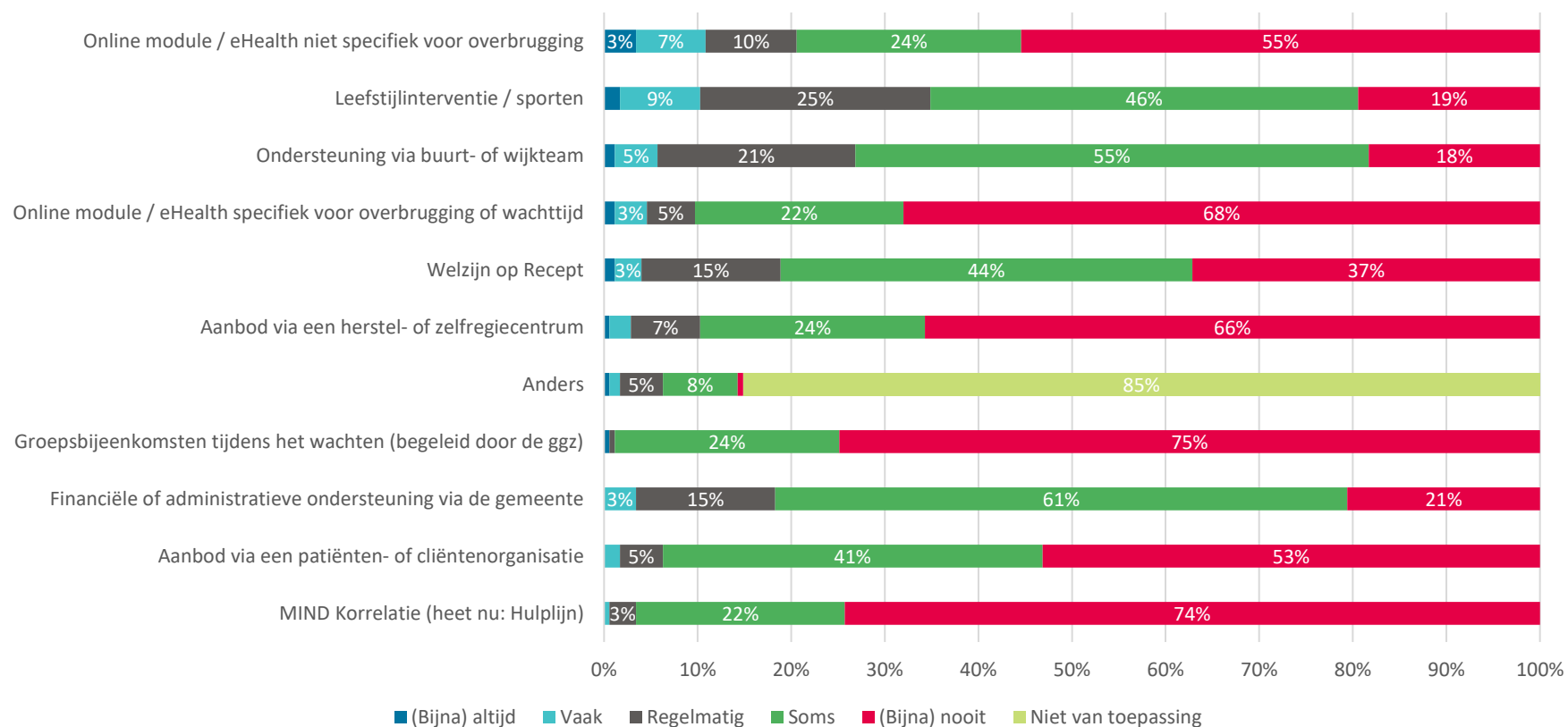
⁴¹ Psycho-educatie, leefstijladvies en gedragsactivatie kunnen gegeven worden door zowel huisarts als POH-GGZ. Er is in de vragenlijst niet specifiek gevraagd naar wie dit aanbood, maar afgaand op de andere gegeven antwoorden en het takenpakket van de POH-GGZ zal dit waarschijnlijk meestal door de POH-GGZ aangeboden zijn.

Figuur 4.3 Hoe vaak worden verschillende vormen van overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk geleverd (n=175)



Noot bij Figuur 4.3. Onder 'Anders' werd door de respondenten als toelichting ingevuld: steunende, structurerende of ventilerende gesprekken, bellen (tweemaal genoemd), hulp van de verpleegkundig specialist, mindfulness of ontspanningsoefeningen, direct contact met de huisarts, behandeling, assertiviteitscursus, oplossingsgerichte of acceptance and commitment (ACT) gesprekken, webinars, CGT, steungroep of sociale contacten inschakelen, praktische tips, POH jeugd, POH financieel, betrekken van het buurtteam, relatiecoaching, begeleiding bij zingevingsvragen. Onder 'Anders' gaven 22 respondenten als toelichting 'niets' of 'niet van toepassing' of 'geen overbruggingszorg'; dit is als aparte antwoordcategorie opgenomen in de figuur.

Figuur 4.4 Hoe vaak wordt er verwezen naar verschillende vormen van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk (n=175)

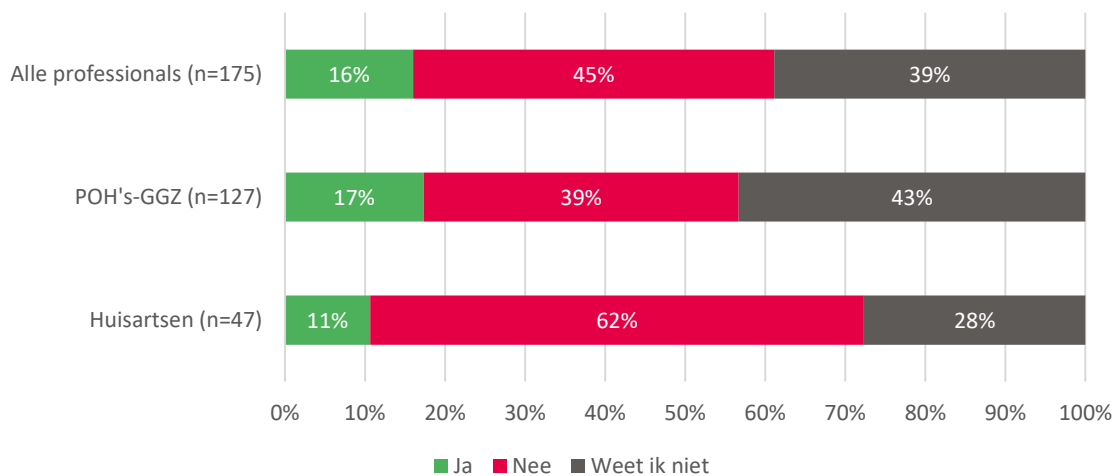


Noot bij Figuur 4.4. Onder ‘Anders’ werd genoemd: ondersteuning of psycholoog via werk (driemaal genoemd), maatschappelijk werk (tweemaal genoemd), buddy (tweemaal genoemd), sociaal domein (tweemaal genoemd), psychosomatisch fysiotherapeut (tweemaal genoemd), 113Online (tweemaal genoemd), lotgenotencontact (tweemaal genoemd), steungroep, particulier, SPV, hulp via bedrijfsarts, basis-ggz bij verwijzing naar gespecialiseerde ggz, steun van sociaal netwerk, boekentips, activering door cursus over hobbymatig onderwerp, acceptance and commitment therapie (ACT), boekentips, consultatie, wijk ggz, buurtteam, oefentherapie, zelfregiecentrum, contextueel therapeut of geestelijk verzorger.

Ongeveer één op de zes respondenten (16%) gaf aan dat er bij hun praktijk regionale (samenwerkings)afspraken zijn gemaakt rondom het organiseren van overbruggingszorg (zie Figuur 4.5). Die samenwerking had dan één van de volgende vormen:

- een domeinoverstijgend samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een regiotafel, triagetafel, transfertafel of multidisciplinair overleg), met name bedoeld om individuele patiënten/casussen te bespreken;
- samenwerking tussen huisartsenpraktijk(en) en een regionale ggz-instelling, bijvoorbeeld over de inzet van eHealth of groepsbijeenkomsten ter overbrugging;
- samenwerking tussen huisartsenpraktijk(en) en een partij uit het sociale domein (bijvoorbeeld Welzijn op Recept, herstellzorg of maatschappelijk werk).

Figuur 4.5 Regionale afspraken rondom het organiseren van overbruggingszorg



4.3 Afwegingen rondom verlenen overbruggingszorg

In een open vraag werd aan de deelnemende POH's-GGZ en huisartsen gevraagd wat zij meenemen in hun afweging om al dan niet overbruggingszorg te verlenen. De antwoorden die zij daarop formuleerden varieerden van enkele woorden of een enkele zin tot een meer uitgebreide beschrijving. Uit de antwoorden kwamen verschillende thema's naar voren die hieronder worden toegelicht in volgorde van meest genoemd naar minst genoemd. Box 4.1 toont ter illustratie verschillende quotes per thema.

Behoefte, ernst problematiek, duur wachttijd of motivatie bij patiënt

Een patiënt gerelateerde factor was een veelgenoemde factor door respondenten in hun afweging om al dan niet overbruggingszorg te bieden. De wens, behoefte, lijdensdruk of hulpvraag van de patiënt was daarin een veelgenoemde (18%) factor, net als de ernst van de problematiek (14%). Overbruggingszorg werd eerder aangeboden als er een hoge lijdensdruk is of bij ernstige, complexe, acute of crisis-gevoelige problematiek. Ook de specifieke duur van de wachttijd speelde soms (13%) mee; patiënten die een lange wachttijd hebben kregen sneller overbruggingszorg. Sommige professionals (5%) namen de motivatie van de patiënt mee in hun afweging; alleen gemotiveerde patiënten kregen overbruggingszorg, of de professional bood overbruggingszorg juist omdat de patiënt gemotiveerd was op het moment van hulpvragen en de professional deze kans niet voorbij wilde laten gaan. Anderen (2%) boden sneller overbruggingszorg wanneer het de patiënt ontbrak aan een ondersteunend netwerk.

Voorkomen van verergering of ander doel

Sommige respondenten (53%) gaven aan (alleen) overbruggingszorg aan te bieden met een specifiek doel in gedachten, waaronder: stabiliseren, achteruitgang of verergering van klachten voorkomen, crisis voorkomen, voor de veiligheid, het wachten verzachten, monitoren of vinger aan de pols houden, perspectief bieden, motivatie voor behandeling in stand houden, alvast aan de slag gaan met specifieke klachten of voorbereiden op ggz-behandeling.

Verantwoordelijkheidsgevoel

Een deel van de professionals (7%) benadrukte dat zij alleen overbruggingszorg leveren omdat zij zich verantwoordelijk voelen. Het voelt alsof zij geen keuze hebben en dus ook helemaal geen (onderbouwde) afweging kunnen maken. Zij kunnen niet anders, en het voelt als noodzaak of plicht, omdat patiënten nergens anders terecht kunnen. Zij willen patiënten niet aan hun lot overlaten.

Geen overbruggingszorg leveren

Een klein deel (4%) van de respondenten gaf in hun antwoord aan geen overbruggingszorg te bieden of van plan te zijn dat binnenkort niet meer te gaan doen. In hun afweging hierover speelde mee dat zij vinden dat overbruggingszorg geen huisartsenzorg is, omdat het te zware of te specialistische zorg is en er ook onvoldoende tijd voor is. Men voelt de noodzaak om keuzes te maken en grenzen te stellen. Ook andere huisartsenpraktijken zouden volgens hen moeten stoppen met zorg verlenen als zij een patiënt hebben verwezen. Een respondent gaf aan deze patiënten nu naar de zorgverzekeraar te verwijzen. Een andere respondent geeft patiënten het advies contact op te nemen met maatschappelijk werk of de gemeente.

Overig

Andere genoemde factoren die een rol speelden in de afweging om wel overbruggingszorg te bieden waren (in volgorde van meest genoemd naar minst genoemd):

- de eigen inschatting van de huisarts of POH-GGZ dat het zinnig of noodzakelijk was;
- voldoende ruimte in de agenda van de huisarts of POH-GGZ;
- persoonlijke of cliëntgerichte zorg willen bieden;
- de vertrouwensrelatie die de patiënt al in de huisartsenzorg had;
- onbekendheid met mogelijkheden voor overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk;
- de laagdrempelige beschikbaarheid van de POH-GGZ;
- het hoort bij de taak van de POH-GGZ.

Box 4.1 Quotes van POH's-GGZ en huisartsen rondom de afweging om al dan niet overbruggingszorg te bieden

Vraag: waarop is uw afweging om al dan niet overbruggingszorg te verlenen aan patiënten binnen de huisartsenpraktijk gebaseerd?

Behoefte, ernst problematiek, duur wachttijd of motivatie bij patiënt

"Het is vooral gebaseerd op wat de patiënt zelf wil doen en waar ze voor open staan." (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 1 jaar werkervaring)

"Ernst van de klachten en crisisgevoeligheid." (POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 4 jaar werkervaring)

“Omdat er altijd stappen zijn die je kunt gaan nemen samen. Het is voor de patiënt ook niet goed om focus te hebben dat dingen pas kunnen verbeteren als je bij ggz bent. De lijdensdruk is meestal ook dermate hoog dat ik het niet over m'n hart verkrijg om niet te overbruggen.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 6 jaar werkervaring)

“Lengte van de wachttijd. Als de patiënt op relatief korte termijn (enkele weken) al terecht kan gaan wij geen interventies inzetten, hooguit een vinger-aan-de-pols contact.” (POH-GGZ, man, maatschappelijk werker, 10 jaar werkervaring)

“Op de nood van de patiënt. Maar dit doen we dus buiten onze normale baan er als vrijwilligerswerk bij. Dat kan niet doorgaan.” (huisarts, vrouw, 22 jaar werkervaring)

Voorkomen verergering of ander doel

“Ik ben van mening dat overbruggingszorg een duidelijk doel moet dienen, welke samen met de patiënt wordt geformuleerd en besproken.” (POH-GGZ, man, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 3 jaar werkervaring)

“Ik bied altijd overbruggingszorg aan, gezien de wachttijden. Een enkele cliënt maakt hier geen gebruik van. Ik overleg wel samen met de cliënt welke vorm van overbruggingszorg nodig is. Fysieke afspraken (laagdrempelig of frequenter afhankelijk van de situatie), telefonisch of via eHealth.” (POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 1 jaar werkervaring)

“Als patiënten zich eindelijk melden bij de huisarts, hebben ze vaak al heeeeeeeel lang gewacht en staat het water hen tot aan de lippen. Oftewel: dan is de nood vaak heel hoog geworden voor hulp. Als ik dan hoor dat er delen zijn die al aangepakt kunnen worden, totdat ze terecht kunnen bij de ggz, dan zal ik hier zoveel mogelijk hulp inzetten ter overbrugging.” (verpleegkundig specialist ggz in de huisartsenpraktijk, vrouw, 15 jaar werkervaring)

“Afweging wordt gemaakt door de mate van zelfredzaamheid en risico op een acute crisis (hoog). Daarnaast waar kan zoveel mogelijk verantwoordelijkheid aan de patiënt terug geven. Niet de redderrol als huisartsteam blijven aannemen of het eindeloze verdienmodel van deze patiënten in stand houden. Op veel praktijken wordt overbruggingszorg onnodig lang gehanteerd. Wat resulteert in toename van afhankelijkheidsgedrag van de patiënt en overvolle agenda's en spreekuren. De druk kan zeker effectief verminderd worden door duidelijke afspraken te maken met tussen huisarts, POH-GGZ en patiënt. Grenzen durven stellen en duidelijkheid bieden. Samen bekijken hoe de patiënt in de breedste zin de tijd kan overbruggen. Met name door hulp van eigen omgeving, netwerk, sociaal domein. Niet alleen huisarts of POH. Naar mijn idee is de visie ten aanzien van overbruggingszorg nodig toe aan herziening binnen vele huisartspraktijken.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 5 jaar werkervaring)

Verantwoordelijkheidsgevoel

“De verwijzing naar de ggz vindt plaats in overleg met de patiënt en de huisarts. Vaak is er duidelijk sprake van DSM-5 stoornis. Helaas worden we vaak geconfronteerd met te lange wachttijden voor intake en behandeling. Overbruggen is dus geen keuze meer, maar een verplichting.” (POH-GGZ, man, maatschappelijk werker, 24 jaar werkervaring)

“Wij voelen ons gedwongen om overbruggingszorg te regelen omdat niemand anders het doet. Ggz trekt zijn handen er vanaf!” (huisarts, vrouw, 25 jaar werkervaring)

“Het verantwoordelijkheidsgevoel voor de patiënt.” (huisarts, man, 23 jaar werkervaring)

Geen overbruggingszorg

“Overbruggingszorg bestaat niet. De huisartsenzorg zou moeten stoppen na verwijzing, omdat je anders niet hoeft te verwijzen.” (huisarts, man, 18 jaar werkervaring)

“Is geen afweging, het wordt ons gewoon door de strot geduwd; we kunnen onze patiënten nergens (op tijd) kwijt. De ggz-problematiek wordt niet opgelost, dus waar blijven deze patiënten dan hangen??? Juist... bij... de huisarts. Onze POH-GGZ is er ook volledig klaar mee; ziet steeds meer zware ggz-problematiek die NIET bij ons thuishoort, maar de patiënten kunnen niet door! Daar gaan wij nu ook nee tegen zeggen, want het houdt een keer op. Sturen patiënten nu naar hun zorgverzekeraar die zorgplicht heeft die wij niet hebben.” (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

Overig

“Als praktijk koesteren wij de persoonlijke zorg. En bieden steunende contacten na verwijzing in de wachttijd. We markeren 'overbruggingszorg' nog niet.” (huisarts, man, 29 jaar werkervaring)

“Er is vrijwel geen aanbod buiten de huisartsenpraktijk. Of althans niet bij mij of mijn POH bekend.” (huisarts, vrouw, 21 jaar werkervaring)

4.4 Impact van overbruggingszorg op professionals

Professionals werd in een gesloten vraag gevraagd naar de risico's van overbruggingszorg, waarbij zij bij meerdere opties uit een lijst met risico's konden aangeven hoe vaak zij deze gevolgen herkenden (zie Figuur 4.6). Hieruit bleek dat het verlenen van overbruggingszorg heeft voor professionals vooral een negatieve impact op de volgende gebieden: een hogere werkdruk (90% is het hier een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens), een spreekuur dat minder toegankelijk is voor andere patiënten (93%) en een (te) groot of te lang aanhoudend verantwoordelijkheidsgevoel (75%). Bijna een kwart (24%) ervaart stress, piekeren of overspanningsklachten en ook bijna een kwart (23%) overweegt stoppen met de functie. POH's-GGZ en huisartsen (zie respectievelijk Figuur 4.7 en 4.8) gaven iets andere antwoorden. De huisartsen vinkten bij de meeste antwoordopties '(zeer) eens' of 'eens' aan, waar POH's-GGZ vaker 'beetje eens' of 'neutraal' aankruisten. Huisartsen leken de verschillende vormen van negatieve impact over het algemeen dus vaker te herkennen dan POH's-GGZ. Daarnaast verschilden POH's-GGZ en huisartsen in welke vormen negatieve impact zij het vaakst herkenden. Zij hadden wel dezelfde 'top 3', maar in een andere volgorde.

POH's-GGZ ervoeren het vaakst:

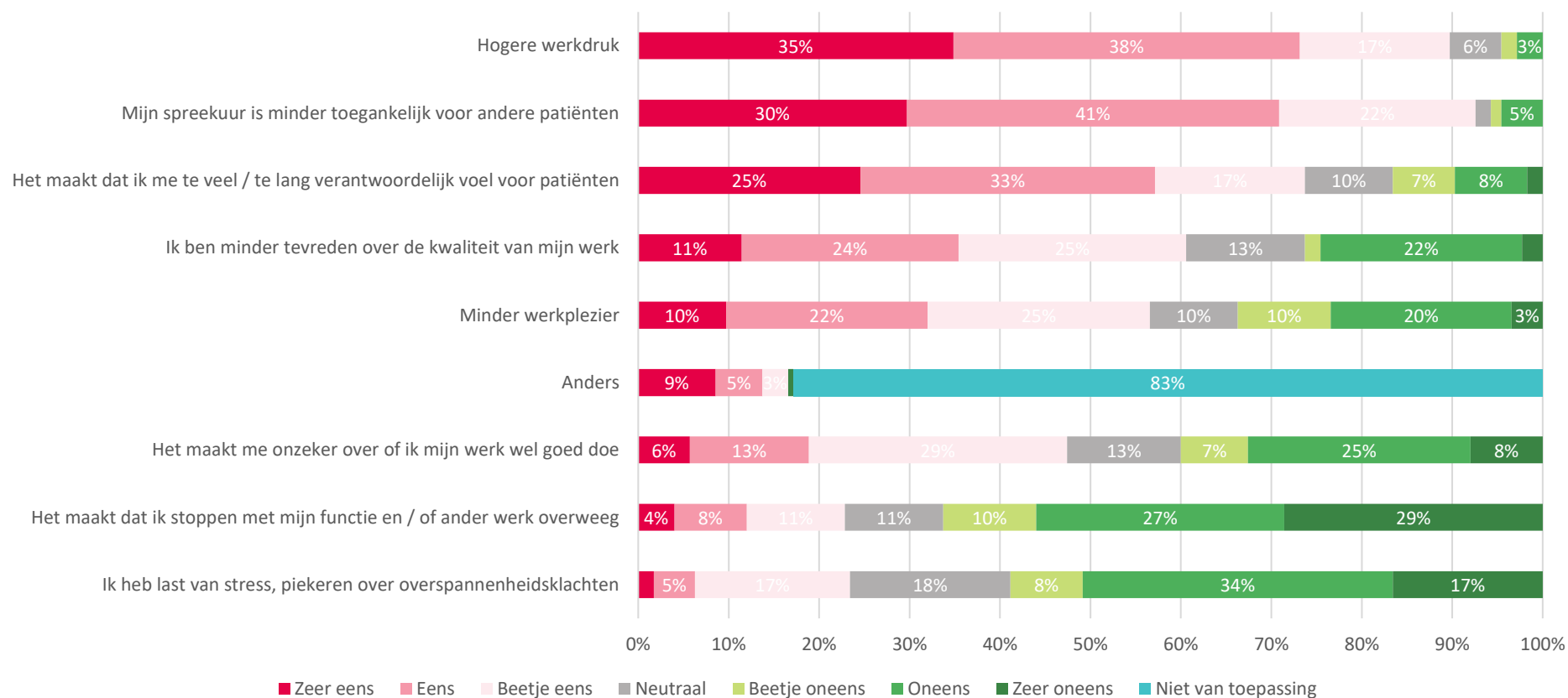
1. een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten (92% is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens);
2. een hogere werkdruk (87% is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens);
3. te groot/te lang verantwoordelijkheidsgevoel (75% is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens).

Huisartsen ervoeren het vaakst:

1. een hogere werkdruk (98% is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens);
2. een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten (94% is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens);
3. te groot / te lang verantwoordelijkheidsgevoel (92% is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens).

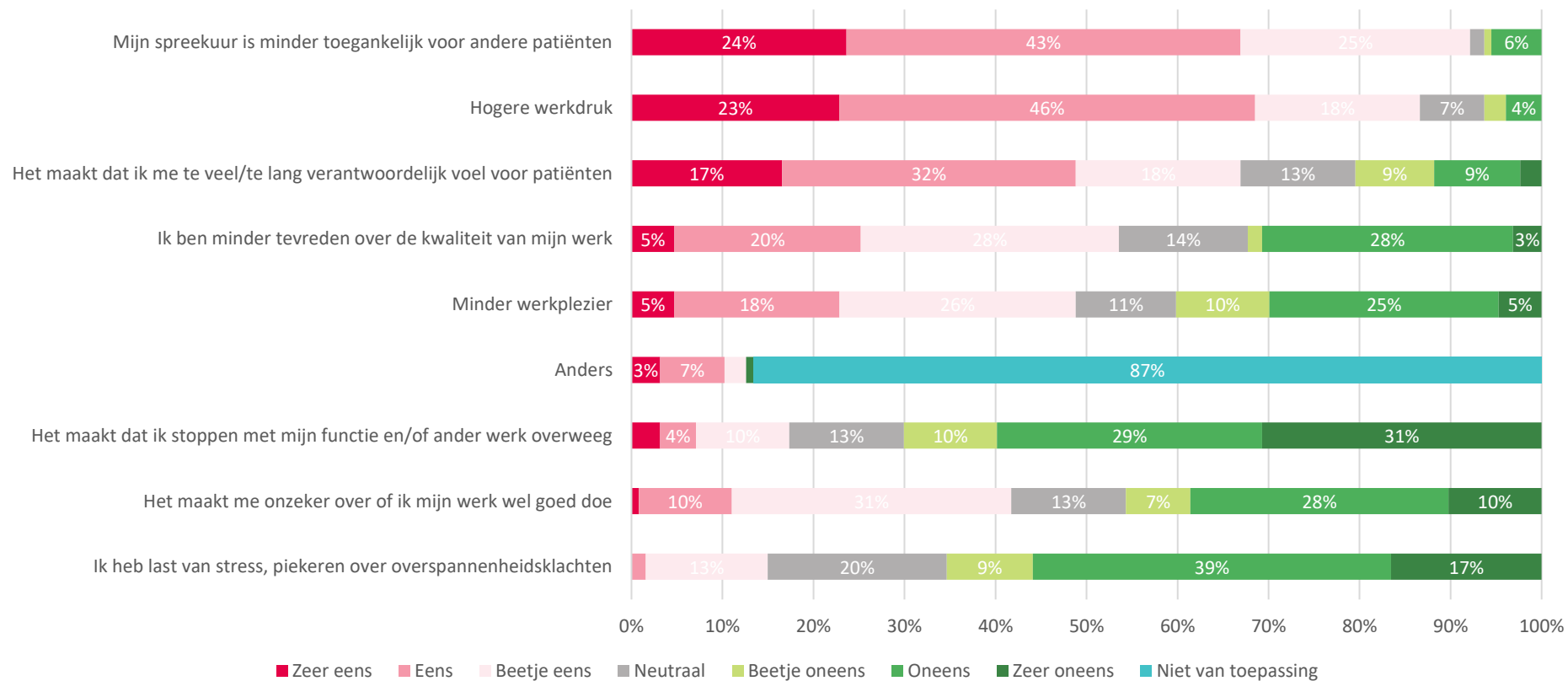
Huisartsen hadden vaker last van POH's-GGZ van onzekerheid over of ze hun werk wel goed doen; 63% van de huisartsen is het daar een beetje mee eens, mee eens of zeer mee eens, tegenover 42% van de POH's-GGZ. Ook hadden huisartsen vaker last van stress, piekeren of overspanningsklachten dan POH's-GGZ (47% vs. 15%) en overwogen zij vaker te stoppen met hun functie (36% vs. 17%). Een klein deel (10%, waaronder 4 huisartsen en 14 POH's-GGZ) van de respondenten gaf als toelichting bij 'Anders' aan 'geen' risico's te ervaren, of vulden hier 'niets' of 'niet van toepassing' in. Deze antwoorden zijn niet opgenomen in Figuur 4.6, 4.7 en 4.8.

Figuur 4.6 Negatieve impact van overbruggingszorg op huisartsenzorg professionals (n=175)

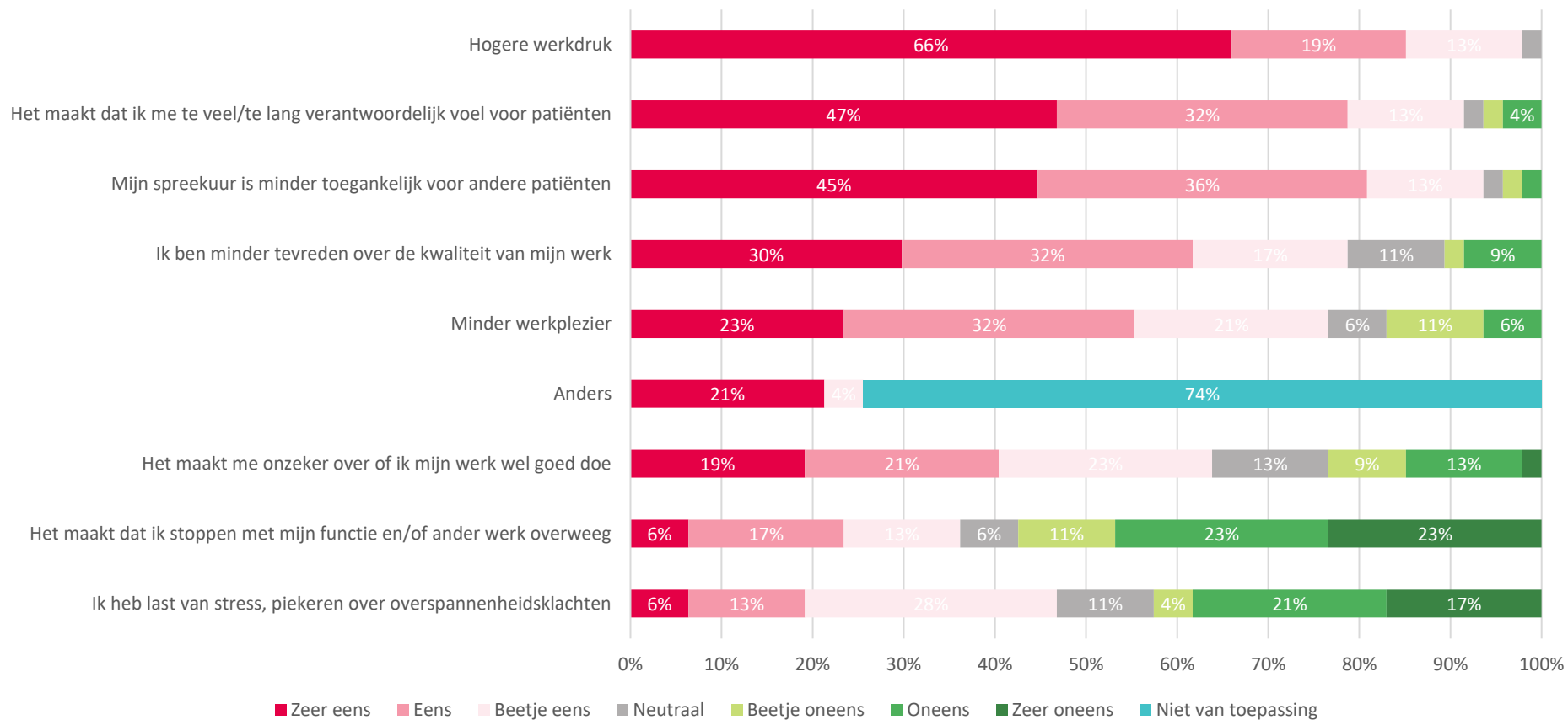


Noot bij Figuur 4.6: onder ‘Anders’ gaven de respondenten als toelichting: frustratie (vijfmaal genoemd), zich een afvoerputje voelen (tweemaal genoemd), het vervelend vinden andermans werk te doen, het is gevaarlijk, andere patiënten niet tijdig terug kunnen zien voor bijvoorbeeld medicatie controle, het kan mis gaan, kans op tuchtklachten, een minder grote praktijkpopulatie aankunnen, boos / cynisch worden over verwijsoverwaarden, gevoel van machteloosheid, eigen grenzen komen in gedrang, irritatie dat ggz geen verantwoordelijkheid neemt, intensiever contact met huisarts noodzakelijk, wanhoop, omgaan met de onmacht van cliënten, mede hierdoor stoppen met de functie, inhoudelijk zwaarder werk doen dan POH-GGZ functie eigenlijk inhoudt, het probleem van de wachttijden in stand houden, te weinig waardering (opleidingskosten, salaris) voor werk gezien de grote diversiteit aan problemen en irritatie in contact met ggz-instellingen.

Figuur 4.7 Negatieve impact van overbruggingszorg op POH's-GGZ (n=127)

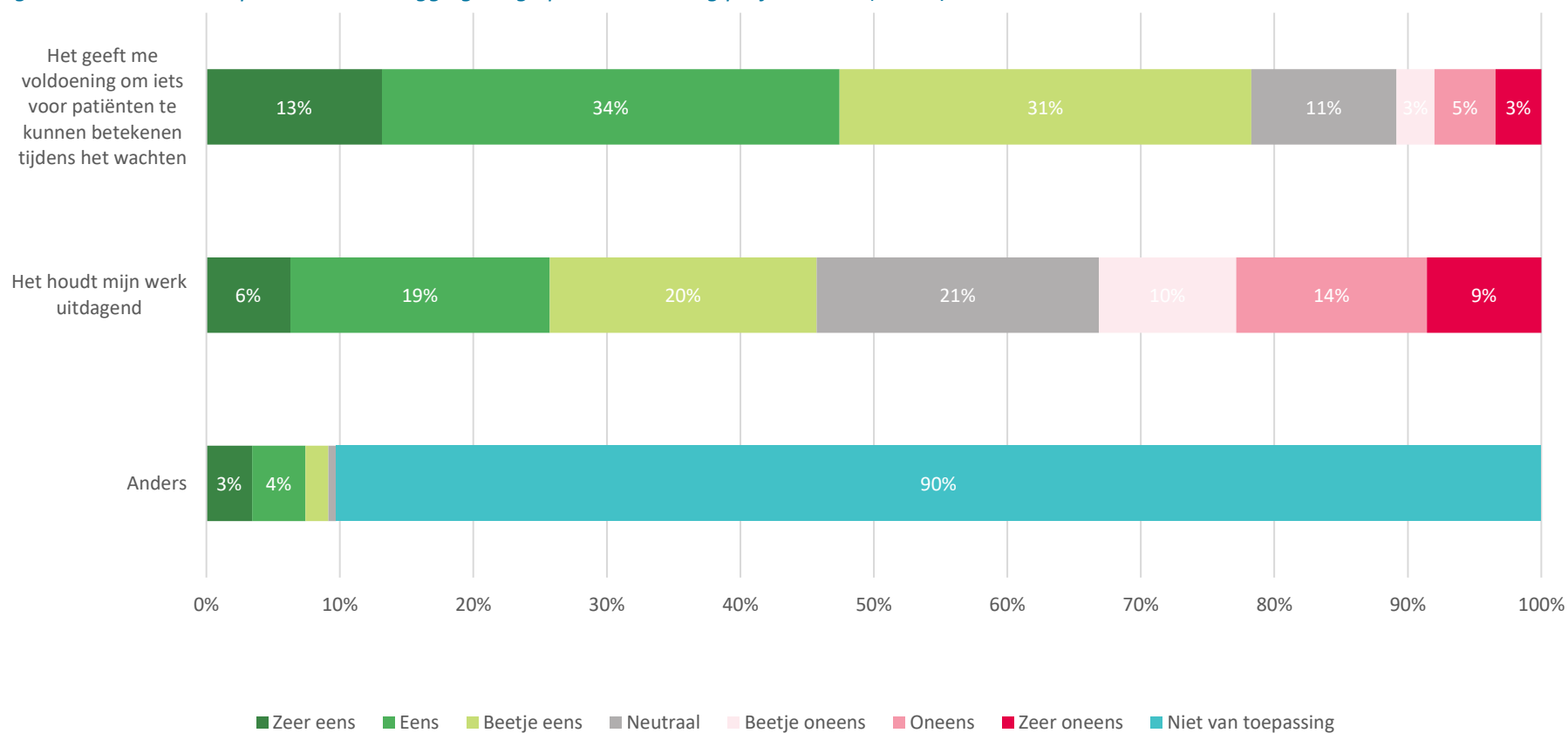


Figuur 4.8 Negatieve impact van overbruggingszorg op huisartsen (n=47)



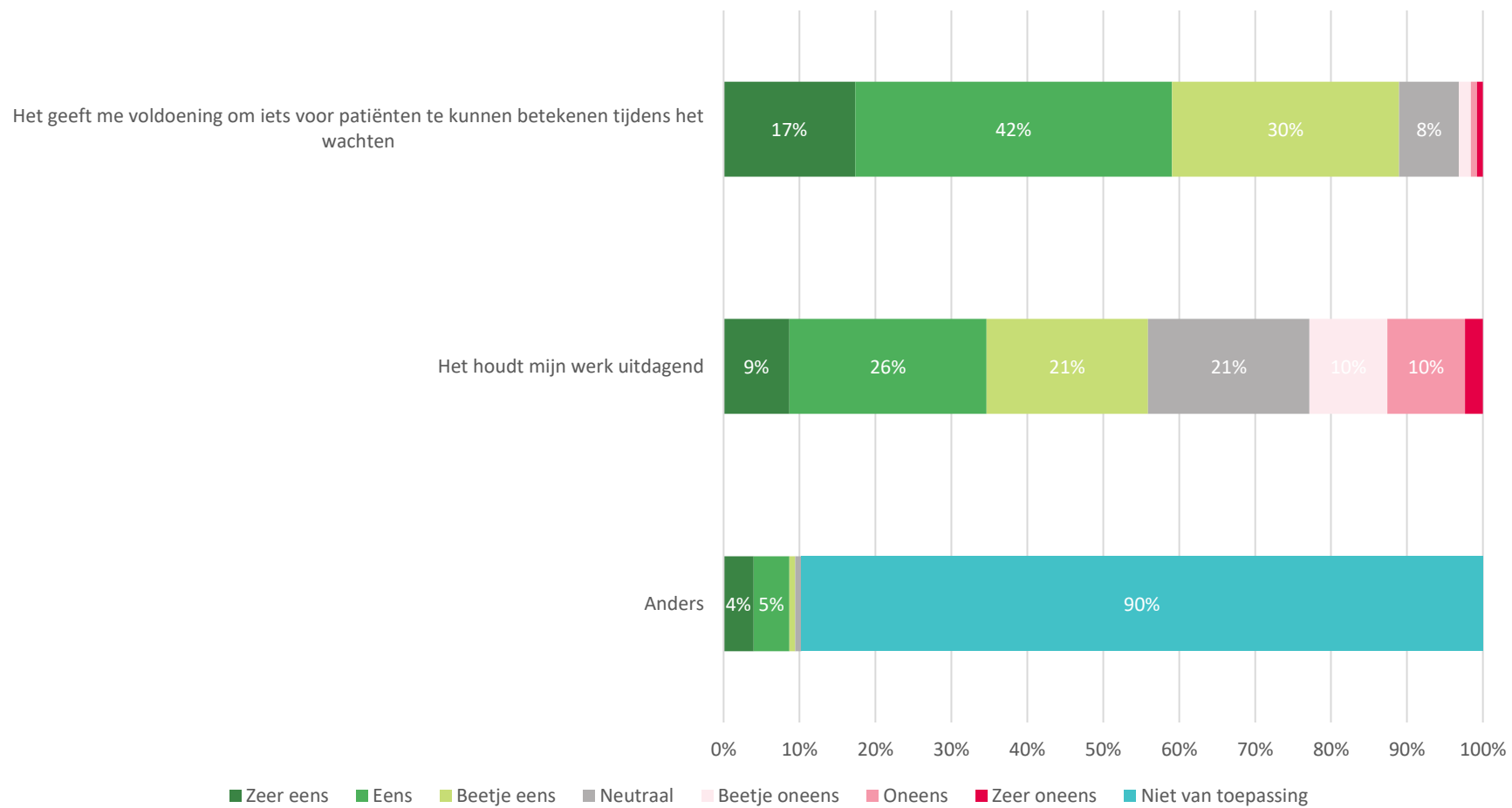
Er is respondenten ook gevraagd of het verlenen van overbruggingszorg een positieve impact op hen heeft gehad (zie Figuur 4.9). De meerderheid (78%) gaf aan dat het hen een bepaalde vorm van voldoening gaf om iets voor patiënten te kunnen betekenen tijdens het wachten. Ook gaf iets minder dan de helft (45%) aan dat het hun werk uitdagend houdt. Er lijken hier verschillen te zijn tussen POH's-GGZ (zie Figuur 4.10) en huisartsen (zie Figuur 4.11). POH's-GGZ haalden vaker voldoening uit het bieden van overbruggingszorg door iets te kunnen betekenen voor patiënten tijdens het wachten dan huisartsen; 89% van de POH's-GGZ was het met deze stelling een beetje eens, eens of zeer eens, tegenover 49% van de huisartsen. Ook vonden POH's-GGZ vaker dan huisartsen dat overbruggingszorg hun werk uitdagend houdt; 56% van de POH's-GGZ was het met deze stelling een beetje eens, eens of zeer eens, tegenover 19% van de huisartsen. Bijna een vijfde van de respondenten (18%, waaronder 14 huisartsen, 16 POH's-GGZ en een verpleegkundig specialist ggz uit de huisartsenpraktijk) gaven onder 'Anders' als toelichting 'niets', 'niet van toepassing', 'alleen maar negatief', of een beschrijving van een negatieve impact. Deze antwoorden zijn niet opgenomen in Figuur 4.9, 4.10 en 4.11.

Figuur 4.9 Positieve impact van overbruggingszorg op huisartsenzorg professionals (n=175)

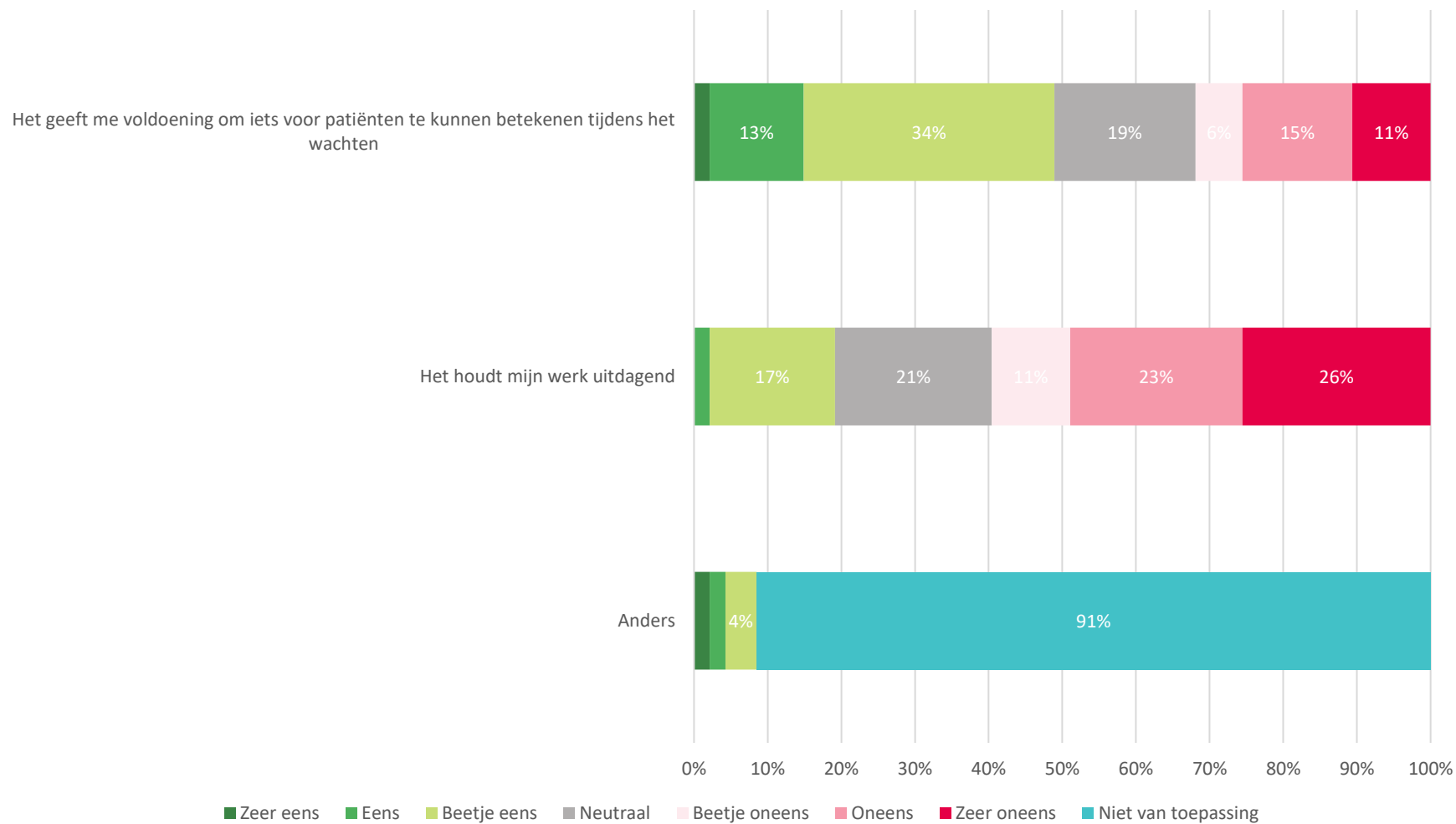


Noot bij Figuur 4.9. Bij 'Anders' werd als toelichting gegeven: positieve invloed op vertrouwensrelatie met patiënt (tweemaal genoemd), het bevordert creativiteit door zoeken naar oplossingen (tweemaal genoemd), gebruik kunnen maken van eerdere ggz ervaring, kunnen inzetten van bepaalde behandelmethoden, patiënt blijft beter in beeld, korte lijnen met patiënt, versterkt samenwerking met huisarts, versterkt samenwerking met andere disciplines, leuk intercollegiaal contact, het kunnen toepassen van de presentiebenadering, zitten heel leuke patiënten tussen, het helpt zaken normaliseren en eigen verantwoordelijkheid laten dragen, daagt uit tot efficiënter werken, de afwisseling, soms blijkt overbrugging voldoende.

Figuur 4.10 Positieve impact van overbruggingszorg op POH's-GGZ (n=127)



Figuur 4.11 Positieve impact van overbruggingszorg op huisartsen (n=47)



Ook in een open vraag werd aan de deelnemende POH's-GGZ en huisartsen gevraagd wat volgens hen de grootste risico's waren van overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk. Uit de antwoorden kwamen verschillende thema's naar voren die hieronder worden toegelicht in volgorde van meest genoemd naar minst genoemd. Box 4.2 toont ter illustratie verschillende quotes per thema.

Minder aan eigenlijke taken toekomen

Meest genoemd (48%) in de antwoorden van professionals was het risico om door de overbruggingszorg niet aan de eigenlijke taken als huisartsenzorg professional toe te komen. Doordat de agenda volstroomt met overbruggingszorg, komt de professional minder toe aan de zorg voor patiënten met lichtere psychische klachten (POH-GGZ) of voor patiënten die de huisartsenpraktijk bezoeken in het algemeen (huisarts). Soms ontstaan hierdoor wachttijden bij de POH-GGZ. Ook ervoeren professionals minder ruimte voor andere taken, zoals preventieve zorg of samenwerking met andere professionals, zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk.

Zorgen over de kwaliteit van zorg

De deelnemende professionals gaven in sommige antwoorden (35%) aan zich zorgen te maken over de kwaliteit van zorg die zij vanuit de huisartsenpraktijk (kunnen) leveren aan patiënten die op een wachtlijst staan. Het (moeten) leveren van overbruggingszorg zorgt voor een overvraging in tijd, mankracht, en deskundigheid of specialisatie. Er is onvoldoende opleiding en ervaring op het vlak van psychiatrie, waardoor patiënten niet de juiste zorg krijgen. Twijfels en onzekerheid over de geleverde zorg ('doormodderen') vormt een belasting voor de professionals en geven een gevoel van machteloosheid. Als bijeffect, zo opperden enkele respondenten, schaadt het leveren van overbruggingszorg en daarin onvoldoende kunnen bieden (onterecht) het imago van de POH-GGZ.

Risico's voor patiënten

De deelnemende professionals beschreven in hun antwoorden soms (34%) de risico's van overbruggingszorg voor patiënten, waaronder: zij ontvangen niet de juiste of tijdige zorg en lopen risico op verergering van klachten en grote impact op verschillende levenssterreinen, het vaker of onnodig moeten inschakelen van de crisisdienst, verkeerde of onnodige medicatie voorschriften en het verlies van vertrouwen in de zorg (bijvoorbeeld doordat de overbruggingszorg onvoldoende aansluit op de behoeftes van patiënten).

Hogere werkdruk

Een kwart (25%) van de respondenten beschreef in hun antwoord een hogere werkdruk en overbelasting bij huisartsen en POH's-GGZ. Zij zijn veel tijd kwijt aan overbruggingszorg (en daarnaast ook met zoeken naar juiste verwijzingen naar de ggz) en dit leidt tot frustratie. Sommigen twijfelen daardoor zelfs of zij hun functie nog wel willen blijven uitvoeren.

Overig

Tot slot werden de volgende risico's van overbruggingszorg genoemd:

- Sommige respondenten (6%) haalden het thema verantwoordelijkheid aan. Bij wie de verantwoordelijkheid voor overbruggingszorg ligt was onduidelijk, of men maakte zich zorgen over dat er nog meer verantwoordelijkheid bij de huisartsenpraktijk zou komen te liggen en een (verdere) verschuiving van behandelgrenzen plaats zou vinden (doordat de ggz of verzekeraars de urgentie van het probleem niet voelen);
- Enkele respondenten (4%) gaven in hun antwoord aan dat er voor hen weinig of geen risico's aan overbruggingszorg zitten. Eén POH-GGZ vond bijvoorbeeld dat het gewoon bij haar takenpakket hoort);
- Patiënten worden te afhankelijk van de huisartsenzorg (1%).

Box 4.2 Quotes van POH's-GGZ en huisartsen over risico's van overbruggingszorg

Vraag: wat zijn de grootste risico's van het leveren van overbruggingszorg voor de professionals in de huisartsenpraktijk?

Minder aan eigenlijke taken toekomen

"Geen ruimte meer voor mensen die echt bij de POH-GGZ en huisarts terecht moeten." (huisarts, vrouw, 25 jaar werkervaring)

"Wij hebben inmiddels ook wachttijden van 2-3 weken voor onze eigen spreekuren, komen steeds minder aan onze eigen, huisartsgeneeskundige taken toe en hebben steeds vaker te weinig tijd voor de patiënt. Dit heeft als gevolg dat we dingen gaan missen, meer fouten zullen gaan maken, wat gevolgen heeft voor de gezondheid van al onze patiënten." (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

"Er zijn zoveel patiënten die overbruggingszorg krijgen dat de agenda met name bestaat uit overbruggingszorg, omdat deze groep het grootste is." (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 2 jaar werkervaring)

"Dat mensen met lichte psychische klachten die normaal gesproken met een paar afspraken bij de POH-GGZ geholpen zijn, nu niet die ondersteuning krijgen, waardoor die klachten kunnen verergeren en ook die patiëntengroep uiteindelijk intensievere behandeling nodig heeft." (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 2 jaar werkervaring)

"Dat we niet aan ons eigen werk toekomen, patiënten krijgen niet de juiste zorg. Wij doen toch ook geen galblaas operaties omdat de chirurg het zo druk heeft?!" (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

"Wanneer er sprake is van crisisgevoeligheid is de laagdrempelige overbruggingszorg die we kunnen bieden vanuit de huisartsenpraktijk vaak niet afdoende en blijven klachten voortduren of verergeren. Daarnaast betekent het vaak dat dit "arbeidsintensieve" cliënten zijn waarbij je veel contacten onderhoudt met netwerk organisaties en eventueel betrokken naasten. Dit terwijl de agenda al vaak heel erg vol zit en deze zaken er naast de gewone afspraken bij komen. Dit vertraagt o.a. ook het doorstroomproces bij de POH-GGZ." (POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 1 jaar werkervaring)

Zorgen over de kwaliteit van zorg

"Zowel voor patiënt als zorgverleners absoluut onveilig. En als het mis gaat....3x raden wie er dan ook nog eens in het beklagdenbankje plaats mag nemen....: de HUISARTS. Daar is nog nooit iemand die het huidige wanbeleid heeft uitgezet in terecht gekomen. Kon dát maar." (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

"Onvoldoende bekwaamheid in complexe ggz problemen, toename van ziektebeeld/ziektelast voor de patiënt, te laat of verkeerde medicatie starten etc." (huisarts, vrouw, 6 jaar werkervaring)

Risico's voor patiënten

“Daarnaast is er meer kans op het inschakelen van de crisisdienst omdat de mensen met de complexe problematiek niet tijdig de juiste behandeling krijgen.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 3 jaar werkervaring)

Hogere werkdruk

“Overbelasting van professionals in de huisartspraktijk door zorg te moeten bieden die onvoldoende is, maar wel verantwoordelijk te zijn. Frustratie bij het zien toenemen van de problemen.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 12 jaar werkervaring)

“Overbelasting van een al wankelende eerste lijn.” (huisarts, man, 30 jaar werkervaring)

“Als de ggz-wachlijsten niet verbeteren ga ik misschien stoppen met mijn praktijk. Ik en de POH-GGZ raken te overbelast.” (huisarts, vrouw, 20 jaar werkervaring)

“Reden voor velen om te stoppen met hun werk in de eerste lijn! We roepen dit al jarenlang, maar niemand interesseert het wat want er verandert niks. Totdat alle huisartsen er ook mee stoppen omdat ze niet meer kunnen. En dan? Dan is er geen plan...” (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

“Toen ik op mijn 27e huisarts werd, had ik niet verwacht en zeker niet gehoopt dat dit vak nu op mijn 42e zó enorm misbruikt zou zijn als één grote afvoerput. Kan nog gelukkig nog steeds zeggen dat ik geniet van mijn patiënten en vooral van het prettige contact dat ik met ze heb. Maar dat komt ook omdat ik praktijkhouder in een dorp ben. Een dorp met nog redelijk dankbare en nuchtere patiënten. Elders is dat al anders hoor ik volop om ons heen. Maar de dagelijkse ratrace die we eerder sporadisch hadden, begint ook hier steeds vaker standaard te worden. Het is niet normaal om om 8 uur te beginnen en zonder fatsoenlijke pauze tot 19 uur door te moeten buffelen omdat de werkdag standaard te vol zit met allerlei shit die niet bij ons thuis hoort, maar wel letterlijk binnenloopt. Er is gewoon véél teveel dat op ons bord ligt om überhaupt in onze werkdagen te verwerken. Dat geeft een onveilige werksfeer en steeds vaker frustratie voor en bij iedereen.” (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

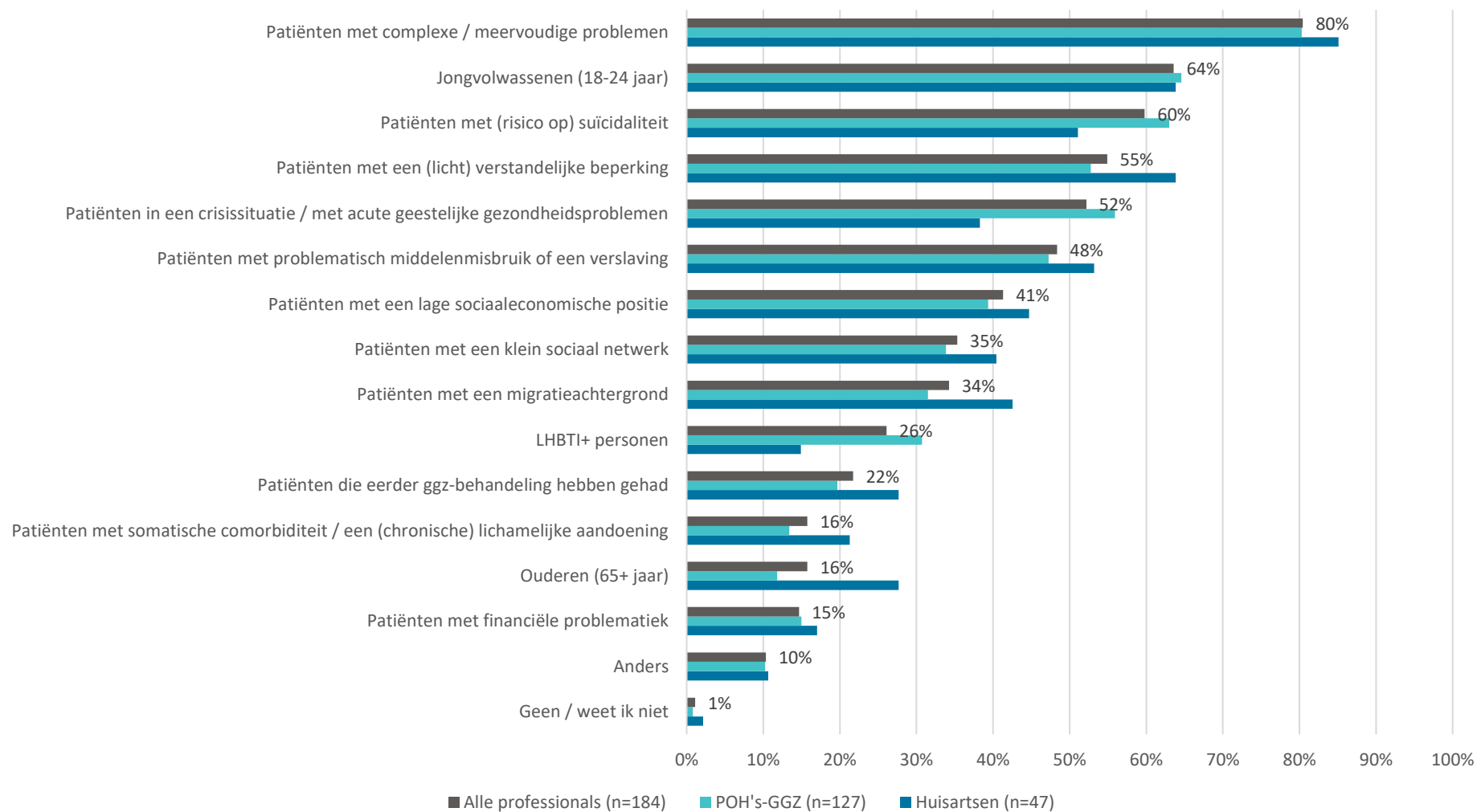
4.5 Risicogroepen patiënten tijdens wachttijd en overbrugging

Aan de deelnemende professionals is gevraagd wat volgens hen patiënten groepen zijn die tijdens het wachten op ggz-behandeling het meeste risico lopen (zie Figuur 4.12), en voor welke van deze patiënten groepen op dit moment overbruggingszorg het minst goed geregeld is of er het minste aanbod is qua overbruggingszorg (zie Figuur 4.13). Respondenten konden bij beide vragen meerdere antwoordopties aanvinken. Bij de twee vragen werden grotendeels dezelfde patiënten groepen het vaakst genoemd. De vier meest genoemde patiënten groepen die het meeste risico lopen tijdens het wachten waren: patiënten met complexe of meervoudige problemen (genoemd door 80% van de professionals), jongvolwassenen (64%), patiënten met (een risico op) suïcidaliteit (60%) en patiënten met een (licht) verstandelijke beperking (55%). Huisartsen en POH's-GGZ gaven vergelijkbare antwoorden, maar huisartsen zagen bijvoorbeeld patiënten met een (licht) verstandelijke beperking, patiënten met een migratieachtergrond en ouderen vaker als risicogroepen, terwijl POH's-GGZ suïcidale patiënten en patiënten in een crisissituatie vaker als risicogroepen zagen. De vier meest genoemde patiënten groepen waarvoor overbruggingszorg volgens de respondenten het minst goed

geregeld is waren: patiënten met complexe problemen (genoemd door 60% van de professionals), patiënten met een (licht) verstandelijke beperking (45%), patiënten in een crisis situatie (35%) en jongvolwassenen (35%).

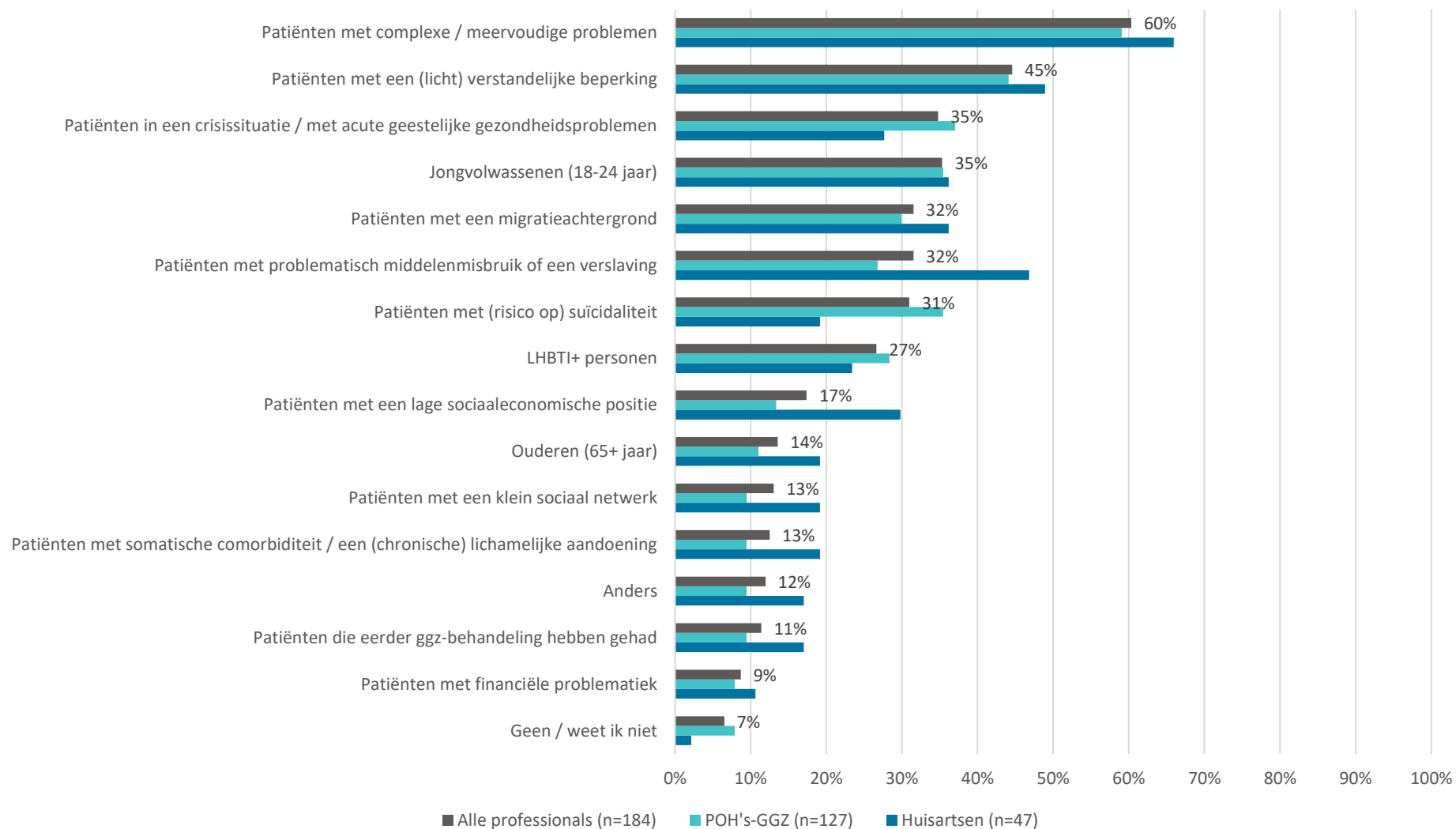
Onder 'Anders, namelijk...' werd bij deze twee vragen het vaakst ingevuld: 'al deze patiënten lopen risico tijdens het wachten' en 'voor niemand is overbruggingszorg goed geregeld'. Ook genoemd bij patiënten die het meest risico lopen tijd het wachten werden: patiënten met een eetstoornis of -probleem, patiënten met multitrauma, patiënten met een niet Nederlandse achtergrond, patiënten met autisme, ADHD of persoonlijkheidsproblematiek, volwassenen met een indicatie voor ggz-hulp, patiënten die op de wachtlijst staan voor gespecialiseerde ggz, patiënten met een dubbeldiagnose (bijvoorbeeld iemand met een licht verstandelijke beperking en ggz-problematiek, of iemand met een verslaving en ggz-problematiek), zorg mijdende psychotische jonge mensen en patiënten die gebaat zijn bij snelle diagnostiek voor goede vervolgbehandeling. Onder patiënten voor wie overbruggingszorg op dit moment het minst goed geregeld is werden nog genoemd: patiënten met autisme of ADHD, patiënten die op gespecialiseerde zorg wachten, gemiddeld opgeleide patiënten (waarvan verwacht worden dat zij zich wel redden) en patiënten met een eetprobleem of acute problematiek.

Figuur 4.12 Patiënten groepen die het meeste risico lopen tijdens het wachten op ggz-behandeling



Noot bij Figuur 4.12: de figuur toont vanwege de leesbaarheid van de figuur alleen de exacte percentages van de totale groep met alle professionals.

Figuur 4.13 Patiënten groepen voor wie overbruggingszorg het minst goed geregeld is of er het minste aanbod is



Noot bij Figuur 4.13: de figuur toont vanwege de leesbaarheid van de figuur alleen de exacte percentages van de totale groep met alle professionals.

4.6 Een huisartsenzorg zonder ggz-wachttijden

In een open vraag werd aan professionals gevraagd wat er voor hen zou veranderen qua werkbeleving als er geen ggz-wachttijden meer zouden zijn. Uit de antwoorden kwamen verschillende thema's naar voren die hieronder worden toegelicht in volgorde van meest genoemd naar minst genoemd. Box 4.3 toont ter illustratie verschillende quotes per thema.

Minder werkdruk, meer werkplezier

De professionals gingen in hun antwoord het vaakst (52%) in op werkdruk of werkplezier. Het verdwijnen van de ggz-wachttijden zou voor de meeste huisartsen en POH's-GGZ een (zeer) positieve verandering zijn die hen meer rust en werkplezier zou brengen. Het zou voor hen een (grote) opluchting en verlichting zijn. Ook zou het hen veel tijd, frustratie, stress, zorgen en gevoelens van machteloosheid en incompetentie schelen, en het (te) grote gevoel van verantwoordelijkheid dat zij dragen verminderen. Zij zouden meer voldoening en tevredenheid in hun werk ervaren. Ook zouden de respondenten (veel) minder werkdruk ervaren.

Meer aan eigenlijke taken toekomen

Hiernaast gaven de deelnemende POH's-GGZ en huisartsen soms (42%) aan dat zij door het verdwijnen van de ggz-wachttijden (veel) meer ruimte in hun werk en in hun agenda zouden ervaren, doordat patiënten sneller doorstromen naar de ggz en zij minder tijd kwijt zijn aan het zoeken van juiste (her)verwijzingen. Zo zouden zij meer tijd hebben voor 'hun eigen werk' als huisartsenzorg professionals en meer tijd hebben voor (andere) patiënten, bijvoorbeeld die met lichte psychische klachten, en voor taken waarin zij meer bekwaam zijn. Ook geven sommigen aan dat zij meer zouden toekomen aan taken op het gebied van preventie.

Betere kwaliteit van zorg voor patiënten met psychische problemen

Bijna een derde (30%) van de professionals besteedde in hun antwoord aandacht aan de kwaliteit van zorg voor patiënten met psychische problemen. Wat er zou veranderen voor huisartsen en POH's-GGZ is dat zij meer het gevoel zouden hebben dat (verwezen) patiënten snellere, betere en de juiste zorg zouden ontvangen. Dat zouden zij heel fijn vinden en dat zou hen blij maken en gerust stellen, ook omdat hun patiënten daardoor tevredener zouden zijn. Ook zouden professionals beter en gerichter kunnen verwijzen, omdat zij minder hoeven uit te gaan van wachttijden. Tot slot zouden zij meer tijd hebben om te investeren in samenwerking binnen en buiten de huisartsenpraktijk, om zo betere zorg te leveren.

Omvang van de impact

Uit de woorden die in sommige antwoorden (18%) gebruikt werden blijkt hoe groot de (meestal positieve) impact op werkbeleving zou zijn van het verdwijnen van de wachttijden, bijvoorbeeld: 'onvoorstelbaar', 'enorm', 'zeer', 'een heleboel', 'fors', '(heel) veel', 'alles', 'aanzienlijk', en 'behoorlijk'.

Weinig, geen of negatieve impact

Bijna een tiende (9%) van de respondenten gaf (deels) een neutraal of negatief antwoord. Zij verwachtten dan geen tot weinig veranderingen, bijvoorbeeld omdat zij denken dat hun agenda zich gewoonweg met andere patiënten zou vullen of omdat zij nu ook al zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij de patiënt legt tijdens overbrugging. Enkele POH's-GGZ (n=5) verwachtten zelf een negatieve verandering in hun werkbeleving; zij zouden minder uitdaging en afwisseling in hun werk ervaren. Een enkele respondent gaf aan te verwachten meer een 'doorgeefluik' te worden

en zag een risico op onnodige verwijzingen, doordat het eenvoudiger zou worden sneller door te verwijzen.

Overig

Een enkele huisarts noemde tot slot ook nog dat zij zonder ggz-wachttijden meer tijd zou hebben voor eigen scholing en deskundigheidsbevordering.

Box 4.3 Quotes van POH's-GGZ en huisartsen over het verdwijnen van de ggz-wachttijden

Vraag: stel dat er vanaf morgen geen ggz-wachttijden meer zouden zijn. Wat zou dat veranderen in uw werkbeleving?

Minder werkdruk, meer werkplezier

“Dat zou een enorme opluchting zijn. Ik zou trouwens nog steeds ingewikkeld vinden waar ik ze dan precies naartoe moet sturen. Ik vind het niet erg duidelijk wie waarvoor staat.” (huisarts, vrouw, 21 jaar werkervaring)

“Het gevoel dat mensen de juiste zorg krijgen, de zorg die ze ook daadwerkelijk nodig hebben. Dat zou me meer rust geven.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 5 jaar werkervaring)

“Een heleboel. Meer werkplezier, ruimte om te doen waar ik voor ben bedoeld, toekomen aan dingen die nu blijven liggen. Bijvoorbeeld actief patiënten benaderen die lange tijd antidepressiva gebruiken of benzo's, in onderzoek naar wensen of mogelijkheden tot begeleide afbouw.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 6 jaar werkervaring)

“Dat zou wel druk van de ketel geven! Dus dat zou mijn werkplezier verhogen.” (huisarts, vrouw, 16 jaar werkervaring)

“Zoveel rust en plezier en vermindering van frustratie. Ik schaam mij vaak voor hoe het nu gaat. Los van de wachttijden is het niet uit te leggen dat bij allerlei zorgverzekeringen men geen goede contracten heeft. In onze regio Amsterdam is 50% van aanbod grotendeels ongecontracteerd en een wirwar van eenpitters en kleine bedrijfjes. Compleet ontoegankelijk om te overzien. Het is waanzin. Bij de wijkverpleging heeft elke buurt al jaren preferente aanbieders. Dit systeem moet er ook komen binnen de ggz.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 12 jaar werkervaring)

“Wauw!! Ik voel bij de gedachte al een verlichting. Betekent dat mensen sneller op de juiste plek geholpen worden en veel minder hulpvragen hebben bij ons.” (huisarts, vrouw, 3 jaar werkervaring)

Meer aan eigenlijke taken toekomen

“Zou zeer, zeer, zeer positief zijn, Dan kan ik mijn eigen werk doen.” (POH-GGZ, man, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 10 jaar werkervaring)

“Tijd voor eigenlijke werk. Ik doe toch ook geen overbruggingsoperatie voor de chirurg of katheterisatie voor de cardioloog? Als ik als huisarts verwijs, betekent dat dat de zorg te complex is voor mij als huisarts. Dit wordt nu niet gerespecteerd.” (huisarts, vrouw, 7 jaar werkervaring)

“Dan heb ik of geen werk meer of werk vooral klachtgericht.” (POH-GGZ, man, psycholoog, 3 jaar werkervaring)

Betere kwaliteit van zorg voor patiënten met psychische problemen

“Eindelijk goede zorg voor patiënten!” (huisarts, man, 33 jaar werkervaring)

“Behandeling voor mensen die hét echt nodig hebben. Ook straat patiënten niet vergeten!!!” (POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 6 jaar werkervaring)

“Onvoorstelbaar, werk al 40 jaar in ggz-land, nooit geen ggz-wachttijden geweest. Wensdenken: effectiever kunnen behandelen als POH-GGZ, meer tijd voor preventie, in groepen of individueel.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 40 jaar werkervaring)

“Een rustigere agenda waar meer tijd vrij komt voor investeren met directe collega's in de huisartspraktijk en het sociale domein om ons heen.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 9 jaar werkervaring)

“Laagdrempelig mensen kunnen zien in een vroeg stadium, meer kunnen inzetten op preventieve taken, minder agendadruk en meer tijd om te netwerken en deskundigheidsbevordering binnen de huisartsenpraktijk. Ook meer aandacht voor de onderlinge samenwerking met huisartsen, assistenten, POH's.” (POH-GGZ, man, maatschappelijk werker, 10 jaar werkervaring)

Weinig, geen of negatieve impact

“Niets. Er zou wel meer ruimte in mijn agenda zijn, die waarschijnlijk gevuld gaat worden met andere vragen van patiënten.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 6 jaar werkervaring)

“Meer ruimte in agenda, minder druk. Tegelijkertijd zie ik overbruggingszorg ook als een uitdaging.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 4 jaar werkervaring)

“Dan zou ik weer wat meer kortdurende trajecten hebben. Dat is wel waar de POH-GGZ voor bedoeld is, maar voor mij persoonlijk is het ook afwisselend om tussendoor overbruggingstrajecten (die wat langer duren) te doen.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 4 jaar werkervaring)

4.7 Knelpunten en oplossingen rondom overbruggingszorg

In twee open vragen werd aan professionals gevraagd wat de huidige knelpunten en mogelijke oplossingen rondom overbruggingszorg waren. Uit hun antwoorden kwamen verschillende knelpunten en oplossingen naar voren die hieronder in Tabel 4.3 worden toegelicht. Omdat de knelpunten en oplossingen regelmatig aan elkaar gerelateerd waren, zijn zij in Tabel 4.3 naast elkaar gezet. Soms hadden de antwoorden niet direct betrekking op overbruggingszorg zelf, maar gingen zij eerder over oplossingen en knelpunten rondom de organisatie van de ggz en de wachtlijstproblematiek in het algemeen (zie het desbetreffende thema in de tabel). Er zat veel

variatie in de gegeven antwoorden en de voorgestelde oplossingsrichtingen, die elkaar soms ook tegenspreken⁴². De antwoorden die door meer dan tien professionals genoemd werden, zijn vetgedrukt in Tabel 4.3. Box 4.4 toont ter illustratie verschillende quotes per thema.

Tabel 4.3 Knelpunten en oplossingen rondom overbruggingszorg

Thema	Knelpunten	Oplossingen
Overbruggingszorg in het algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • De duur van de wachttijden en dus van de overbruggingsperiode, en de onduidelijkheid daarover⁴³ • Onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de overbruggingszorg • Onduidelijkheid over hoe de overbruggingszorg vorm te geven qua inhoud 	<ul style="list-style-type: none"> • De ggz moet de verantwoordelijkheid nemen voor de overbruggingszorg en deze leveren • Alternatieve vormen van ondersteuning kunnen vaker worden ingezet ter overbrugging, bijvoorbeeld eHealth, groepsbijeenkomsten, sociaal domein of lotgenotencontact
Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan tijd en capaciteit in huisartsenpraktijk voor overbruggingszorg; risico op overbelasting • Gebrek aan expertise in de huisartsenpraktijk om goede overbruggingszorg te leveren • De verantwoordelijkheid voor overbrugging zou niet in de huisartsenpraktijk moeten liggen • Een gebrek aan samenwerking binnen de huisartsenpraktijk rondom overbruggingszorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen overbruggingszorg meer leveren in de huisartsenpraktijk • Meer capaciteit bij de POH-GGZ voor overbruggingszorg • Overbruggingszorg door de POH-GGZ in groepsvorm laten aanbieden • Consultatie van de ggz rondom overbruggingszorg; voor advies of om het gezamenlijk vorm te geven
Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Een tekort aan overbruggingszorg initiatieven • Onbekendheid met overbruggingszorg initiatieven onder huisartsenzorg professionals; er is geen eenduidige route daarnaartoe • Slechte toegankelijkheid van overbruggingszorg initiatieven voor patiënten, bijvoorbeeld door kosten • De overbruggingszorg initiatieven zijn vooral geschikt voor zelfredzame 	<ul style="list-style-type: none"> • Een sociale kaart voor huisartsenzorg professionals • Bekendheid van het overbruggingszorg aanbod vergroten onder huisartsenzorg professionals • Betere samenwerking tussen overbruggingszorg initiatieven en huisartsenzorg professionals

⁴² Zo vonden sommigen dat er méér capaciteit voor overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk moet komen, terwijl anderen dat juist wilden opheffen. Onder oplossingen werd zowel het invoeren als het afschaffen van het verkennend gesprek genoemd.

⁴³ De antwoorden die door meer dan tien professionals genoemd werden zijn in Tabel 4.3 vetgedrukt.

Thema	Knelpunten	O oplossingen
Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk	<ul style="list-style-type: none"> patiënten of patiënten met minder ernstige klachten • Twijfels of zorgen over de kwaliteit van overbruggingszorg initiatieven 	
Toegankelijkheid en organisatie van de ggz	<ul style="list-style-type: none"> • Extra lange wachttijden voor patiënten met complexe problematiek en voor de gespecialiseerde ggz • Te weinig ggz-capaciteit, te weinig ggz-personeel • De ggz neemt geen verantwoordelijkheid (voor wachtende patiënten) • Administratieve druk in de ggz • Hokjes denken en overspecialisaties in de ggz • Aanmeldstops in de ggz • Een gebrek aan bepaalde expertise in de ggz, bijvoorbeeld over autisme of verstandelijke beperkingen • Te weinig hulpverleners in de ggz spreken een andere taal 	<ul style="list-style-type: none"> • Kortere wachttijden, zodat er geen overbruggingszorg meer nodig is • Meer ggz-capaciteit • De Nieuwe GGZ
Triage	<ul style="list-style-type: none"> • Onjuiste triage • Afwijzingen van patiënten (soms herhaaldelijk en / of na lang wachten op de intake), het hanteren van exclusiecriteria door ggz-instellingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Snellere intakes • Betere, bredere triage en intakes / diagnostiek (bijvoorbeeld via het verkennend gesprek) • Geen verkennend gesprek, dat vertraagt de doorstroom van patiënten
Domein-overstijgende samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan samenwerking en afspraken tussen huisartsenpraktijk en ggz (en ook sociaal domein) 	<ul style="list-style-type: none"> • Betere domeinoverstijgende samenwerking • Laagdrempelige consultatiemogelijkheid van ggz / psychiater door huisartsenpraktijk
Financiering van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Rol zorgverzekeraars: contractproblemen, schotten in financiering, zorgplafonds, inkoopbeleid • De financiering van de zorg (in het algemeen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekeraars moeten meer zorg inkopen • Andere / betere financiering van zorg
Overig / algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • De risico's van overbruggingszorg voor patiënten • Overbruggingszorg zelf is het knelpunt; dat zou niet nodig moeten zijn 	<ul style="list-style-type: none"> • In overbruggingszorg zit niet de oplossing, want dit is niet het centrale probleem (dat zijn de ggz-wachttijden)

Thema	Knelpunten	Oplossingen
Overig / algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Te veel hulpvragen voortkomend uit maatschappelijke problemen of klachten bij normale levensproblemen komen in de ggz terecht • Alles is een knelpunt • Er zijn geen knelpunten • Weet ik niet 	<ul style="list-style-type: none"> • Een andere kijk op psychische problemen in de maatschappij, normaliseren psychisch lijden • Meer zelfredzaamheid bij mensen met psychische problemen • Er zijn geen oplossingen • Weet ik niet

Box 4.4 Quotes van POH's-GGZ en huisartsen over knelpunten en oplossingen rondom overbruggingszorg

Vraag: wat zijn op dit moment de grootste knelpunten of uitdagingen op het gebied van overbruggingszorg?

Overbruggingszorg in het algemeen

"Ik denk dat de problematiek wel heel duidelijk is. Het is heel schrijnend, mensen komen met enorme klachten aan bij de huisarts of POH-GGZ, vaak gaat het al maanden tot jaren niet goed, en zitten ze nu op het punt dat het écht niet meer gaat. Vervolgens krijgen ze te horen dat ze 6 maanden, 9 maanden, of jaren kunnen wachten op de hulp die ze NU nodig hebben. Dit zorgt voor verergering van klachten. Daarnaast krijgt hierdoor de POH-GGZ een ongezonde lading verantwoordelijkheid op zijn bordje. We vinden allemaal dat de problematiek te zwaar is voor de huisartsenzorg (vandaar de verwijzing), maar ondertussen moet die wel gedragen worden. Dit leidt tot klachten en angsten bij POH's-GGZ, maar ook tot verergering van klachten bij de patiënt. De ggz-instelling zou zelf meteen de verantwoordelijkheid moeten krijgen." (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 9 jaar werkervaring)

"Een van de grootste knelpunten is dat er overbrugging moet worden geregeld voor soms wel meer dan 1,5 jaar. Dat is zeker voor jongeren veel te lang. Dus vooral de duur van de overbruggingszorg lijkt me een uitdaging." (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 1 jaar werkervaring)

Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk

"Ik vind het als huisarts lastig om overbruggingszorg te leveren, voel me er niet bekwaam in." (huisarts, vrouw, 16 jaar werkervaring)

"Het niet goed weten als POH-GGZ, daar er nog geen diagnose gesteld is, hoe verantwoord en zinvol de overbruggingszorg ingezet kan worden." (POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 3 jaar werkervaring)

Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk

"Het zijn veelal tijdelijke oplossingen die met name toegankelijk zijn voor patiënten die toch al meer zelfredzaam zijn of voor minder ernstige klachten: eHealth, niet vergoede zorg." (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 6 jaar werkervaring)

“Er is te weinig aanbod of het is onvoldoende bekend.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 6 jaar werkervaring)

“Dat er waarschijnlijk vele initiatieven zijn, maar dat er geen eenduidige route is.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 4 jaar werkervaring)

Organisatie en toegankelijkheid van de ggz

“Persoonlijk vind ik dat er zo min mogelijk overbruggingszorg zou moeten zijn.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 2 jaar werkervaring)

Domeinoverstijgende samenwerking

“Niet met de vinger naar elkaar wijzen, maar kom in actie.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 14 jaar werkervaring)

Vraag: wat zijn mogelijke oplossingen / wat draagt vooral bij aan betere overbruggingszorg in de toekomst?

Overbruggingszorg in het algemeen

“Zou wel fijn zijn als ggz zelf verwijst naar overbruggingszorg en dat de verantwoordelijkheid daar ligt.” (huisarts, vrouw, 12 jaar werkervaring)

Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk

“Beter overleg met de zorgaanbieder waar patiënt op de wachtlijst staat, mogelijk de ruimte om samen al een plan te maken voor overbrugging.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 3 jaar werkervaring)

“Dat ggz de intake wel snel doet en meedenkt met huisartsenpraktijk hoe en welke overbruggingszorg te bieden.” (POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 5 jaar werkervaring)

Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk

“Een stroomdiagram per doorverwijzing van klacht en welke organisaties kunnen worden ingezet of aangesproken om ondersteuning of overbrugging te bieden.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 4 jaar werkervaring)

“Een sociale kaart met overbruggingsmogelijkheden waarnaar de huisartsenpraktijk (of de ggz) kan verwijzen.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 6 jaar werkervaring)

“Betere bekendheid en beschikbaarheid van bewezen goede voorbeelden.” (huisarts, man, 30 jaar werkervaring)

“Ik zou denken dat een POH-GGZ in principe geschikt is hiervoor, maar misschien is het niet zo gek als er meerdere opties zijn, bijvoorbeeld ook via het sociaal wijkteam. Mensen zijn doorgaans niet zo gecharmeerd van groepen of online dingen.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 5 jaar werkervaring)

Triage

“Geen selectie bij de voordeur. Wachtijd binnen de norm.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 4 jaar werkervaring)

“Terug naar een beperkte ggz voor psychiatrische aandoeningen, verder laagdrempelige begeleiding en netwerksteun. Die is er, alleen het wordt te weinig gekoppeld.” (POH-GGZ, man, POH-GGZ opleiding, 36 jaar werkervaring)

Toegankelijkheid en organisatie van de ggz

“Ik denk dat hier niet de kern van het probleem ligt. Dat ligt namelijk bij de wachtlijsten van de ggz. We moeten hier niet iets extra's voor optuigen om dit probleem op te lossen.” (huisarts, vrouw, 6 jaar werkervaring)

“Overbruggingszorg zou minimaal nodig moeten zijn. POH-GGZ kan helpen normaliseren en doe ik ook. Er blijven echt zaken over die dringend behandeling vragen en dat is niet mijn vak. Je brengt een auto ook niet tijdelijk bij de fietsenmaker omdat je voor de garage lang moet wachten.” (POH-GGZ, man, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 36 jaar werkervaring)

“Ik denk dat er onnodig veel instanties worden opgericht om de wachttijden te overbruggen. Dit kost onnodig geld en tijd en kan wat mij betreft beter in de directe zorg ggz worden gestopt.” (POH-GGZ, vrouw, sociaalpedagogische hulpverlener, 5 jaar werkervaring)

Domeinoverstijgende samenwerking

“Intensievere samenwerking in ieders regio. Er zijn hiervoor verschillende initiatieven. Echter risico dat er veel tijd wordt gestoken in modellen, financiering, wet- en regelgeving waardoor veranderprocessen lang duren, terwijl verandering nu moeten ingezet en niet morgen gezien de druk.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 5 jaar werkervaring)

“Adequate ondersteuning en begeleiding waarbij ook oog is voor aanpalende (probleem) leefgebieden zoals wonen en inkomen.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 4 jaar werkervaring)

Overig

“Speciaal centrum voor overbruggingszorg?” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 2 jaar werkervaring)

4.8 De term overbruggingszorg

Op de vraag of er beter een andere term voor overbruggingszorg kan worden gebruikt antwoordde ruim de helft (59%) van de respondenten ‘nee’. Qua alternatief vinden de respondenten ‘wachttijd of wachtlijst interventies of programma’s’ het vaakst geschikt (22%), gevolgd door ‘passende zorg’ (7%), netwerkzorg (6%), complementaire zorg (5%) of voorzorg (5%). Door 14% is iets anders ingevuld als toelichting, bijvoorbeeld: ‘het gaat niet om de naam’, ‘onzinzorg’, ‘surrogaat zorg’, ‘pappen en nathouden zorg’, ‘trajectzorg’, ‘herstelbehandeling’ of ‘zorg op de onjuiste plek’. Ook in de antwoorden op andere vragen in de vragenlijst werd soms kritiek gegeven op de term overbruggingszorg. Box 4.5 toont ter illustratie enkele quotes over de term overbruggingszorg.

Box 4.5 Quotes van POH's-GGZ en huisartsen over de term overbruggingszorg

“Suggereert dat er juiste zorg geboden wordt, wat niet het geval is.” (huisarts, man, 18 jaar werkervaring)

“Onzinzorg, nulzorg, het heeft namelijk niks meer zorg te maken. Het is alleen pappen en nathouden en vurig hopen dat het niet mis gaat. En alle zorgverleners in de eerste lijn van hun werk houden omdat ze zich nu gedwongen bezig moeten houden met deze shit en taken die niet hun taken zijn! Verder niks.” (huisarts, vrouw, 14 jaar werkervaring)

“Ik zie een systemisch risico in de termen 'overbruggingszorg' en 'wachtijd': alsof het verloren tijd is die patiënten en wij als POH's-GGZ of huisartsen een beetje moeten opvullen. Veel liever zou ik het zien en systemisch faciliteren als 'behandeltijd'. Dit raakt aan hoe ik kijk naar de toekomst van de zorg bij psychische klachten. Het denken is nu: POH-GGZ en sociaal domein bij lichte of matige klachten, psychische stoornissen naar de ggz. Dit is al lang niet meer de realiteit. POH's-GGZ behandelen volop psychische stoornissen, zoals paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, depressie, SOLK. En ook in de ontwikkeling van de persoonlijkheid hebben we impact. Alleen sommige dingen kunnen we niet, zoals complexe diagnostiek van onderliggende problematiek, behandeling van complex trauma of complexe persoonlijkheidsproblematiek. Die dingen zouden - aanvullend op onze behandelingen - laagdrempelig beschikbaar moeten zijn voor ons en onze patiënten.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 7 jaar werkervaring)

“Overbruggen is ook behandelen, toeleidingszorg.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 4 jaar werkervaring)

“Het woord wachtijd duidt op passiviteit; dit straalt ook af op patiënten, terwijl er misschien actief al veel gedaan kan worden.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 5 jaar werkervaring)

“Overbruggingszorg geeft het risico dat mensen denken dat het dan nog geen goede zorg is en dat als ze aan de beurt zijn problemen worden opgelost. Dat valt dan vaak tegen en verhoogt suïciderisico. Dus het gewoon onderdeel laten zijn van de zorg op verwijzing zonder termen en verstorende ingewikkelde procedures.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 11 jaar werkervaring)

“Het gaat niet om de naam. Er moet gewoon iets veranderen. De naam veranderen lijkt heel erg op politiek geneuzel. Dat verandert de zaak niet!” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 12 jaar werkervaring)

4.9 Overige opmerkingen van professionals

Aan het einde van de vragenlijst was er ruimte voor laatste opmerkingen. Respondenten gaven hier soms nog een aanvulling op een antwoord uit een eerdere vraag⁴⁴. Verder kwamen hier nog de volgende onderwerpen aan bod:

- De deelnemende POH's-GGZ en huisartsen uitten vooral veel kritiek op (de organisatie en toegankelijkheid van) het ggz systeem, inclusief de aanhoudendheid en duur van de wachttijden en de afwijzingen en nieuwe verwijzingen binnen de ggz;
- Er werd benadrukt dat het moet blijven gaan over de het oplossen van de ggz-wachttijstproblematiek op zich (in plaats van of naast het verbeteren van overbruggingszorg) en dat de verantwoordelijkheid daarvoor zou moeten liggen bij de ggz en niet bij huisartsenpraktijken;
- Er werd voor diverse verbeteringen gepleit, bijvoorbeeld: meer personeel in de ggz, wegnemen van omzetplafonds die door zorgverzekeraars met ggz aanbieders worden afgesproken, betere samenwerking tussen huisartsenpraktijk en ggz, ontschotting van de geldstromen;
- Er werd een vergelijking met de somatische zorg gemaakt; dergelijke lange wachttijden en overbruggingszorg zouden bij kanker, ernstige lichamelijke problemen of een operatie niet worden geaccepteerd;
- Er werden opmerkingen gemaakt over de vragenlijst of het onderzoek (bijvoorbeeld: goed dat hier aandacht voor is, maar ook: dat het niet alleen bij een onderzoek moet blijven);
- De suggestie werd gedaan dat we mogelijk iets zouden kunnen leren van andere landen.

Box 4.6 toont ter illustratie enkele quotes uit de overige opmerkingen van huisartsen en POH's-GGZ.

Box 4.6 Quotes van POH's-GGZ en huisartsen over de ggz en de wachttijden

Vraag: wilt u verder nog iets kwijt over de ggz-wachttijden of overbruggingszorg, of deze vragenlijst?

"Code rood." (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 9 jaar werkervaring)

"Ja, wat is volgens mij de oplossing? Betere toegang ggz ook door efficiënter werken, minder vergaderen en meer afstemming zorgaanbod op zorgvraag. Zeer vaak horen wij: "Deze zorgvraag valt niet binnen ons zorgaanbod". Over zo'n antwoord doen ze dan 3 maanden..." (huisarts, man, 33 jaar werkervaring)

"Overbrugging is een noodzakelijk kwaad waar ik van af wil." (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 6 jaar werkervaring)

"Jammer, ik denk dat het ten koste gaat van goede zorg en begeleiding. Ik heb het gevoel te moeten puzzelen en door de beperkte keuze (wachttijd van soms 200 dagen, opname stop,

⁴⁴ Die zijn dan in de desbetreffende resultaten meegenomen.

verwijzing geweigerd vanwege complexiteit) er onnodig veel tijd en geld verloren gaat.”
(POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 2 jaar werkervaring)

“Los de problemen in de ggz en stop het niet langer in de eerste lijn. PUNT. Stop met managen, jezelf opheffen als overbruggingszorg, dat zou helpen.” (huisarts, vrouw, 12 jaar werkervaring)

“Oplossing is de wachtlijsten aanpakken in plaats van een weer andere zorg optuigen.”
(POH-GGZ, vrouw, POH-GGZ opleiding, 11 jaar werkervaring)

“Ik ervaar nauwelijks steun en heb heel vaak het gevoel dat een patiënt buiten gehouden wordt door instellingen. Te moeilijk, niet onze doelgroep. Autisme is hier eigenlijk niet ‘verwijsbaar’ en als we de crisisdienst bellen, zijn we vaak 20 minuten aan de telefoon om ze te overtuigen betreffende patiënt te zien. Oei, ik kan er een boekje over opendoen. Het is werkelijk heel zorgelijk hoe slecht de ggz op het moment is. (POH-GGZ, man, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 36 jaar werkervaring)

“Wachttijden, budgetplafonds en afschuifgedrag zijn dagelijks aan de orde in met name de ggz (NB: niet voorbehouden aan de ggz) en zijn een dagelijkse bron van ergernis, administratief geneuzel, discussies aan telefoon en andere energie slurpende omstandigheden.” (huisarts, vrouw, 29 jaar werkervaring)

“Heus, als niet het hele systeem op de schop gaat dan gaat het niet veranderen of verbeteren . Zoveel ongecontracteerde zorg is niet toegankelijk voor mensen die dit niet kunnen betalen. Complexe patiënten wil niemand meer hebben. Teveel zorgverzekeringen die geen goede dekking hebben. Het is vooral een systeem probleem. Genoeg deskundige mensen om het uit te voeren. Stop met roepen dat het door tekort aan personeel komt.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 12 jaar werkervaring)

“Vanaf dat ik in 1995 begon bij ggz en later bij huisartsenpraktijk heb ik altijd ervaren dat er wachtlijsten waren en dat er diverse maatregelen zijn genomen om deze wachtlijsten te verminderen. Tot op heden is dat niet gelukt.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 20 jaar werkervaring)

“Fijn dat er aandacht voor is, maar ik heb weinig hoop voor de toekomst.” (huisarts, vrouw, 20 jaar werkervaring)

“Ik hoop dat we samen het probleem kunnen oplossen.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 8 jaar werkervaring)

5 Overzicht overbruggingszorg initiatieven

5.1 Beschrijving van de overbruggingszorg initiatieven

Aantal initiatieven

Er werden 51 overbruggingszorg initiatieven gevonden. Bijlage C bevat een tabel met beschrijvingen van de gevonden initiatieven voor overbruggingszorg. De meeste initiatieven werden geïdentificeerd via de vragenlijst onder professionals (zie paragraaf 2.1), gevolgd door via het literatuuronderzoek (Schutjens et al., 2024). Ook via de focusgroepen en interviews (zie paragraaf 2.3) en de leden van de projectgroep en adviescommissie (zie paragraaf 2.4) werden enkele initiatieven geïdentificeerd. Tot slot meldden sommige betrokkenen bij initiatieven zich aan bij de onderzoekers en kwamen sommige initiatieven uit een overzicht van relevante ZonMw projecten. Soms waren de geïdentificeerde initiatieven een algemeen voorbeeld, bijvoorbeeld ‘een zelfregiecentrum’ of ‘het aanbod van patiëntenverenigingen’. Andere geïdentificeerde initiatieven waren specifieke voorbeelden, bijvoorbeeld zelfregiecentrum Kompasie in de regio Den Haag of de website van de Depressievereniging. De algemene en specifieke voorbeelden zijn in de tabel in bijlage C samengevoegd.

Doel en doelgroep

Een derde van alle gevonden initiatieven werd specifiek ontwikkeld naar aanleiding van de ggz-wachttijden, bijvoorbeeld door een ggz-instelling, een eHealth aanbieder of ervaringsdeskundigen. De rest bestond uit reguliere vormen van zorg of ondersteuning die door patiënten of professionals in de praktijk blijken te worden gebruikt of ingezet als overbruggingszorg. De initiatieven hebben meestal een algemene doelgroep: patiënten met psychische problemen. Soms bestaat de doelgroep specifiek uit patiënten op een ggz-wachttijd. Soms zijn er exclusiecriteria, bijvoorbeeld dat er geen sprake mag zijn van crisisgevoeligheid. Het doel van de initiatieven is meestal: de situatie stabiliseren, achteruitgang tijdens het wachten voorkomen, suïcide voorkomen, voorbereiden op ggz-behandeling, (alvast) werken aan herstel, de wachttijd overbruggen of benutten, informeren, emotionele steun bieden, (h)erkenning bieden, en ervaringen uitwisselen.

Setting en werkwijze

De setting waarin het initiatieven plaatsvindt is divers; huisartsenzorg, ggz, sociaal domein of gemeente, informele zorg of online. In afstemming met de adviescommissie werden de gevonden initiatieven in de volgende negen categorieën ingedeeld:

- Zelfregie- en herstelcentra;
- Groepen vanuit ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld de WachtVerzachter;
- Wachtgroepen in de ggz, bijvoorbeeld WachtenWaard;
- Landelijke telefoonlijnen, binnen en buiten kantoor tijd, bijvoorbeeld 113 Zelfmoordpreventie⁴⁵, de MIND Hulplijn of de Luisterlijn;
- Websites (met vaak chat of forum), bijvoorbeeld vanuit patiëntenverenigingen of eHealth communities;
- eHealth (online module, cursus of app) bij huisartsenpraktijk of ggz-instelling, bijvoorbeeld Therapieland Eerste stap naar herstel, Minddistrict Welkomstmodule of Wacht @ctief;

⁴⁵ Voorheen: 113Online.

- Consulten bij een verwijzer of een tijdelijke behandelaar, meestal een professional in de huisartsenpraktijk of basis-ggz, maar ook psychiater, POH-GGZ Spoed of crisisdienst;
- Ondersteuning via de gemeente of het sociaal domein, bijvoorbeeld via de Wmo, maatschappelijk werk, buurtteam of Welzijn op Recept;
- Overig, bijvoorbeeld een initiatief gericht op zingeving, een informatiepunt voor transgenderzorg of logeer- en respijthuizen.

Toegankelijkheid

Het gaat vaak om regionale initiatieven, maar een deel is ook op landelijke schaal beschikbaar. Meestal is er geen verwijzing nodig via de huisarts, en is het aanbod gratis of is er alleen een eigen kleine bijdrage nodig. Bepaalde initiatieven uit het overzicht zijn wel minder toegankelijk voor patiënten, bijvoorbeeld doordat zij exclusiecriteria hanteren, geld kosten, alleen via een werkgever of de ggz toegankelijk zijn of digitale vaardigheden vereisen.

Betrokkenheid ervaringsdeskundigheid

De inbreng vanuit het ervaringsdeskundigen perspectief varieert tussen de initiatieven, met aan de ene kant initiatieven die volledig zijn opgezet en ontwikkeld vanuit ervaringsdeskundigen, en aan de andere kant initiatieven die zijn ontwikkeld vanuit (ggz-)professionals, waarbij soms wel en soms niet de inbreng van cliënten(vertegenwoordigers) of ervaringsdeskundigen is meegenomen.

Onderbouwing

Er is naar de meeste initiatieven geen of nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht. Bij sommige initiatieven is er een gebruikersonderzoek of pilot onderzoek uitgevoerd. Dat is bij reguliere initiatieven meestal alleen onder een algemene doelgroep gebruikers, dus onbekend blijft dan nog steeds wat de specifieke ervaringen zijn van mensen die op een ggz-wachtlijst staan. Wel maken veel van de initiatieven gebruik van elementen waarover al bekend is uit de wetenschappelijke literatuur dat zij in het algemeen waardevol kunnen zijn bij omgaan met psychische problemen, zoals psycho-educatie, groepsbijeenkomsten, (begeleid) lotgenotencontact en contact met ervaringsdeskundigen. Ook de laagdrempelige beschikbaarheid (geen of lage kosten, geen verwijzing nodig) lijkt een belangrijk werkzaam element te zijn van diverse initiatieven.

6 Resultaten focusgroepen en interviews

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de focusgroepen en interviews met patiënten en naasten, POH's-GGZ, huisartsen en experts uit de adviescommissie. Hierin kwamen hun ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg aan bod. Omdat tijdens de drie focusgroepen en de interviews met de verschillende doelgroepen vergelijkbare thema's aan de orde kwamen zijn de resultaten in dit hoofdstuk per thema samengevat in een paragraaf. De volgende thema's komen aan bod: behoeftes van patiënten rondom overbruggingszorg, overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk, overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk, de term overbruggingszorg en overbruggingszorg in de context van actuele ontwikkelingen. Daarvoor worden de achtergrondkenmerken van de deelnemers weergegeven.

6.1 Achtergrondkenmerken

In totaal namen 21 personen deel aan de focusgroepen en interviews. De focusgroep met patiënten en naasten had zes deelnemers. De focusgroep met POH's-GGZ had zes deelnemers. Er namen twee huisartsen deel aan een individueel interview. De focusgroep met experts had 7 deelnemers, waarvan er twee (ook) huisarts waren en één (ook) POH-GGZ was. Tabel 6.1 toont een beschrijving van de achtergrondkenmerken van de deelnemers.

Tabel 6.1 Achtergrondkenmerken van de deelnemers aan de focusgroepen en interviews

	Patiënten / naasten (n=6)	POH's-GGZ (n=6)	Huisartsen (n=2)	Experts (n=7)
Rol of achtergrond	Vijf patiënten en één naaste (moeder van zoon). Drie deelnemers hadden ook vanuit de andere rol enige ervaring	Opleiding: sociaal psychiatrisch verpleegkundige (n=2), maatschappelijk werker (n=2), psycholoog (n=2 ⁴⁶) of pedagoog (n=1)	Geen kaderhuisartsen ggz	Expertise op het gebied van de huisartsenzorg (n=3), ggz (n=2), of cliëntenvertegenwoordiging of ervaringsdeskundigheid (n=2)
Leeftijd	Gemiddeld 45 jaar (variërend van 27 tot 73 jaar)	Gemiddeld 52 jaar (42, 55, of 60 jaar; overige drie onbekend)	Onbekend	Onbekend
Gender	Vijf vrouwen, één man	Allen vrouw	Eén vrouw, één man	Vier vrouwen, drie mannen

⁴⁶ Eén POH-GGZ was zowel sociaal psychiatrisch verpleegkundige als psycholoog.

	Patiënten / naasten (n=6)	POH's-GGZ (n=6)	Huisartsen (n=2)	Experts (n=7)
Werkervaring	Vier deelnemers zijn werkzaam als ervaringsdeskundige of cliëntenvertegenwoordiger in de ggz	Veel ervaring als psychisch hulpverlener (gemiddeld 27 jaar, variërend van 13 tot 40 jaar). In diverse regio's door heel Nederland werkzaam	Beiden ruim 15 jaar werkervaring	Vijf deelnemers werkten (ook) in de patiëntenzorg, waarvan drie in de huisartsenzorg
Patiënten ervaringen met ggz-wachttijden	Veel ervaring met de ggz, diverse keren op wachtlijsten gestaan	Onbekend	Eén huisarts heeft ook als patiënt ervaring met de ggz-wachttijden	Eén expert heeft ook als patiënt ervaring gehad met overbruggingszorg bij de POH-GGZ

6.2 Behoeftes van patiënten rondom overbruggingszorg

Patiënten en naasten

Behoefte aan proactieve informatievoorziening en snelle intake

Het was voor patiënten vaak een langdurig en bureaucratisch proces (geweest) om bij de juiste ggz-behandeling terecht te komen. De patiënten die deelnamen aan de focusgroep zijn zagezegd experts geworden in het 'navigeren' door de ggz. Het navigeren bestond uit het naar de huisarts gaan, het zoeken naar de juiste verwijzing, behandelaar of therapie, het opzoeken van informatie over actuele wachttijden, informeren bij de zorgverzekeraar in hoeverre de desbetreffende behandeling vergoed werd (nu of in de toekomst), op een wachtlijst staan en een intakegesprek voeren. Hierna belandden zij opnieuw een wachtlijst voor behandeling, óf zij werden na de intake afgewezen omdat de ggz-instelling geen passend zorgaanbod zou hebben, en dan begon het proces weer van voor af aan. Ook eenmaal 'binnen' bij de ggz bleef het soms nog zoeken naar de juiste behandeling, of belandde men soms opnieuw op een wachtlijst voor een andere behandeling. Dit navigeren door de ggz kostte hen veel tijd en energie. Dit was zwaar, juist in een tijd dat zij juist om hulp hadden gevraagd vanwege psychische problematiek. Patiënten voelden zich soms ook (zeer) alleen staan in dit proces, en hadden daarbij wel ondersteuning willen hebben van een professional of instantie. De patiënten die deelnamen aan de focusgroep waren in die zin (erg) zelfredzaam, maar zij uiten hun zorgen over andere patiënten, met bijvoorbeeld lage gezondheidsvaardigheden of minder (sociale of financiële) hulpbronnen. Er werd volgens hen door professionals vanuit de ggz of huisartsenpraktijk niet of nauwelijks gekeken naar wat zij tijdens het wachten nodig hadden. De deelnemende patiënten voelden zich vrijwel allemaal aan hun lot overgelaten tijdens het wachten en misten een follow-up of nabellen (vanuit ggz of huisartsenzorg). Soms gaf dit hen een eenzaam gevoel, het gevoel *'in de steek gelaten te worden'*. Dat kan volgens hen beter; door mensen op te volgen, door mensen te activeren en alvast aan de slag te laten gaan met andere mogelijkheden. De deelnemers vonden het ook zwaar om in dit navigeer proces zelf (veel) verantwoordelijkheid te moeten dragen. Zij ervoeren weinig (proactieve) communicatie vanuit de zorg. Zij vinden dat professionals die verantwoordelijkheid niet

bij hen zouden moeten neerleggen als er sprake is van ernstige problematiek of crisis, maar onderling meer zouden moeten samenwerken. Zij vinden goede informatievoorziening over met name de duur van de wachttijd van groot belang. Zij zouden het liefst een snelle intake of adviesgesprek krijgen met direct een helder plan, ook voor een eventuele periode van wachten. Zowel patiënten als huisartsen en experts benadrukten in de focusgroepen dat het belangrijk is voldoende aandacht te houden voor kwetsbare groepen tijdens de wachttijd. Zij zien dat hoe complexer de problematiek is, hoe langer de wachttijden zijn.

Behoeftte aan emotionele steun en een toegankelijk wachttijd aanbod

Sommige patiënten hadden tijdens de wachttijd ook behoefte aan iemand om mee te praten, een luisterend oor en persoonlijk contact. Patiënten hadden daarnaast behoefte aan een overzicht van mogelijkheden voor overbruggingszorg (zie ook paragraaf 6.5) Het was voor patiënten belangrijk dat overbruggingszorg vooral laagdrempelig is, en bijvoorbeeld weinig of geen kosten en geen eigen wachttijden met zich meebrengt ('niet nog meer barrières'). Voor een deelnemende moeder was het belangrijk te weten dat haar zoon ergens overbruggingszorg kreeg (bij een online psycholoog), terwijl hij wachtte op de juiste behandeling. Een andere naaste had tijdens de wachttijd ook vooral behoefte aan hulp bij navigeren door het ggz-systeem, met name steun van professionals bij het regelen van de juiste zorg. Een andere naaste noemt dat het voor haar partner met name prettig zou zijn geweest als iemand tijdens haar wachttijd eens had gevraagd hoe het met hem ging. Informatie over mogelijkheden voor ondersteuning tijdens wachten zou wat hen betreft het liefst ergens gebundeld moeten worden weergegeven; het aanbod is nu te versnipperd. De deelnemende patiënten waren zelfredzaam en hebben daar misschien enige ondersteuning bij nodig van een professional; zij dachten dat andere patiënten met minder gezondheidsvaardigheden of hulpbronnen waarschijnlijk meer hulp nodig hebben om op weg geholpen te worden. Deelnemers benadrukten tot slot het belang van het betrekken van naasten in de ggz en pleitten voor voldoende aandacht en ondersteuning voor naasten, ook tijdens een eventuele wachttijd en overbruggingsperiode.

Box 6.1 toont ter illustratie enkele quotes over behoeftes van patiënten rondom overbruggingszorg.

Box 6.1 Quotes uit de focusgroepen over behoeftes rondom overbruggingszorg

“Wat vond ik belangrijk? Ik ben meestal wel ergens geweest, bij een huidige of toenmalige therapeut. Voor mij ging het vooral om: er is iemand die er voor je is. Dat klinkt wat bezitterig, wat hebberig, maar het gaat me vaak nog niet eens om wat de inhoud daarvan nou was. Het is vaak gezien worden, gehoord worden. Dat vond ik echt veel belangrijker.” (patiënt, man, 55 jaar)

“Kijk, ik denk wel dat overbruggingszorg laagdrempelig moet zijn. Als ik daar ook weer voor op een wachtlijst moet, dan wordt het natuurlijk wel lastig. Ja, dat moet redelijk snel op gang kunnen komen natuurlijk, want anders heb je er weinig aan.” (patiënt, vrouw, 27 jaar)

“Door mee uit te zoeken van: welke diagnose, waar kan je terecht? Hoe lang zijn de wachtlijsten? Waar kan je je het beste aanmelden? Wat wordt wel en niet vergoed? En ook weer zelfs binnen de instellingen: dan kom je met de ene diagnose binnen, vervolgens krijg je er dan een andere bij. Dan is het: begin maar weer vooraan. Dat soort dingen, dat iemand je helpt navigeren. Soms ook oprecht het gesprek aangaan met hulpverleners. Ik heb dus een misdiagnose gehad, daar kwam ik niet van af. Dat ik op een gegeven moment echt in een gesprek zo boos werd van, jongens, ik

heb dit niet. Toen liep ik weg en toen werd het als een soort bewijs gezien van, ja, zie je wel, ze heeft het wel. Terwijl ik echt al jarenlang het gesprek probeerde aan te gaan van: dit gaat niet goed. Nou ja, iemand die je daarbij kan helpen. Dat je kan aankloppen van, hé. Het gesprek met mijn behandelteam, dat loopt vast, en ik heb het gevoel dat ik niet gehoord word. Terwijl wat ik wil zeggen wel van belang is. Daar kun je je echt zo intens alleen in voelen. Ik heb zo vaak gedacht van: was er maar instantie die mij hiermee kon helpen, want alle patiënten moeten zelf het wiel uitvinden.” (patiënt, vrouw, 35 jaar)

“Er zijn een paar dingen die ik heel erg heb kunnen waarderen. Dat die instelling heel erg proactief was in sturen van informatie, heel erg bereikbaar. Het is nu weer die mooie periode, dat we allemaal aan de zorgverzekering gaan denken. Dat is ook een wereld van verschil. Bij de ene instelling zie je al keurig netjes waar ze contracten hebben, of niet. Bij de andere instelling: succes! En zeker als je op het eind van het jaar moet overstappen. Dan is die informatievoorziening heel belangrijk, hoe proactief, hoe bereikbaar zijn ze. De wachtlijst is de wachtlijst, dat is pijnlijk genoeg, Maar dat soort dingen, wachtverzachtters. Ja, dat vind ik wel wachtverzachtend.” (patiënt, man, 55 jaar)

“Je bent dan al zo kwetsbaar, want ja, het is niet voor niks dat je hulp zoekt. Soms moet je zo hard vechten voor ggz-hulp. Dat vond ik wel bizar. Dan beland je op een wachtlijst van een jaar. Ja en dan... dan gebeurt er ook niets. En huisartsen zijn overbelast. Maar niemand die een keer belt van, goh, red je het nog? Ook een keer, toen ik het moeilijk had, toen ben ik gaan bellen van, jongens, ja, ik red het niet nog zo lang. En toen zeiden ze letterlijk vanuit de huisarts: de enige reden dat we jou kunnen helpen is als je zegt dat je het niet meer ziet zitten en je wil jezelf van het leven beroven. Dan helpen we je. Zolang je niet zegt dat je dat gaat doen, kunnen we niks voor je doen. Dan moet het zo ver komen, dat je bijna gaat denken, nou dan zeg ik dat toch maar. Terwijl, dat wilde ik niet. Maar ik vond het wel zwaar.” (patiënt, vrouw, 35 jaar)

“Toen heb ik ook gevraagd: maar kan ik dan niet op dit moment een psychiater spreken? Want ik voel me echt, echt hopeloos. Het gaat gewoon echt niet goed. En toen zei ze, nee, dat kan niet. Dan moet eerst de diagnostiek afgerond worden, en dan gaan we kijken of je hier nog verder mag. Ik zeg: en waar heb je het dan over? “Ja, misschien over een half jaar.” En ik zeg, en wat nou als het dan nog slechter gaat, of als het blijft gaan zoals het nu gaat? “Ja, dan ga je maar naar de POH-GGZ.” Dat is niet oké, en ik was toen dus al binnen zelfs. Dus dat vond ik heel verwarrend. Dat ik dacht: ja, maar ik ben er toch al? Ik ben de hordes van de wachtlijst toch al voorbij? Ik ben al binnen. En, nog steeds gaan jullie me niet helpen? En toen dacht ik: oh maar werkt dat zo? Want ook mijn huisarts en de vrijgevestigde psychiater die zeiden, daar gaan ze je helpen. En dat was dus helemaal niet zo. En ik geloof niet dat dit alleen maar mijn instelling was. Ik geloof dat dit bij meer instellingen is. Als huisarts dacht ik ook altijd, oh nou, dan zijn ze binnen. Nou, dan kunnen ze daar helpen.” (huisarts in de rol van patiënt, vrouw, ruim 15 jaar werkervaring)

“Ik zat ook te denken aan mijn partner. Zeker tijdens de zwangerschap ging het bij mij zo slecht. Stond op de wachtlijst, durfde niet meer te eten. Nou, ik durfde eigenlijk helemaal niks meer. Als er nou eens iemand was geweest die ook had gevraagd van: ‘goh, hoe is het met jou?’ Ik denk alleen maar die vraag... Nog niet eens helpen, maar gewoon oog hebben voor de naasten. Dat kan een huisarts doen, dat kan een psycholoog, dat kan iedereen. Supersimpel.” (patiënt, vrouw, 35 jaar)

6.3 Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk

In de focusgroepen zijn patiënten, huisartsen, POH's-GGZ en experts gevraagd naar hun ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk.

Patiënten: wisselende ervaringen met overbruggingszorg in huisartsenpraktijk

De deelnemende patiënten hadden soms ervaring met gesprekken bij POH-GGZ of de huisarts ter overbrugging van de ggz-wachttijd. Hun ervaringen hiermee waren wisselend. Eén deelnemer was bijvoorbeeld niet tevreden over de POH-GGZ, omdat deze te snel in de oplossingsmodus ging en te simpel over de problematiek dacht. Anderen vonden het wel fijn om in ieder geval ergens terecht te kunnen, vooral voor een luisterend oor, maar merkten ook dat de ondersteuning hen niet echt verder hielp. Anderen hebben geen overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk aangeboden gekregen en daar dus ook geen gebruik van gemaakt. De deelnemers zagen dat er een hoge werkdruk is in de huisartsenpraktijk. Zij ervoeren dat professionals soms onvoldoende tijd of aandacht hebben voor hen als personen met psychische problemen en dat zij vooral reactief⁴⁷ werken. Daar was begrip voor, maar het werd tegelijkertijd ervaren als een gemis. Patiënten ervoeren in de zorg soms ook stigma en het niet serieus genomen worden van psychische problematiek, zeker in vergelijking met somatische problemen. De patiënten ervoeren in de huisartsenpraktijk - maar ook in de ggz - soms een gebrek aan kennis of begrip over psychische problematiek (bijvoorbeeld over hoe maakbaar of oplosbaar hun problematiek zou zijn, bij in dit geval hypochondrie).

POH's-GGZ en huisartsen: variatie in meningen over overbruggingszorg

De meeste deelnemende POH's-GGZ boden overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk. Soms vonden zij dat wel belastend, maar zij gaven tegelijkertijd aan er voldoening uit te halen en het belangrijk te vinden alvast iets voor patiënten te kunnen betekenen tijdens het wachten. De POH's-GGZ voelden zich ook verantwoordelijk voor patiënten, temeer de huisarts op hun expertise vertrouwt, ondanks dat de huisarts formeel eindverantwoordelijk is voor de zorg. Soms zetten zij ook hun eerdere opgedane ervaring als ggz-professional in om de patiënt te behandelen. Hierin doen de POH's-GGZ dan soms meer dan zij vanuit hun eigenlijke taakomschrijving zouden moeten doen, door bijvoorbeeld alvast een depressie behandeling te starten. Tegelijkertijd proberen zij de grenzen van de huisartsenzorg te bewaken, door bijvoorbeeld geen EMDR toe te passen, alhoewel zij daarin wel getraind zijn. De ervaren deelnemers dachten dat overbruggingszorg lastiger is voor POH's-GGZ met minder ggz-ervaring. Een deelnemer gaf aan patiënten op de wachtlijst soms ook intensiever te begeleiden, bijvoorbeeld door hen twee keer per week te bellen. De POH's-GGZ denken hiermee ook de ggz te kunnen ontlasten, doordat patiënten beter voorbereid zijn op behandeling in de ggz. Soms werd gezien dat patiënten door de overbruggingszorg uiteindelijk geen ggz-behandeling meer nodig hebben. Bij één deelnemende POH-GGZ boden ze in de huisartsenpraktijk tot voor kort standaard overbruggingszorg aan patiënten, maar daar zijn ze onlangs als zorggroep mee gestopt. Nu kijken ze, om beter te begrenzen, per individuele patiënt of overbruggingszorg naar verwachting meerwaarde heeft. De deelnemers gaven verder nog aan dat een korte wachttijd goed te overbruggen is, maar

⁴⁷ Hiermee bedoelden zij dat de huisarts in principe uitgaat van de concrete klacht waar de patiënt mee komt, en niet altijd doorvraagt naar eventuele achterliggende problemen of de mentale gesteldheid, laat staan proactief contact opneemt met de patiënt.

dat een langere wachttijd - wat vaak juist het geval is bij ernstige problematiek of gespecialiseerde ggz - lastiger is. Voorbeelden van de inhoud van de gegeven overbruggingszorg zijn CGT of mindfulness oefeningen, dagstructuur- of leefstijladvies, eHealth, of soms alleen een afspraak over de mogelijkheid tot contact opnemen. De POH's-GGZ gaven aan dat zij het prettig zouden vinden om rondom de overbruggingszorg een ggz-professional te kunnen consulteren, om zo af te stemmen over of er bijvoorbeeld alvast medicatie gestart kan worden en waarmee binnen de huisartsenpraktijk alvast gestart kan worden qua begeleiding.

De ene deelnemende huisarts gaf aan dat overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk nooit afdoende is bij echte psychische ontregeling, en dat huisartsenpraktijken daarin ook de eigen grenzen zouden moeten bewaken. Hierbij werd een vergelijking gemaakt met de somatische zorg, waarbij het ook niet wordt geaccepteerd als mensen die specialistische zorg nodig hebben die niet ontvangen. Deze huisarts vond het zeer waardevol om laagdrempelig een psychiater of andere ggz-professional te kunnen consulteren vanuit de huisartsenpraktijk, ook rondom overbruggingszorg. De andere huisarts zag in de praktijk dat huisartsen de overbruggingszorg veelal aan de POH-GGZ delegeren, met twee doelen: *'pappen en nathouden'* of *'panklaar maken voor ggz'* (vragenlijsten afnemen, hulpvraag verder in kaart brengen). Volgens hem zou de POH-GGZ meer ruimte en vertrouwen mogen krijgen van de huisarts om de eigen expertise in te zetten, in het algemeen, en ook bij overbruggingszorg. Aandacht voor zingeving is volgens deze huisarts ook belangrijk, ook tijdens een eventuele wachttijd (dat kan soms juist als waardevolle tijd voor bezinning worden gezien). Qua verantwoordelijkheid gaven beide huisartsen aan zich vooral emotioneel verantwoordelijk te voelen voor patiënten tijdens de overbruggingsperiode. Een huisarts had ook als patiënt ervaring met overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk. Zij wist van tevoren al dat de POH-GGZ geen goede zorg zou kunnen geven voor haar problematiek, maar werd daar ter overbrugging toch heen gestuurd door de huisarts, wat haar veel onrust gaf. Ze heeft hier geen gebruik van gemaakt, maar aangedrongen op andere ondersteuning. Als huisarts speelde de ggz-wachttijdproblematiek in haar werk overigens zo'n grote rol dat zij (mede) hierdoor overweegt om te stoppen met de functie.

Experts: genuanceerd idee over overbruggingszorg

Overbruggingszorg is volgens de experts die deelnamen aan de focusgroep niet altijd 'standaard' nodig, en huisartsenpraktijken kunnen ook geen specialistische zorg bieden als die echt nodig is (onder andere vanwege gebrek aan expertise en capaciteit). De experts vonden overbruggingszorg soms wel bij de huisartsenpraktijk passen, omdat patiënten daar dan alvast ergens mee aan de slag kunnen tijdens de wachttijd (bijvoorbeeld klachtgericht of voor verdere probleemverkenning of een luisterend oor). Zij zien dat overbruggingszorg nu meestal bij de POH-GGZ ligt, maar soms ook juist bij de huisarts (bijvoorbeeld omdat deze de POH-GGZ daar niet mee wil belasten). De POH-GGZ is in potentie ook capabel om overbruggingszorg te leveren, in ieder geval die met veel ggz-ervaring, behalve wanneer de problematiek dusdanig ernstig is dat er echt specialistische zorg nodig is. Men dacht dat een jongere generatie POH's-GGZ, met minder ggz-ervaring, hiertoe misschien minder goed in staat is. De experts dachten dat het leveren van overbruggingszorg belastend kan zijn voor huisartsenzorg professionals, vooral omdat zij zich emotioneel (en niet per se juridisch, al speelt dit op de achtergrond ook mee) verantwoordelijk voelen voor patiënten. Het is eigenlijk ook niet altijd helder wie formeel verantwoordelijk is.

Een expert had ook als patiënt ervaring met overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk. Dit waren gesprekken met de POH-GGZ, en zij vond deze prettig, vooral vanwege de laagdrempeligheid en het luisterend oor.

Box 6.2 toont ter illustratie enkele quotes over overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk.

Box 6.2 Quotes uit de focusgroepen en interviews over overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk

Patiënten

“En dan kom je ook bij de huisarts en bij de praktijkondersteuner uit. Dat vond ik wel moeilijk, want dan kreeg ik bijvoorbeeld een briefje van, nou, ga maar even ‘mindful’ doen. Doe maar even ‘mindful’. En ja, dat was het nou net niet. Als het zo makkelijk was, dacht ik, dan had ik dat ook al lang gedaan. Dus dat ging naar een inhoud toe, waarvan ik dacht, dat past helemaal niet. Ik wil gewoon mijn verhaal kwijt.” (patiënt, man, 55 jaar)

“Ja, de POH, kijk, die die kan niet zo heel veel. Maar het is wel heel fijn dat het er is. En mijn huisarts heeft ook altijd wel veel gedaan, die zei altijd: als er iets is, kom maar langs. Maar ja, die zat er ook niet op te wachten dat ik elke dag aan de deur zat natuurlijk. Maar wel gewoon fijn dat het er is. Gewoon een luisterend oor is, dat vind ik al fijn. Maar het is natuurlijk maar 20 minuten en beperkt wat ze kunnen doen.” (patiënt, vrouw, 27 jaar)

“Ik heb eigenlijk al mijn hele leven wel ups en downs. In corona ben ik verhuisd, ben ik op mezelf gaan wonen. Dat was eigenlijk het moment dat mijn laatste basis een beetje instortte en ik dus daarmee naar de huisarts ben gegaan voor een verwijzing. Verwijzing naar de ggz gekregen. Van de huisarts verder niks meer gehoord, geen tijdelijke ondersteuning aangeboden gekregen, niks.” (patiënt, vrouw, 27 jaar)

POH's-GGZ

“Als het binnen 3 maanden is, dat is dan ook prima te overbruggen voor mij. En als het ingewikkelder wordt, dus als ik echt wil verwijzen naar de specialistische ggz... Ja, dan heb je het soms over twee jaar. En dat is ook voor patiënten uitzichtloos. En het voelt voor mij net zo machteloos als voor de patiënt, denk ik. Want ja, echt die behandeltools die zij nodig hebben, dat heb ik gewoon niet. Dus dat dat voelt best wel frustrerend.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 35 jaar werkervaring)

“Wij boden tot voor kort eigenlijk standaard overbruggingszorg. Daar zijn we met de zorggroep hier in ieder geval mee gestopt. Dus dat we het niet meer standaard aanbieden, maar dat we echt kijken of het meerwaarde heeft. Dat is dan in ieder geval het plan.” (POH-GGZ, vrouw, pedagoog, 24 jaar werkervaring)

“Ik merk gewoon dat ik zelf wel harder ga werken in die overbruggingszorg. Dus toch al een depressie ga behandelen. Dus toch wel heel veel wel zelf doe. En dóór, zeg ik altijd gekscherend. Volgens mij moeten we gewoon de ggz afschaffen en de POH uitbreiden, want volgens mij doet die vaak het meest zinnige werk. Heb ik vaak het idee. Dat is misschien wat arrogant. Ik denk dat laagdrempelig aanwezig zijn, ook al heel erg helpend kan zijn. Maar dat is een andere invalshoek. Maar ik vind het ook wel pittig. Ik merk wel dat het ook wel het zwaarder maakt. En inderdaad als iemand echt, waarmee het echt slecht gaat, ja... dat vind ik wel ingewikkeld. Als iemand maanden moet wachten... Ik had laatst zelfs drie jaar hier in de regio, voor een kinder- en jeugdtraumacentrum. Dat je denkt, tsja, dit is niet meer te verkopen ook aan mensen.” (POH-GGZ, vrouw, pedagoog, 24 jaar werkervaring)

“Kijk, op het moment dat wij doorverwijzen, dan zeg je dus eigenlijk: dit hoort niet bij ons. Dus vind ik eigenlijk in essentie dat de overbrugging ook niet bij ons hoort. Ik heb zelf ook heel veel ervaring, dus ik voel me er ook wel senang bij om wat crisisachtige zorg te doen. Maar niet alle collega's hebben die bagage en kunnen dat aan. Dus ik denk dat het er per definitie niet hoort. Net zoals dat een huisarts ook niet gaat overbruggen bij een botbreuk, of zo, weet je wel, dan ga je ook niet overbruggen. Ik vind dat niet ingewikkeld. Maar ik merk wel dat er steeds meer een verplaatsing of een verschuiving plaatsvindt naar wat de POH-GGZ allemaal doet en dat het ook veel meer behandelen wordt.” (POH-GGZ, vrouw, pedagoog, 24 jaar werkervaring)

Huisartsen

“De huisartsenpraktijk in zijn algemeenheid en ook de POH-GGZ is geen psychiatrische instelling, dus ik denk dat je dat niet kan gebruiken als vervanging of als overbruggingszorg. Ik heb ooit in de krant gelezen: als we met patiënten met kanker om zouden gaan als met patiënten met psychiatrie, dan is het hek natuurlijk van de dam. Dan staat iedereen op de bres van, ja, maar dat kan toch niet? Iemand met een totaal ontregelde suiker, die zeg je ook niet, joh, ga maar een beetje hannesen. En dan doe ik niet tekort aan de POH-GGZ, maar dan zeg je ook: ik ga naar het ziekenhuis, want ik heb totaal ontregelde suiker. En dat doen we dus wel met toch echt wel ontregelde psychiatrie. Ja, dat is te complex. De huisartsenpraktijk is geen ggz-instelling, is geen specialistische zorg.” (huisarts, vrouw, 15+ jaar werkervaring)

“Ik vind het niet de verantwoordelijkheid eigenlijk van de huisarts. Die discussie heb ik ook vaak gehad, dat dan de instellingen zeiden, ja, maar jij bent nu verantwoordelijk voor die overbrugging. Nee, want ik geef nu al een paar keer aan dat ik het niet verantwoord vind. En dat ik die verantwoordelijkheid ook niet wil hebben en dragen. Dus ik vind het niet onze verantwoordelijkheid. Wel om samen te werken met het ggz-domein en om samen te kijken: oké, wat, wat hebben wij nodig? Wat hebben jullie nodig en hoe komen we daar?” (huisarts, vrouw, ruim 15 jaar werkervaring)

“Ik ben met het juridische niet zo heel erg per se bezig. Er wordt gewoon een appel op mij gedaan en ik geef gehoor aan dat appel. Daar moet je wat mee qua verantwoordelijkheid. Ja, ik ben helemaal verantwoordelijk.” (huisarts, man, ruim 15 jaar werkervaring)

“Inmiddels ben ik al twee jaar niet meer werkzaam als huisarts. Ik ben uitgevallen. Om meerdere redenen. Ik heb net mijn praktijk overgedragen aan een opvolger en weet ook niet of ik nog huisarts ga zijn. En een van de redenen is wel de wachttijden.” (huisarts, vrouw, ruim 15 jaar werkervaring)

Experts

“Het blijft lastig dat je bij mensen die soms echt ernstig ziek zijn of heel ernstige klachten hebben, toch voor je gevoel soms wat aanmoddert in de huisartsenpraktijk. Soms kan dat prima, want dan zijn er voldoende dingen waar je wel invloed op hebt. En waar je wel steunend in kan zijn. Maar ik heb het ook wel eens dat ik denk, ja, dit is echt gewoon specialistische zorg en die kan ik niet bieden, en dan zie ik iemand achteruit gaan. En er is geen mogelijkheid om die persoon sneller in zorg te krijgen. Bij andere specialismen is die mogelijkheid er vaak wel, maar bij de ggz is dat toch wel zeer moeilijk. Dan is het de crisisdienst of iets anders. En wat vind ik ervan dat de overbruggingszorg op dit moment vaak binnen de huisartsenpraktijk plaats vindt? Ik vind dat dus voor de echte gespecialiseerde problematiek geen goede zaak. Ik vind het ook geen goede zaak dat mijn POH-GGZ daar heel veel van zou krijgen, omdat zij een heleboel problemen zelf heel

goed kan behandelen, maar met overbruggingszorg loopt die agenda vol. Waardoor ze andere zinnige zorg, die ze wel helemaal zelf kan bieden, of in ieder geval waar ze zelf een grote rol in heeft, minder goed kan doen. Dus wij proberen ook om de overbruggingszorg buiten de POH te houden. Dat betekent dat we als huisartsen zelf meer steunende gesprekken geven. En soms is dat heel zinvol en nuttig, vaak ook om betrokken te blijven. Maar ja, het is niet altijd de meest ideale situatie, om het maar zacht uit te drukken.” (expert, huisartsenzorg)

“Je voelt je verantwoordelijk, omdat jij op dat moment degene bent met ook een deel van de kennis, en daar moet je mee uit zien te komen. Dus ik denk dat daar ook een heel groot deel zit van de frustratie. Omdat dit de dingen zijn die je soms toch mee naar huis neemt, of waar je niet uitkomt. Ik denk dat daarom het debat hierover ook zo hoog oploopt en iedereen daar een mening over heeft. Juist omdat het ons allemaal aangaat.” (expert, huisartsenzorg)

“Enerzijds is een huisarts dichtbij en kan dus goed kijken in de omgeving van diegene wat ertoe doet. Ik denk dat de huisarts ook zicht heeft op bijvoorbeeld naasten. Op het systeem van iemand, wat er daarin gezien wordt, en dat dat van waarde is. Maar wat ik ook ervaren heb, dat het dus vooral een soort afhouden is vanuit de ggz, en dan niet communiceren. De verantwoordelijkheid en alles bij de huisartsenpraktijk houden. Dat is echt een gemiste kans. Er zijn mogelijkheden om ook in een vroeg stadium, ook als de ggz de hulp nog niet kan overnemen, al wel in ieder geval samen een plan te maken over, goh, maar waar werk je dan naartoe? Wat kan in de tussentijd gedaan worden? Dat dat samen opgepakt wordt.” (expert, ggz)

6.4 Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk

De deelnemers van de focusgroepen en interviews kregen het concept overzicht voorgelegd van overbruggingszorg initiatieven (zie bijlage C) en werd gevraagd daarop te reageren.

Patiënten en naasten

Bekendheid met het aanbod en nieuwe voorbeelden

Patiënten en naasten herkenden en gebruikten diverse voorbeelden van ondersteuning ter overbrugging buiten de huisartsenpraktijk en zagen daar meestal ook een meerwaarde in. Patiënten noemden de volgende voorbeelden⁴⁸ van ondersteuning die gebruikt kunnen worden tijdens overbrugging: websites (Proud to be me, 113Online), ondersteuning via de Wmo (bijvoorbeeld begeleiding aan huis), een (online) basispsycholoog of therapeut, een Wellness Recovery Action Plan (WRAP), de WachtVerzachter, eHealth modules, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), het doelgroepregister van het UWV, een herstel- of zelfregiecentrum (Enik) en het meestal door ervaringsdeskundigen georganiseerde aanbod van patiëntenorganisaties (website, psycho-educatie, telefonische hulpdienst, webinars, acceptance and commitment (ACT) cursus, fysieke lotgenotengroepen, online lotgenotenplatform, aanbod voor naasten).

⁴⁸ Nieuw genoemde voorbeelden die voldeden aan de inclusiecriteria (zie 2.2.3) zijn toegevoegd aan het uiteindelijke overzicht van overbruggingszorg initiatieven (zie bijlage C).

Ervaring met of mening over het aanbod

De meeste patiënten hebben ervaring met één of meerdere van deze voorbeelden, of zijn op dit moment zelf als ervaringsdeskundige betrokken bij de organisatie daarvan. Geen van de deelnemers had ervaring met overbruggingszorg georganiseerd vanuit de ggz. De meerwaarde van de genoemde voorbeelden zat hem vooral in de laagdrempelige beschikbaarheid (geen wachttijd, geen of minimale kosten, online of door heel Nederland beschikbaar). Ook lotgenotencontact, je verhaal kwijt kunnen en de herkenning en uitwisseling van ervaringen, van elkaar kunnen leren en er niet alleen voor staan zijn van meerwaarde voor de deelnemers. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan dat ze door haar activiteiten met lotgenotencontact voor het eerst had geleerd zich te durven openstellen, waar ze tijdens therapie vervolgens van heeft geprofiteerd. Een andere deelnemer uitte zorgen over de geschiktheid van sommige vormen van ondersteuning voor echt psychisch kwetsbare personen. Zij had pas ervaren dat een vrouw met een psychose tijdens een wandeling in het kader van lotgenotencontact door haar gedrag een grote druk legde op die groep. Er waren via de organisatie wel korte lijnen met een professioneel hulpverlener die in dit geval ingeschakeld kon worden.

Toegankelijkheid van het aanbod

Patiënten gaven aan dat huisartsenpraktijken niet of nauwelijks wijzen op mogelijkheden voor overbrugging buiten de huisartsenpraktijk, of ook niet altijd op de hoogte zijn van het bestaan van het aanbod. Zij vinden dat huisartsenpraktijken (veel) vaker op dit soort vormen van ondersteuning zouden kunnen wijzen. Dat hoeft volgens hen niet ingewikkeld te zijn; er kan gewoon eens op gewezen worden in een gesprek. Zij zouden het ook prettig vinden om een overzicht krijgen van alle beschikbare mogelijkheden. Overigens zijn ook niet alle genoemde voorbeelden laagdrempelig toegankelijk. Soms wordt er door patiënten tijdens de wachttijd gebruik gemaakt van een behandelaar die niet vergoed wordt (of waarbij bij aanvang nog niet helder is of dit vergoed wordt, door de manier waarop de zorg gecontracteerd wordt). Deelnemers aan de focusgroep uitten ook hun zorgen over de veranderende situatie⁴⁹ van vrijgevestigde ggz-professionals per 2025, zeker omdat zij volgens hen op dit moment nog een relatief 'laagdrempelige' optie ter overbrugging zijn.

POH's-GGZ en huisartsen

Bekendheid met het aanbod en nieuwe voorbeelden

De deelnemende huisartsen waren met weinig voorbeelden van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk bekend. De deelnemende POH's-GGZ kenden en gebruikten enkele voorbeelden⁵⁰ van ondersteuning ter overbrugging buiten de huisartsenpraktijk en waren daar meestal enthousiast over. Zij noemden zelf als voorbeelden: websites (psychosenet, traumaneet, 113Online, naastentraining.nl) de WachtVerzachter, de Luisterlijn, zelfregiecentra, eHealth via de ggz, maatschappelijk werk, ondersteuning via de gemeente of Wmo, crisisdienst, MIND Korrelatie (heet nu: Hulplijn), een signaleringsplan, een inloophuis psychiatrie, het Lichthuis of het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). POH's-GGZ verwezen patiënten bijvoorbeeld soms voor enkele consultatiegesprekken naar een psychiater of alvast (ook) naar behandeling door een online psycholoog (met een kortere wachttijd dan de gespecialiseerde ggz) ter overbrugging. Er was ook onbekendheid met andere voorbeelden van overbruggingszorg uit het overzicht in bijlage C,

⁴⁹ Hiermee doelden zij op het verdwijnen van de restitutiepolis. Dit betekent waarschijnlijk dat patiënten minder gemakkelijk vergoeding krijgen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

⁵⁰ Nieuw genoemde voorbeelden die voldeden aan de inclusiecriteria (zie paragraaf 2.2.3) zijn toegevoegd aan het uiteindelijke overzicht van overbruggingszorg initiatieven (zie bijlage C).

bijvoorbeeld wachtgroepen. Sommige POH's-GGZ hebben buiten hun patiënten contacten om enkele uren per week de tijd om samenwerking met initiatieven buiten de huisartsenpraktijken op te zoeken; anderen hebben hier geen of nauwelijks tijd voor. Hier is dus variatie in, het hangt er meestal vanaf in hoeverre de POH-GGZ haar eigen agenda kan beheren, en of zij bijvoorbeeld moet voldoen aan een streefaantal consulten per dag.

Ervaring met of mening over het aanbod

Soms is er onder de POH's-GGZ geen vertrouwen in de kwaliteit van het aanbod of de geschiktheid daarvan voor een bepaalde doelgroep. Twee deelnemers kenden ggz-instellingen die overbruggingszorg bieden via eHealth of een app. Patiënten waren hier niet altijd enthousiast over; de POH's-GGZ dachten dat sommige mensen liever persoonlijk contact hebben. Een POH-GGZ gaf daarnaast aan dat zij zich zorgen maakt over de geschiktheid van bijvoorbeeld een zelfregiecentrum of lotgenotencontact voor mensen met psychosegevoeligheid, en of patiënten in het algemeen onderling elkaars problemen niet erger kunnen maken. Een andere POH-GGZ gaf aan dat dat misschien ook met een (onterecht) slecht imago te maken kan hebben, en dat je bij ggz-behandelingen soms dezelfde twijfels kunt hebben over de kwaliteit. De POH's-GGZ gaven aan dat niet iedere patiënt onvergoede zorg kan betalen als optie voor overbrugging. Eén huisarts zei dat de voorbeelden uit het overzicht (bijlage C) vooral geschikt lijken voor nog functionerende, niet-ontregelde psychiatrische patiënten. De andere huisarts gaf aan het liefst alleen te verwijzen naar bekend aanbod waar vertrouwen in is, omdat het anders als een 'black box' voelt, terwijl er tegelijkertijd een grote verantwoordelijkheid wordt gevoeld naar patiënten toe. Een persoonlijke kennismaking of nascholing zou volgens deze huisarts kunnen helpen om vaker naar overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk te verwijzen.

Experts

Ervaring met of mening over het aanbod

De experts vonden dat het inzetten van de voorbeelden van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk goed past bij de huidige ontwikkelingen in de zorg en een brede kijk op psychische problemen (zie ook paragraaf 6.7). De experts merkten op dat het bij dit soort vormen van ondersteuning vaak niet gaat om een 'klassieke verwijzing' vanuit de huisartsenpraktijk, zoals dat bijvoorbeeld bij de ggz het geval is. Zij dachten dat huisartsenzorg professionals niet altijd bekend zijn met het aanbod of daar soms ook een verkeerd beeld van hebben. Verbetering zou liggen in meer samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en dit soort initiatieven, zodat de bekendheid en de vertrouwdheid daarmee verbeterd wordt. Maar daar is dan ook meer tijd voor nodig, bijvoorbeeld vanuit de 4 uur uitbreiding van de POH-GGZ functie die vanuit het IZA per 2024 is ingevoerd om domeinoverstijgende samenwerking te stimuleren (zie ook paragraaf 6.6). Samenwerking rondom overbrugging en daarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen kan mogelijk bij huisartsenzorg professionals als gunstig bijeffect de emotionele belasting door het gevoel van verantwoordelijkheid verlagen. Er moet volgens de deelnemende experts wel meer onderbouwing komen van en onderzoek gedaan worden naar de kwaliteit en meerwaarde van de vormen van ondersteuning die ter overbrugging buiten de huisartsenpraktijk worden ingezet, omdat hier nog erg weinig over bekend is.

Box 6.3 toont ter illustratie enkele quotes over overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk.

Box 6.3 Quotes uit de focusgroepen en interviews over overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk

Patiënten en naasten

“Als er beter gebruikt wordt gemaakt van wat er al is, dan ben ik er oprecht van overtuigd dat de druk op de zorg verlaagd wordt op heel veel vlakken. Want er is zoveel. Maar het is niet inzichtelijk.” (patiënt, vrouw, 35 jaar)

“Momenteel sta ik ook op een wachtlijst. Nu al meer dan een half jaar. Er is mij ook niet gezegd van goh, hé? Denk eraan dat je ook bij bijvoorbeeld een patiëntenorganisatie kan aankloppen. Dat kan me echt verbazen. Er zijn zoveel mooie initiatieven. Maar als niemand eraan denkt. Ik denk dat een huisarts daar ook al wel mee kan beginnen. Zeker als je al weet van, hé, wat was de diagnose? Want er zijn voor alle diagnoses wel patiëntenorganisaties. Het is dat mensen dat denk ik niet weten, heel veel zorgverleners, ook zeker binnen de ggz. Ik kom het daar ook weinig tegen. Dat mensen zeggen van, hé, ga daar eens kijken. Terwijl, je kan echt met een enkel zinnetje het verschil maken. Dat de patiënt zich op de website aan gaat melden en inderdaad ook niet meer alleen staat, want je spreekt andere mensen, lotgenoten. Er zijn echt heel veel mooie projecten door het land. Zowel fysiek, dat je gewoon echt bij elkaar komt. Of online lotgenotencontact in groepen, videomeetings, of één op één. Dat is 24/7 beschikbaar. Dus als je op een gegeven moment denk, ja, ik zie het niet meer zitten, dan kun je in ieder geval in contact komen met anderen. Dat je er niet alleen voor staat.” (patiënt, vrouw, 35 jaar)

“Net als dat de POH dat benoemt, dat soort dingen. Dat er wel mogelijkheden zijn. En bijvoorbeeld hulp vanuit de Wmo kan ook heel makkelijk opgestart worden. Dat soort dingen. Mijn huisarts had daar nog nooit van gehoord, hoor, allemaal. Die denkt van, ja, daar kom ik weer. Heb ik zelf iets uitgezocht. Dan zegt ‘ie, nou, ik vind het leuk dat je het hebt opgezocht, maar ik ken het niet. Wat is het precies? Hij zei wel: ik heb nog veel meer cliënten, die ga ik ook eens bellen om te zeggen dat ze dit ook kunnen doen. Dat denk ik, ja, dat is niet mijn taak eigenlijk natuurlijk, maar het is wel fijn dat het gebeurt.” (patiënt, vrouw, 27 jaar)

“Ik heb dus zelf bepaalde klachten jaren niet durven delen. Dat is ook een van de redenen waarom ik verkeerd gediagnosticeerd was. En praten met lotgenoten heeft mij geleerd om openheid te geven. En toen ik dat uiteindelijk durfde te gaan doen... ik zag dat lotgenotencontact als een soort oefenterrein, een soort speeltuin. En toen pas durfde ik dat ook binnen de ggz. En toen pas kon ik stappen maken. En ik denk dat dat voor heel veel mensen geldt. Ik denk van, laat het samen lopen. Want die wachtlijsten zijn lang, maar als mensen ook eerder de juiste zorg krijgen... Open communicatie is een van de hele belangrijke voorwaarden vanuit behandelaar en patiënt. En als je dat kan ondersteunen door middel van patiëntenorganisaties en lotgenotencontact, dan kun je ook de tijd dat mensen in de ggz zijn ook misschien nog wel verkorten. Dat je effectiever aan de slag kan gaan of zo.” (patiënt, vrouw, 35 jaar)

“Ik heb 8 maanden op een wachtlijst gestaan en uiteindelijk heb ik twee gesprekken gehad en één diagnostiek traject van de drie waar ik voor binnen kwam. En na het ene diagnostiek traject, zeiden ze van, oké, deze diagnose krijg je. Die andere, daar testen wij niet op. Dat doen wij hier niet. Dus ik dacht toen, oké, ja thanks, en nu? Want, nou ja, het ging eigenlijk alleen maar slechter in die tijd. Toen ben ik dus eigenlijk verplicht geweest om door te gaan naar de ongecontracteerde zorg. Ik was daar dus ook niet voor verzekerd. Heb daar duizenden euro's zelf

aan moeten betalen, voor dus die diagnostiek trajecten, wat gelijk nog extra kostbaar is vergeleken met geboden gesprekken. Dus dat was zeer intens. Maar ja, ik had heel erg de hoop dat dat mij er doorheen zou gaan helpen en dat dat al mijn problemen zou oplossen. Dus dan steek je daar dat geld in. Ik heb ook enorm veel geluk gehad met mijn psychologen, die nog steeds mij wilden blijven ondersteunen. Maar ja, zij konden ook niet veel meer.” (patiënt, vrouw, 27 jaar)

“Mijn kind is na corona tijd ingestort. Hij heeft eigenlijk traumatherapie nodig, heeft al meerdere malen therapie gehad. Maar ja, hij staat nu 2,5 jaar op een wachtlijst. Hij heeft nu wel begeleiding van een basispsycholoog over de Zoom. Dat vind ik wel heel fijn, want hij was ook suïcidaal. En, dat heeft hem tot nu toe er bovenop gehouden. We zijn via de huisarts bij deze basispsycholoog terecht gekomen. Dat is zijn houvast, iedere week gesprekken. Maar het schiet natuurlijk niet op. Nee, als je traumatherapie nodig hebt en je wordt een beetje zoet gehouden, dat is in mijn optiek niet goed. Maar aan de andere kant, het is er tenminste. En dat duurt al 2,5 jaar.” (naaste, vrouw, 73 jaar)

POH's-GGZ

“Ik merk dat sommige ggz-instellingen wel wachttijd overbrugging bieden. Maar ik merk zelf dat patiënten daarop afhaken. Dan zetten ze online wat dingen klaar en dan krijgen ze een soort van iemand toegewezen, online, met wie ze communiceren.” (POH-GGZ, vrouw, maatschappelijk werker, 35 jaar werkervaring)

“Niet iedereen kan een vrijgevestigde psychiater betalen. Dus dan ga je kijken, wat zijn de mogelijkheden en wat wil jij? Ja, wat wil de patiënt? Wat heeft hij nodig, wat kan ik bieden en wat zijn alternatieven? En dan maak je eigenlijk ook wel een soort plannetje, waardoor patiënten makkelijker lijken te overbruggen, waarin dan een plannetje zit. Wat doe je als het niet goed gaat? Wie kan je bellen, wat spreken we daarover af? En dat geeft een soort, ja, nou ja, een veilig gevoel zal het niet zijn... maar wel een soort duidelijke kaders waardoor mensen misschien wat prettiger wachten.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 35 jaar werkervaring)

“Bij heel lange wachtlijsten vraag ik of er via de gemeente ook al ondersteuning geboden kan worden. In de zin van maatschappelijk werk, van, goh, hoe is de situatie thuis? Kan ik daar wat in vliegen? Dus ik herken me wel in het puzzelen om die zorg daaromheen, een beetje daarin te gaan ondersteunen om zo eigenlijk die wachttijd te kunnen overbruggen. Maar ik denk dat ik daar wel best wel veel ruimte voor krijg en veel korte lijnen heb met het sociaal domein al. In die zin is dat heel fijn. En, als het echt niet meer gaat... Dan wordt het uiteindelijk toch crisisdienst. Ja.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 35 jaar werkervaring)

“Ja, zelfregiecentra, dat doe ik soms ook. Maar dat is meer, waar een persoon staat, en of die ook ziekte-inzicht heeft. Ik denk vooral basis-ggz, dat zelfregiecentra daar ook voor zijn. Als je zwaardere problematiek hebt, weet ik soms ook niet of het kan verergeren. Je hebt soms mensen, die gaan elkaar dan in hun onmacht...nog meer klagen en dat kan demotiveren. En dan? Dat schiet zijn doel een beetje voorbij. En het zijn ook niet altijd mensen die een wetenschappelijke achtergrond hebben, en bepaalde, “yoga dingen”, doen, soms. Ik denk dat als mensen psychotisch zijn, of er zijn contra-indicaties of dingen, dan kun je mensen daarin ook in de crisis brengen. Dus ja, dat vind ik best wel risicovol.” (POH-GGZ, vrouw, psycholoog, 13 jaar werkervaring)

“Het is ook een beetje paternalistisch om te zeggen van, nou ja, dat is het dus niet. Daar komen ze toch ook wel een beetje op terug, van dat dat dan allemaal heel gevaarlijk zou kunnen zijn. Of dat mensen maar wat aanrommelen. Want, ja, in de ggz zelf gebeuren ook dingen waarvan je soms kan afvragen van, is dit nou wel de juiste insteek? Of, ja, wordt iemand er beter van? Wij krijgen ook weer vaak mensen terug die dan toch een tijd in behandeling zijn geweest en dan vraag je, goh, wat heb je nou eigenlijk gedaan? En dan is het soms toch heel lastig. Vinden mensen het soms toch heel lastig om te vertellen wat ze nou geleerd hebben in zo’n behandeling.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 40 jaar werkervaring)

Huisartsen

“Het is best wel een beetje spannend. Zo’n ervaringsdeskundige, die heb ik niet onder controle. Al deze dingen... Het zijn mijn patiënten, ik hou van ze en ik moet ze aan iemand anders overleveren.” (huisarts, man, ruim 15 jaar werkervaring)

“De vraag is alleen, voor welke groep patiënten is dit? En ik vind dat het toch een verschil is tussen psychologie, om het zo maar te zeggen, psychische klachten, en echte specialistische ggz. En ernstige klachten, dus. Ik denk dat dit heel prima is voor psychische klachten. Maar uit eigen ervaring sprekend, als je al helemaal in die put zit, dan wil je duidelijkheid. Ik kan me bijna niet voorstellen dat mensen in dezelfde situatie hier dan echt genoeg aan hebben.” (huisarts, vrouw, ruim 15 jaar werkervaring)

Experts

“Een heleboel overbruggingszorg is ooit zo ingezet als overbrugging tussen verwijzing en ggz. Het mooie aan een heleboel initiatieven die nu ontstaan is dat het niet stopt wanneer de ggz-zorg start. Dan heb je het over een vanzelfsprekendheid, iets wat er dan ook al is, maar wat ook blijft terwijl de behandeling bezig is. En dat is denk ik een hele mooie stap.” (expert, ggz)

“Ik krijg zo slecht toegang tot de huisartsen om uit te leggen hoe veel verlichting dat kan geven voor mensen die toch aan het afglijden zijn. Het is preventief, iets wat je inzet. Als je niet weet wat het is, dan verwijst je er ook niet naartoe. Ik denk ook wel dat de weerstand, dat krijg ik terug van andere zorgprofessionals, dat daar ook die verantwoordelijkheid in mee doet. Ja, maar als ik iemand ergens heen stuur, is dat dan wel goed? En ik ben toch verantwoordelijk. Of ik wil wel dat het past, en dat iemand daar een positieve ervaring heeft. Maar elkaar goed leren kennen en elkaars aanbod goed leren kennen dat kost ook tijd, en die tijd is er dan vaak niet. Ik denk vanuit mijn eigen ervaring, gewoon in het werk, is het elkaar leren kennen echt belangrijk. En dat zit ook in de beeldvorming. Veel professionals hebben het beeld dat bij een zelfregiecentrum, dat je met een milde depressie daar wel kunt binnenlopen. Maar schizofrenie kan echt niet. Nou, dat kan zeker wel. Dus ook al ken je het, weet je dan ook echt wat het kan betekenen?” (expert, patiëntenperspectief)

“De herstel- en zelfregiecentra, daar zitten ook echt mensen met zeer complexe problematiek. Vaak denken ze nou, er zitten wat mensen met burn-out en die gaan gezellig daar een beetje koffie drinken. Maar dat is dus ook echt een voortdurend iets, en niet iets kortdurends, waar mensen naast de behandeling ook gewoon naartoe kunnen blijven gaan.” (expert, patiëntenperspectief)

“Wat ik eigenlijk nog wilde toevoegen aan de discussie is toch, in zekere zin, een pas op de plaats. Ik deel alle optimisme die de herstelacademies met zich meebrengen en ook het

verkennd gesprek. We hebben al heel veel geprobeerd voor kwetsbare mensen. Groepen te vormen om ze met elkaar in verbinding te brengen. Specifieke groepen: mannen in hun vaderrol, oudere vrouwen die moeite hadden om het in het gezin te rond te krijgen, mensen in armoede. Dat is ongelooflijk veel, daar is ook vanuit het sociaal domein in geïnvesteerd. We hebben programma's gehad waarvan je denkt van: ja, dit gaat nou helpen. Want die mensen die zijn helemaal niet geholpen met een psychiatrische diagnose en daar dan een behandeling voor inzetten. Maar het uiteindelijke rendement en de continuïteit van al die activiteiten was wel heel beperkt. En na een jaar of twee jaar was het ook allemaal weer opgehouden. En dan kwamen ze niet meer naar groepen. Omdat er andere dingen gebeurden voor mensen, die op dat moment urgenter waren. Dus goed dat je meegaat, ik zoek ook naar oplossingen en een andere benaderingswijze. Maar ik ben ook kritisch, dat ik het ook nog allemaal wil zien. En ook wetenschappelijk onderbouwd wil zien. Dat dat nou inderdaad ook echt gaat werken hè? Dus ik pleit er voor dat er in elk geval wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van al die alternatieven die nu plaatsvinden, hoe hoopvol ook, moet plaatsvinden." (expert, huisartsenzorg)

6.5 Meningen over de term overbruggingszorg

Patiënten en naasten

Patiënten vonden de term 'overbruggingszorg' niet het goede woord voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd. Het gaat volgens namelijk niet altijd om zorg, het zijn ook (juist) vormen van ondersteuning die de patiënt zelf inzet. Eén patiënt gaf aan dat het komen op een 'wachttijd' als psychologisch effect had dat alle (hoge) verwachtingen (alleen) op die specifieke behandeling gericht waren. Dus ook de term 'wachttijd' klopt ergens niet, omdat patiënten in de wachttijd ook al zelf zoveel mogelijk aan de slag gaan met herstellen of het zoeken naar de juiste ondersteuning, en de term het risico geeft dat mensen 'in de wachtstand' gaan.

POH's-GGZ en huisartsen

POH's-GGZ vonden de juiste communicatie rondom overbruggingszorg belangrijk, maar ook wel lastig. Het woord 'overbruggingszorg' moet volgens hen het liefst vermeden worden in de praktijk. Ze willen voorkomen dat patiënten in een passieve wachtstand gaan, maar tegelijkertijd ook niet verbloemen dat er een wachttijd is. Eén POH-GGZ merkte op dat het helpt om samen met de patiënt een plan van aanpak te maken voor tijdens de wachttijd. Dat maakt de wachttijd niet beter of gemakkelijker, maar geeft wel houvast aan de patiënt. Zij zou de overbruggings- of wachttijd ook wel 'voorbereidingstijd' noemen. Ook in het woord 'wachttijd' zit volgens de POH-GGZ een bepaalde lading, namelijk dat de (hoge) verwachtingen (alleen) gericht zijn op behandeling in de ggz.

Een deelnemende huisarts vond het belangrijk om te normaliseren en zou het in plaats van 'overbruggingszorg' misschien 'crisiszorg' noemen, of 'tijd om te groeien', uit 'tijd om uit de brokken te komen'. De andere huisarts, die ook zelf als patiënt ervaring had met de ggz-wachttijden, gaf aan geen moeite te hebben met de term 'wachttijd'. Dit omdat het voor haar ook wel degelijk voelde als een 'wachtstand'. In de tussentijd gebruikte ze ook allerlei andere vormen van ondersteuning, maar ze kon pas echt verder met haar leven na de juiste behandeling. Ze had wel moeite met de term 'overbruggingszorg', omdat de ondersteuning voor haar helemaal geen (goede) 'zorg' was. De huisarts zou als professional bij sommige groepen patiënten soms niet de term 'overbruggingszorg' gebruiken, vooral bij patiënten zonder ernstige problematiek, die bijvoorbeeld wachten op diagnostiek.

Experts

Ook de experts vonden de term ‘overbruggingszorg’ ongelukkig, bijvoorbeeld omdat het uitgaat van een lineair proces van ‘A’ (huisartsenpraktijk) naar ‘B’ (ggz), terwijl er steeds breder wordt gekeken naar psychische problematiek en de oplossingen daarbij (zie ook paragraaf 6.7). De experts vonden het belangrijk de term zoveel mogelijk te vermijden en om naar patiënten vanaf het begin te benoemen dat er allerlei (gelijkwaardige) helpende opties zijn (in plaats van of op in aanvulling op ggz-behandeling), om te voorkomen dat patiënten in een wachtstand gaan en alle / enige hoop op de ggz richten. Ook werd opgemerkt dat het woord ‘overbruggingszorg’ ook gezien kan worden als een politiek statement (van huisartsen, om te begrenzen).

Box 6.4 toont ter illustratie enkele quotes over de term overbruggingszorg.

Box 6.4 Quotes uit de focusgroepen en interviews over de term overbruggingszorg

Patiënten

“Ik worstel al vanaf de eerste dag met de term overbruggingszorg. Uiteindelijk gaat het om een periode wachten. Waar heel veel praktische aspecten in zitten die heel belangrijk zijn. Voor mij in ieder geval. Dan vind ik ‘zorg’ te eng in definitie. En het gaat er mij vooral om dat, wie het ook is, een professional, aangeeft van, je hoeft het niet alleen te doen. En je helpt ook een begin te maken. Ja, begin met: we hebben allerlei initiatieven. Ga daar maar eens beginnen. Ja, dan denk ik dat iemand al geholpen kan zijn. De vraag is natuurlijk wel, in hoeverre is iemand in staat om dat te doen? Ik heb zelf die luxe gehad, maar het kost heel veel om dat allemaal uit te zoeken.”
(patiënt, man, 55 jaar)

“Mijn oog valt ieder keer op ‘wachtlijsten’. Ik denk dat in ieder geval in de manier waarop er gecommuniceerd wordt er een paar dingen duidelijk gemaakt moeten worden vanaf het begin af aan. Wachten suggereert letterlijk: wachten, en ik doe niets, en er wordt me op enig moment iets gebracht. Mijn therapeut en de vorige, die zeiden in het begin, wat wij gaan doen, dat is topsport. Ik dacht, oh, ik krijg een beker. Maar ze bedoelden: hard werken. En ik denk dat het heel goed zou zijn op het moment dat mensen op een wachtlijst komen, dat duidelijk gemaakt wordt dat dan het werk begint. En dat je dat niet alleen hoeft te doen. En dat er duidelijk wordt gemaakt wat er allemaal is. Want het duizelt mij van de dingen die voorbij komen. Er is denk ik al genoeg. Het is vanaf het moment dat je op die wachtlijst staat keihard werken en zorg dat er ondersteuning is. Ik denk dat dat het belangrijkste is. Wachten? Nee, niet wachten. Aan de slag!”
(patiënt, man, 55 jaar)

POH's-GGZ

“Een tijdlijn maakt dus dat iemand al een beetje aan het werk is. Met het in ieder geval krijgen van een soort overzicht van, waar ga ik straks mee aan de slag. Ik vind wel dat je dat goed kan doen in die voorbereidings- of wachttijd, of hoe je dat ook moet noemen. Dus je zou het misschien een voorbereidingstijd moeten noemen. Maar het is wachttijd. Ik bedoel, ja, daar kan je ook niet omheen, hè? Als het alleen maar voorbereidingstijd zou zijn, dan zou je morgen terecht kunnen. Dus het is heel lastig om dit wat minder geladen te maken, denk ik.” (POH-GGZ, vrouw, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 40 jaar werkervaring)

“Door het wachten te noemen impliceer je ook dat er in de tussentijd niks gebeurt, hè? Maar je bent natuurlijk niet aan het stilstaan in de tussentijd.” (POH-GGZ, vrouw, pedagoog, 24 jaar werkervaring)

“Nee, de lading van wachten is heel groot. In de term van wachten zit een enorme verwachting. En ja, je moet ook nog maar eens zien of als je dan eenmaal van die wachtlijst af bent, of je dan geholpen bent.” (POH-GGZ, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 40 jaar werkervaring)

“Ja, want daar gaat het gebeuren. Ik heb ook wel eens bij mensen dat ik zeg nou, we doen én een verwijzing én ondertussen gaan we kijken hoe ver we hier komen. Maar dan sta je in ieder geval ergens op een wachtlijst. Dat geeft een heel andere lading dan wanneer ik zeg, nou, we gaan je op een wachtlijst zetten, want hé, dit kan ik hier niet.” (POH-GGZ, vrouw, pedagoog, 24 jaar werkervaring)

Huisartsen

“Juist bij de minder complexe overbruggingszorg, bijvoorbeeld voor diagnostiek van ADHD of autisme. Daar zou ik het juist misschien geen overbruggingszorg noemen, want daarbij is de diagnostiek een puzzelstuk in het geheel. En dan ben je eigenlijk al aan het aan het aan het werk in de wachttijd tot de diagnostiek. Ik heb natuurlijk die periode gehad dat het gewoon echt niet goed ging met mij en dat ik het gevoel had, iedereen laat me in de steek. Dat is anders. En eigenlijk vind ik, als je echt in de put zit en er is niemand voor je, dat vind ik eigenlijk helemaal geen overbruggingszorg. Dat vind ik eigenlijk ook nog eens gewoon zorg. Je bent gewoon in de steek gelaten. Er zit misschien een verschil in.” (huisarts in rol van patiënt, vrouw, ruim 15 jaar werkervaring)

“Ik vind het eindeloos leuk om met die taal te spelen met mensen. Dan zeggen ze: ja, ik zit in een wachtstand. En, waar wacht jij nou eigenlijk op? Waar kom je vandaan en waar wil je dan naartoe? “Ja, ik wil naar de ggz.” Nee, maar gewoon in jouw leven, hoe zag jouw leven er hiervoor nou uit? Je bent dan nu in de wachtstand, en als je dat nou eens beschrijft, hoe zit je er nou in? Zit je wel een beetje droog in je wachthokje? Stel nou, dat je morgen wakker wordt en dan is het wachten voorbij, en dan is het weer normaal. Wat is dan normaal voor jou? En dan probeer ik zo uit alle macht via slinkse manieren met de metaforen die ze zelf aandragen om uit dat medisch-technische te gaan.” (huisarts, man, ruim 15 jaar werkervaring)

Experts

“Die term overbruggingszorg is eigenlijk een ongewenst begrip. Het is iets wat misschien eigenlijk nooit ideaal kan zijn. En het suggereert ook van, het is van ‘A’ naar ‘B’. Dus dan is het eigenlijk een soort tussenoplossing, en dat suggereert eigenlijk ook al dat dat een kwalitatief mindere optie is. En de wetenschap waar het ecosysteem mentale gezondheid zich op baseert, is dat elke benadering gelijkwaardig kan zijn en dat de ene methode of behandeling niet bij voorbaat beter is dan de ander. Dus daar streven we ook naar, om echt heel brede mogelijkheden te bieden en dat ook echt te zien van nou, dat zijn allemaal dingen die kunnen werken.” (expert, huisartsenzorg)

6.6 Overbruggingszorg in de context van actuele ontwikkelingen

Tijdens de focusgroepen en interviews kwamen diverse actuele ontwikkelingen in de zorg aan bod (zie ook hoofdstuk 1). Voorbeelden hiervan zijn domeinoverstijgende samenwerking en het verkennend gesprek, die beide vanuit het IZA worden gestimuleerd. Deze ontwikkelingen zijn gerelateerd aan overbruggingszorg, in die zin dat ze de (zorg)context veranderen en mogelijk dus ook de organisatie en inhoud van overbruggingszorg, en in potentie soms ook een oplossing vormen voor ervaren knelpunten rondom overbruggingszorg. Daar wordt hieronder verder op in gegaan.

Patiënten en naasten

Sommige deelnemende patiënten zagen in potentie meerwaarde in het verkennend gesprek dat landelijk wordt ingevoerd, met name om onnodige verwijzingen naar de ggz te voorkomen. Ze vonden het goed dat het gesprek laagdrempelig is, vergoed wordt en gevoerd wordt met professionals afkomstig uit verschillende disciplines. Het voeren van zo'n breed gesprek geeft patiënten de ingang tot een breed scala aan mogelijkheden tot ondersteuning. Hun verwachting is dat zij na zo'n gesprek ook (sneller) de duidelijkheid zullen hebben waar zij behoefte aan hebben, mogelijk via een plan van aanpak met liefst informatie over het vervolg van hun traject, een specifieke, gerichte behandelrichting- of locatie binnen de ggz en de duur van de wachttijd. Een andere deelnemer was kritischer; het verkennend gesprek voelde voor hem vooral als '*nog een loket*', dat bovendien niet onafhankelijk is, maar onderdeel van de ggz. Deze deelnemer vermoedde dat ggz-instellingen hun intakegesprekken⁵¹ soms bewust uitstellen tot het moment dat de daadwerkelijke behandeling kan starten, zodat zij in de tussentijd geen verantwoordelijkheid hoeven dragen voor patiënten. Deze deelnemer vond dat de verantwoordelijkheid voor een verkennend gesprek daarom misschien beter elders zou kunnen liggen, bij een onafhankelijke partij, bij de huisartsenpraktijk, of onder gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hij vond ook dat de ggz-instellingen zo snel mogelijk de intakes zouden moeten inplannen voor patiënten die ggz nodig hebben. Een zorg is ook nog dat het verkennend gesprek ten koste gaat van ggz-capaciteit. De deelnemers vinden dat het verkennend gesprek sowieso vooral geschikt lijkt voor 'nieuwe' patiënten, die anders verkeerd / onnodig zouden worden verwezen naar de ggz.

POH's-GGZ en huisartsen

Sommige POH's-GGZ maken in de praktijk gebruik van de 4 uur extra per week voor domeinoverstijgende samenwerking die vanuit het IZA wordt voorgesteld; de anderen doen dat niet. Daar is dan (nog) niets voor geregeld, of het is omdat men aan een bepaalde prestatienorm qua aantal consulten per dag moet voldoen. Eén van de huisartsen gaf aan domeinoverstijgende samenwerking met het sociaal domein (en de ggz) erg belangrijk te vinden, voor de patiënt en ook voor haar eigen werkplezier.

POH's-GGZ en huisartsen: navigeren

Ook POH's-GGZ en huisartsen vinden het ook soms lastig navigeren door de ggz. Zij zijn tijd en energie kwijt aan het zoeken van de juiste verwijzing of de kortste wachttijd voor een patiënt. Soms wezen de POH's-GGZ patiënten op wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar, maar hierbij werden weinig succeservaringen gezien. Een van de twee huisartsen had, ondanks haar uitgebreide kennis en netwerk, als patiënt vergelijkbare ervaringen met het ggz-systeem als de patiënten uit de focusgroep: lang in onzekerheid zitten, lange wachttijden, afwijzingen, (her)verwijzingen naar andere

⁵¹ Hij doelde hiermee op reguliere intakegesprekken, dus niet op verkennende gesprekken.

ggz-instellingen, en zelf de kar moeten trekken in dit proces. Ook zij uitte haar zorgen over hoe moeilijk of onmogelijk het zelfs moet zijn voor (extra) kwetsbare groepen (bijvoorbeeld bij taalproblemen of een verstandelijke beperking) om door dit systeem te navigeren. De ene huisarts gaf verder aan bij de praktijk laagdrempelig een psychiater te kunnen consulteren (georganiseerd door de zorggroep), en dat dit heel behulpzaam was om patiënten door de ggz te helpen navigeren. De andere huisarts gaf aan nauwelijks tot nooit een psychiater of ggz-professional te kunnen bereiken voor overleg.

Experts

Volgens de experts past alternatieve vormen van ondersteuning (buiten de ggz) als overbruggingszorg bij alle huidige (IZA) ontwikkelingen in de zorg. Zorg wordt dan minder als een lineair proces gezien met een verwijzing van 'A' (huisarts) naar 'B' (ggz), maar meer als een aanbod van allerlei mogelijkheden (netwerkzorg). Zo'n verandering vraagt volgens de experts wel iets van patiënten en professionals, die hun ideeën en verwachtingen over zorg en ondersteuning mogelijk moeten bijstellen (en open moeten staan voor oplossingen buiten de ggz). Meer domeinoverstijgende samenwerking zou als gevolg kunnen hebben dat de verantwoordelijkheid voor patiënten met psychische problemen, die nu zo zwaar op de huisartsenpraktijk drukt, wordt gedeeld en verlicht. De experts gaven aan dat de impact van de Mentale Gezondheidscentra en het verkennend gesprek nog niet goed zijn onderzocht, vooral ook niet in de zin van wat de ontwikkelingen precies betekenen voor patiënten. Zij pleitten dus voor meer onderzoek, waarbij één van de experts aangaf dat dit soort veranderingen vooral ook op langere termijn moet worden onderzocht. Er is ook andere benadering van psychische problematiek nodig in de samenleving; meer in de breedte voor elkaar zorgen, niet alleen binnen maar ook buiten de zorg (een 'ondersteunende maatschappij'). De ggz-wachttijden kunnen in die zin in het kader van normaliseren in sommige gevallen ook nuttig zijn: ze helpen te bezinnen, zorgen voor een pas op de plaats en helpen om de ggz als 'eindstation' ter discussie te stellen.

Box 6.5 toont ter illustratie enkele quotes over actuele ontwikkelingen rondom overbruggingszorg.

Box 6.5 Quotes uit de focusgroepen en interviews over actuele ontwikkelingen rondom overbruggingszorg

Patiënten

"Ze zijn dus nu wel bezig met verkennende gesprekken, vanuit het Integraal Zorgakkoord. Dat is denk ik wel heel waardevol, zo'n laagdrempelig gesprek. Om even te kijken van, wat heb je nodig Heel, heel veel mensen die op de wachtlijst staan hebben het natuurlijk ook echt nodig. Maar er zijn ook heel veel mensen die op een andere manier ook heel goed geholpen kunnen worden. Die bijvoorbeeld problemen hebben met schulden of iets anders en daardoor snel doorverwezen worden aan de ggz. En die mensen dan de hulp te bieden die ze nodig hebben en daardoor niet die wachtlijst bijvoorbeeld nodig hebben. Ja, dat zal wel schelen ieder geval. Daar zou ik wel voorstander van zijn, want de wachtlijsten zijn gewoon enorm lang. En ook dat er heel vaak een splitsing wordt gemaakt tussen verschillende afdelingen en dan is het niet de goede afdeling. Dan moet je weer opnieuw op de wachtlijst binnen een instelling. Ja, dat zou voor mij niet wenselijk zijn. Er zou eerst een algemeen gesprek moeten komen en daar moet goed gekeken worden. Wat heeft iemand nodig en dan zou er pas een splitsing gemaakt moet worden van, je moet naar de afdeling depressie, of persoonlijkheid, of iets anders. Om dat wachtlijst systeem daarin efficiënter te maken." (patiënt, vrouw, 27 jaar)

“Ik ben zelf absoluut geen voorstander van het verkennend gesprek, want dat kost nou meteen capaciteit. En het wekt een suggestie, denk ik, die er niet is. Het lost misschien een heel klein beetje op, en je zal inderdaad hier en daar er iets uithalen. Dat hoort niet, of dat kan anders. Maar ik hecht veel meer waarde aan, zo snel mogelijk een goede intake doen. En dat je daarna moet wachten, akkoord.” (patiënt, man, 55 jaar)

Huisartsen

“Er komt ook heel veel psychische problematiek op ons bord. Wat eigenlijk sociale problematiek is. Dus ik geloof ook echt dat goede samenwerking met de eerste en nuldelijn, ook met de tweede lijn trouwens, echt essentieel is. Dat je elkaar ook echt wel kent en weet te vinden. Ik geloof dat dat voor mij als huisarts mijn werkplezier vergroot en de lijntjes korter maakt, wat dan ook weer ten gunste is van de patiënt.” (vrouw, huisarts, ruim 15 jaar werkervaring)

“Ik probeer altijd een breder verhaal te creëren, en soms lukt dat niet, en willen mensen toch perse naar de ggz. Dat vind ik dan al verdrietig, en dan gaan ze en dan is er ook nog eens een wachtlijst. En dan komen ze op die ggz-wachtlijst. Dan moeten ze heel lang wachten. Dan wordt die problematiek vaak erger. En dan komen ze in de ggz, dan hebben ze een intake bij iemand. Dan is er een loket voor bedacht. Oh, dit is meer angststoornis. Dan kom je bij iemand, weer een ander, iemand van angst. Dan zie je telkens weer andere mensen. Uiteindelijk krijg ik daar na twee jaar een brief van. Maar die mensen werken er dan al niet meer. Die wil ik dan bellen, Anne of Lisette, die die brief heeft gestuurd. Maar Anne of Lisette werken er al lang niet meer, omdat het een puinhoop is in de ggz en die alweer bij een andere instelling zitten. En de psychiater zelf, die kan je helemaal niet bereiken. Terwijl dat een andere dokter is, dus daar hoop ik dan af en toe mee te kunnen schakelen. Maar die psychiaters, ik weet ik niet eens of die wel bestaan. Die kun je niet te pakken krijgen, om echt als mens daarmee te praten. Ik heb slechte ervaringen met de ggz.” (huisarts, man, ruim 15 werkervaring)

Experts

“Wij hebben pilots gemonitord met het verkennend gesprek en daar zagen we dat het natuurlijk voor de professional nieuw is, om op een iets andere manier te kijken en misschien bredere zorg in te zetten, zoals uit het sociale domein. Daarnaast merkten ook dat het voor de patiënt zelf nieuw is. Omdat toch veel mensen naar de huisarts gaan van: ik denk dat ik dit heb en ik wil nu een diagnose en daarna wil ik een verwijzing. Dus we merkten in die pilot dat er aan de patiënt kant ook echt iets mag veranderen.” (expert, patiëntenperspectief)

“Natuurlijk, ja, als je kijkt naar de laatste 20 jaar, dan zijn er allerlei pilots geweest. Nieuwe methodes, pogingen om de wachtlijsten op te lossen. En die zijn, ja, inderdaad niet zo succesvol geweest. En tegelijkertijd denk ik, in ieder geval de laatste paar jaar, wat ik zelf merk, is dat er natuurlijk heel veel gaande is op procesniveau. En dat geeft nog niet direct resultaten, maar er zijn wel de mentale gezondheid netwerken of GEM netwerken. Daar wordt waardegedreven gewerkt. Er komt voor mijn gevoel wel echt samenwerking tot stand, waarin er een gedeelde verantwoordelijkheid is in plaats van puur verschillende domeinen en naar elkaar wijzen. Ik denk wel dat dat hoopvol is.” (expert, huisartsenzorg)

7 Discussie

Dit onderzoek richtte zich op de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met overbruggingszorg. In totaal vulden 321 volwassen patiënten, 83 naasten, 127 POH's-GGZ, 48 huisartsen en 9 overige professionals een vragenlijst in. Hiernaast namen 5 patiënten, 1 naaste, 6 POH's-GGZ, 2 huisartsen en 7 experts deel aan een focusgroep of interview. Ook werd een overzicht gemaakt van bestaande overbruggingszorg initiatieven. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord, worden de gevonden resultaten in de context van de literatuur geplaatst, methodologische overwegingen beschreven, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan aan verschillende doelgroepen.

7.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

Wat is de impact van de ggz-wachttijden op volwassen patiënten met psychische problemen en hun naasten?

De ggz-wachttijd had op het gros van patiënten die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek een grote negatieve impact, die vaak bestond uit emotionele gevolgen (94%), zoals wanhoop, angst of frustratie, het belandden in een 'wachtstand' (87%) of een verergering van hun psychische klachten (83%). Ruim de helft (62%) van de patiënten had tijdens het wachten suïcidale gedachten. Ook had de wachttijd een negatieve impact op hun zelfbeeld (86%), werk (77%) of partnerrelatie (70%). De meerderheid (78%) raakte hun vertrouwen in de zorg of zorgverleners in het algemeen kwijt. Sommigen waren door de wachttijd minder gemotiveerd voor ggz-behandeling (35%), stopten met ggz-behandeling als zij hier eenmaal mee waren gestart (14%), of begonnen überhaupt niet meer aan ggz-behandeling (18%). Slechts 3% was het een beetje eens, eens of zeer eens met de stelling dat hun klachten tijdens het wachten dusdanig verbeterden dat zij geen ggz-behandeling meer nodig hadden. Wel gaf bijna een derde van de patiënten (32%) aan tijdens het wachten in aanraking te zijn gekomen met andere, waardevolle vormen van ondersteuning. De impact van de wachttijd op *naasten* die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek bestond ook vooral (77%) uit negatieve emotionele gevolgen, zoals frustratie of wanhoop, en soms uit impact op hun relatie, gezin, werk, financiële situatie (22%) of op hun eigen mentale gezondheid (14%), bijvoorbeeld in de vorm van overbelasting of slaapproblemen. Ook investeerden naasten in het ondersteunen van de patiënt en waren zij tijd en energie kwijt aan het zoeken naar passende ondersteuning of zorg voor de patiënt (24%).

Wat is de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg op POH's-GGZ en huisartsen?

Voor de POH's-GGZ en huisartsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek bestond de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg vooral uit een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten (93%), een hogere werkdruk (90%), en het ervaren van een (te) groot verantwoordelijkheidsgevoel (75%). Bijna de helft (47%) van de huisartsen en ongeveer één op de zes (15%) POH's-GGZ gaf aan door de ggz-wachttijden en overbruggingszorg last te hebben van stress, piekeren of overspanningsklachten. Bij ruim een derde (36%) van de huisartsen en bijna een vijfde (17%) van de POH's-GGZ vormden de ggz-wachttijden en overbruggingszorg een dusdanige belasting, dat zij overwogen te stoppen met hun functie. In antwoorden op een open vraag gaven POH's-GGZ en huisartsen verder aan door de ggz-wachttijden en overbruggingszorg minder aan hun eigenlijke taken toe te komen (48%) en zich zorgen te maken over het leveren van een slechte

kwaliteit van zorg aan patiënten met psychische problemen (35%). Het – in theorie – verdwijnen van de ggz-wachttijden zou voor veel huisartsen en POH's-GGZ (52%) een enorme opluchting zijn en bijdragen aan hun werkplezier. Wel zouden enkele POH's-GGZ dit ook jammer vinden qua uitdaging en afwisseling in het werk. De meerderheid van de POH's-GGZ (89%) gaf aan dat het hen een bepaalde vorm van voldoening gaf om iets voor patiënten te kunnen betekenen tijdens het wachten; dit was slechts bij 49% van de huisartsen het geval.

Welke ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg hebben volwassen patiënten met psychische problemen? Wat zijn hun behoeftes rondom overbruggingszorg?

Bijna de helft (45%) van de patiënten die de vragenlijst invulden maakte tijdens het wachten gebruik van een vorm van ondersteuning die kan worden beschouwd als overbruggingszorg. Soms was dit op eigen initiatief (34%) en anders was dit op het initiatief van de huisarts (17%), POH-GGZ (15%) of een ggz-instelling (18%). Het ging het vaakst (zie Figuur 3) om één of meerdere gesprekken met de huisarts (29%) of POH-GGZ (25%), medicatie (25%) of één of meerdere gesprekken met een ggz-professional (25%). Patiënten waren wisselend tevreden over de wachttijd-ondersteuning. Van alle respondenten was 54% over het algemeen een beetje tevreden, tevreden of zeer tevreden over de overbruggingszorg. Aan de andere kant was 43% een beetje ontevreden, ontevreden of zeer ontevreden. De rest (13%) was neutraal. Tevreden qua overbruggingszorg waren patiënten vooral over een specifieke zorgverlener, die kan variëren van POH-GGZ tot arbeidscoach, lichaamsgerichte therapeut of anders. Daarnaast waren zij vooral tevreden over de emotionele steun die zij tijdens de overbruggingszorg ontvingen. Ontevreden zijn zij het vaakst over een gebrek aan expertise, deskundigheid of specialisatie bij de professional van wie zij overbruggingszorg ontvingen, vaak de POH-GGZ. Naast het gebruiken van formele 'overbruggingszorg' maakten patiënten overigens ook vaak gebruik van informele steun van hun naasten; 40% van alle deelnemende patiënten maakte hier gebruik van.

Patiënten in de focusgroep hadden wisselende ervaringen met overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk. Zij gaven aan niet echt vooruit te komen met de ondersteuning van de POH-GGZ, maar het wel fijn te vinden in ieder geval ergens terecht te kunnen voor emotionele steun. Zij vonden de huisartsenzorg ook (vooral) reactief en ervoeren soms een gebrek aan ggz-expertise, maar zagen ook dat er een hoge werkdruk is in de huisartsenpraktijk en hadden daar begrip voor. Patiënten gaven verder aan tijdens de wachttijd of overbruggingsperiode vooral behoefte te hebben gehad aan goede informatievoorziening over de wachttijden, een snelle intake of adviesgesprek met een helder plan van aanpak, praktische hulp (bijvoorbeeld met wegwijs worden in de zorg) en emotionele steun.

Het was voor de patiënten uit de focusgroep vaak een langdurig en moeizaam proces om bij de juiste ggz-behandeling terecht te komen. Zij hebben te maken gehad met verkeerde verwijzingen, lang wachten op een intakegesprek, afwijzingen door ggz-instellingen, nieuwe verwijzingen en nieuwe wachtlijsten. Er werd daarbij volgens hen door professionals niet of nauwelijks gekeken naar wat zij tussentijds nodig hadden. Soms gaf dit hen een eenzaam gevoel en het gevoel 'in de steek gelaten te worden'. Dat kan volgens hen beter; door mensen op te volgen, door mensen te activeren en alvast aan de slag te laten gaan met andere mogelijkheden tijdens het wachten. Sommige patiënten hadden tijdens de wachttijd ook vooral behoefte aan iemand om mee te praten, een luisterend oor en persoonlijk contact. Het is voor patiënten belangrijk dat overbruggingszorg vooral laagdrempelig is, en bijvoorbeeld weinig of geen kosten en geen eigen wachttijden met zich meebrengt. Informatie over mogelijkheden voor ondersteuning tijdens het wachten zou wat hen betreft het liefst ergens gebundeld beschikbaar moeten zijn. Het aanbod is nu te versnipperd en het is moeilijk om daar een overzicht van te krijgen. De patiënten die deelnamen aan de focusgroep waren zelfredzaam en

hebben daarbij misschien enige ondersteuning bij nodig van een professional; zij denken dat andere patiënten met beperktere gezondheidsvaardigheden daar waarschijnlijk meer hulp nodig zullen hebben.

De patiënten uit de focusgroep gebruikten ter wachttijd overbrugging al diverse vormen van ondersteuning *buiten* de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld ondersteuning via de Wmo, aanbod van een patiëntenvereniging of (tijdelijke) behandeling door een vrijgevestigde therapeut. De meerwaarde van 'overbruggingszorg' zat voor hen vooral in de laagdrempelige beschikbaarheid: liefst geen wachttijd, geen of minimale kosten, online of door heel Nederland beschikbaar. Ook lotgenotencontact was van meerwaarde voor de patiënten, vanwege onder andere de herkenning en uitwisseling van ervaringen, het van elkaar kunnen leren en het er niet alleen voor staan. Patiënten vonden de term 'overbruggingszorg' niet de juiste benaming voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd. Het gaat volgens hen namelijk niet altijd om zorg; het zijn ook vormen van ondersteuning buiten de zorg die de patiënt zelf inzet. Ook de term 'wachttijd' heeft volgens hen een bepaalde negatieve lading en kan het risico met zich meebrengen dat mensen passief 'in de wachtstand' gaan. Aangegeven wordt dat patiënten in de wachttijd ook al zelf zoveel mogelijk aan de slag zouden moeten gaan met herstellen of het zoeken naar de juiste ondersteuning.

Welke behoeftes aan ondersteuning en ervaringen daarmee hebben naasten van patiënten met psychische problemen tijdens de ggz-wachttijd?

Driekwart (75%) van de naasten die de vragenlijst invulden had tijdens de ggz-wachttijd van hun naaste behoefte aan ondersteuning, vooral aan advies over hoe met de problematiek van de patiënt om te gaan, aan praktisch advies over navigeren door de ggz en andere ondersteuning en aan emotionele steun voor zichzelf. Een vijfde (22%) van alle naasten ontving ook daadwerkelijk ondersteuning, meestal op eigen initiatief (85%) en niet op dat van een zorgverlener. Het ging vooral om steun van hun eigen naasten of gesprekken met de huisarts, POH-GGZ of een ggz-professional. Naasten waren meestal (66%) tevreden over deze ondersteuning.

Welke ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg hebben POH's-GGZ, huisartsen en experts? Wat zijn volgens hen knelpunten en kansen rondom overbruggingszorg?

Overbruggingszorg wordt bij de POH's-GGZ en huisartsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek meestal (21%), vaak (40%) of (bijna) altijd (36%) aangeboden binnen de huisartsenpraktijk. Er wordt soms (36%) of (bijna) nooit (47%) verwezen naar overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk. In de afweging van POH's-GGZ en huisartsen om al dan niet overbruggingszorg te bieden spelen verschillende factoren een rol, waaronder de wens of behoefte van de patiënt, de ernst van de problematiek en de duur van de wachttijd. Overbruggingszorg wordt eerder aangeboden als er een hoge lijdensdruk is of bij ernstige, complexe, acute of crisis-gevoelige problematiek en bij een langere wachttijd. Sommige professionals (7%) gaven expliciet aan overbruggingszorg tegen wil en dank te leveren en voelen zich ertoe verplicht, maar zouden het liever niet doen. Een klein deel (4%) gaf in hun antwoord aan geen overbruggingszorg te bieden of van plan te zijn dat binnenkort niet meer te gaan doen. In hun afweging hierover speelde mee dat zij vinden dat overbruggingszorg geen huisartsenzorg is, omdat het te zware of te specialistische zorg is en er ook onvoldoende tijd voor is. De overbruggingszorg die wordt geboden binnen de huisartsenpraktijk bestaat meestal uit gesprekken met de POH-GGZ (96% van de respondenten gaf aan dat dit regelmatig, vaak of (bijna) altijd wordt ingezet), gedragsactivatie (92%), psycho-educatie (90%) en/of leefstijladvies (87%). Het doel van de overbruggingszorg is stabiliseren, steunen, klachtgericht behandelen, perspectief bieden, crisis voorkomen, monitoren, het wachten verzachten, de motivatie behouden of voorbereiden op ggz-behandeling. Ongeveer één op de zes (16%)

deelnemers geeft aan dat er voor hun praktijk regionale (samenwerkings)afspraken zijn rondom het organiseren van overbruggingszorg. Bij 45% zijn er geen afspraken en 39% weet dit niet.

De POH's-GGZ die deelnemen aan de focusgroep zagen het bieden van overbruggingszorg soms als een positieve uitdaging, en haalden daar dan ook voldoening uit, vaak dankzij jarenlange eerdere ervaring in de ggz. Tegelijkertijd probeerden zij de grenzen van de huisartsenzorg te bewaken. Ook vonden POH's-GGZ het lastiger overbruggingszorg te bieden als de wachttijd (heel) lang is. Experts in de focusgroep waren genuanceerd in hun mening over overbruggingszorg: bij ernstige problematiek die om specialistische zorg vraagt is het niet afdoende, maar soms kan het nuttig zijn en lijkt het toch ook bij de huisartsenzorg te passen.

Gevraagd naar huidige knelpunten rondom overbruggingszorg en mogelijke oplossingen daarvoor droegen huisartsen en POH's-GGZ in het vragenlijstonderzoek veel verschillende factoren aan. Veelgenoemde knelpunten waren onduidelijkheid over de duur van de wachttijd en dus de overbruggingsperiode, onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de overbruggingszorg, een gebrek aan capaciteit in de huisartsenpraktijk en onbekendheid met aanbod voor overbrugging buiten de huisartsenpraktijk. Een aangedragen oplossing was bijvoorbeeld dat de ggz de verantwoordelijkheid zou moeten nemen voor de overbruggingszorg, of tenminste zou moeten meedenken of geconsulteerd zou moeten kunnen worden over de invulling daarvan. Deze consultatie was in hun praktijk dan niet goed ingebed en zij ervoeren moeilijkheden in het bereiken van ggz-professionals. Gevraagd naar voor welke patiëntengroep(en) overbruggingszorg het minst goed geregeld of beschikbaar is noemen huisartsen en POH's-GGZ het vaakst (60%) patiënten met complexe of meervoudige problemen. Deze patiënten lopen volgens hen ook het vaakst (80%) risico tijdens de wachttijd. In hun antwoorden benadrukten huisartsen en POH's-GGZ het belang van de aandacht blijven richten op het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz, naast of in plaats van de aandacht richten op het verbeteren van overbruggingszorg.

Wat zijn bestaande initiatieven voor overbruggingszorg en wat zijn hun kenmerken?

Er werden via onder andere desk research en het vragenlijstonderzoek aan de hand van een aantal inclusiecriteria in totaal 51 overbruggingszorg initiatieven geïdentificeerd. Een derde hiervan werd specifiek ontwikkeld naar aanleiding van de ggz-wachttijden, bijvoorbeeld door een ggz-instelling, een eHealth aanbieder of ervaringsdeskundigen. De rest bestond uit reguliere vormen van zorg of ondersteuning die door patiënten of professionals in de praktijk te blijken worden gebruikt of ingezet als overbruggingszorg. Een deel van de initiatieven richt zich dus specifiek op patiënten op een ggz-wachtlijst. Andere initiatieven zijn bestemd voor een algemene doelgroep patiënten met psychische problemen, maar kunnen ook worden gebruikt door wachtenden. Het doel van de initiatieven is meestal: de situatie stabiliseren, achteruitgang tijdens het wachten voorkomen, suïcide voorkomen, voorbereiden op ggz-behandeling, (alvast) werken aan herstel, de wachttijd overbruggen of benutten, informeren, emotionele steun bieden, (h)erkenning bieden, en ervaringen uitwisselen.

De gevonden initiatieven zijn in de volgende negen categorieën ingedeeld:

- Zelfregie- en herstelcentra;
- Groepen vanuit ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld de WachtVerzachter;
- Wachtgroepen in de ggz, bijvoorbeeld WachtenWaard;
- Landelijke telefoonlijnen, binnen en buiten kantoortijd, bijvoorbeeld de MIND Hulplijn, 113 Zelfmoordpreventie of de Luisterlijn;
- Websites (met vaak chat of forum), bijvoorbeeld vanuit patiëntenverenigingen of eHealth communities;

- EHealth (online module, cursus of app) bij huisarts of ggz, bijvoorbeeld Therapieland Eerste stap naar herstel, Minddistrict Welkomstmodule of Wacht @ctief;
- Consulten bij een verwijzer of een tijdelijke behandelaar, meestal huisartsenpraktijk of basis-ggz, maar ook psychiater, POH-GGZ Spoed of crisisdienst;
- Ondersteuning via de gemeente of het sociaal domein, bijvoorbeeld via de Wmo, maatschappelijk werk, buurtteam of Welzijn op Recept;
- Overig, bijvoorbeeld een initiatief gericht op zingeving, een informatiepunt voor transgenderzorg of logeer- en respijthuizen.

De setting waarin de initiatieven plaatsvinden is divers: ggz, sociaal domein of gemeente, huisartsenzorg, informele zorg of online. Het gaat vaak om regionale initiatieven, maar een deel is ook op landelijke schaal beschikbaar. Meestal is er geen formele verwijzing nodig via de huisarts en is het aanbod gratis of is er alleen een eigen kleine bijdrage nodig. Bepaalde initiatieven zijn echter minder toegankelijk, bijvoorbeeld doordat zij exclusiecriteria hanteren (er mag bijvoorbeeld geen sprake zijn van crisisgevoeligheid⁵²), geld kosten (bij ongecontracteerde of onvergoede therapie), alleen via een werkgever of een ggz-instelling toegankelijk zijn, digitale vaardigheden vereisen of hun eigen wachttijden hebben.

Zowel de patiënten, POH's-GGZ, huisartsen als experts die deelnamen aan een focusgroep of interview zagen potentiële meerwaarde in de initiatieven. Wel waren er soms twijfels over in hoeverre de gevonden vormen van ondersteuning passend zijn voor patiënten met ernstige problematiek. Het vaker inzetten van het brede palet aan beschikbare vormen van ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd lijkt te passen bij huidige ontwikkelingen in de zorg, waarbij ook buiten de ggz wordt gezocht naar oplossingen bij psychische problematiek. De gevonden overbruggingszorg initiatieven genieten onder huisartsenzorg professionals echter weinig bekendheid. Mogelijk geldt 'onbekend maakt onbemind'; zij kennen het aanbod niet goed, denken dat dit vooral geschikt is bij lichtere psychische klachten, en / of hebben er onvoldoende vertrouwen in om patiënten hierop te wijzen. Huisartsen en experts pleitten voor meer onderzoek naar de kwaliteit van de initiatieven en de meerwaarde daarvan voor patiënten. Patiënten gaven aan door de huisartsenpraktijk (en ggz) te weinig op dit soort vormen van ondersteuning te worden gewezen en zouden dat wel graag willen. Zij zouden daar volgens hen niet alleen baat bij kunnen hebben tijdens de wachttijd, maar ook tijdens ggz-behandeling of daarna.

7.2 Resultaten in context, wat valt op?

In deze paragraaf gaan we verder in op de opvallendste resultaten uit het onderzoek.

Grote impact benadrukt urgentie adequate aanpak ggz-wachttijden

De bevindingen uit dit onderzoek laten zien dat de ggz-wachttijden grote negatieve impact hebben op zowel patiënten en naasten als op POH's-GGZ en huisartsen. Dit sluit aan op de resultaten van ons eerdere literatuuronderzoek (Schutjens et al., 2024). Opvallend is dat verreweg de meeste patiënten die deelnamen aan ons vragenlijstonderzoek een verslechtering van hun mentale gezondheid

⁵² Bij crisis zijn de klachten dusdanig ernstig dat zij het dagelijks leven (volledig) verstoren. Zie ook:

thuisarts.nl/psychische-klachten/ik-heb-acute-psychische-crisis#:~:text=Tijdens%20een%20psychische%20crisis%20zijn,U%20voelt%20zich%20heel%20angstig

ervoeren tijdens de ggz-wachttijd, ondanks dat bijna de helft van hen gebruik maakte van een vorm van overbruggingszorg (vaak consulten bij een huisarts, POH-GGZ, ggz-professional en / of medicatie). Verder blijkt uit een recente peiling (Akwa GGZ, 2024) dat de ggz-wachttijden ook op ggz-professionals impact hebben. Voor professionals uit de basis-ggz die doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz en die blijven 'overbruggen' leidt dit, net als dus bij huisartsen en POH's-GGZ, ook tot onder andere een hoge werkdruk, zich te lang verantwoordelijk voelen en een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten. Acht procent van de ggz-professionals overweegt hierdoor te stoppen met hun werk; dit is lager dan het percentage van 23% dat wij vonden in ons vragenlijstonderzoek onder huisartsen en POH's-GGZ. Ook uit een scriptie-onderzoek naar de ervaringen van buurtteammedewerkers in Amsterdam blijkt dat zij zich verantwoordelijk voelen voor de ondersteuning aan mensen die wachten op ggz-behandeling, maar dat zij vaak het gevoel hebben er alleen voor te staan en daarnaast onvoldoende kaders en kennis hebben (Harpenau, 2024). Het verminderen van de ggz-wachttijden blijft dus een zeer urgent (beleids-)probleem, vanuit zowel het perspectief van de patiënt en naaste als dat van de zorgprofessional. Volgens recente analyses zijn de wachttijden het gevolg van bredere, meervoudige oorzaken, waarop dus ook meervoudige acties nodig zijn (Algemene Rekenkamer, 2020; Bouman et al., 2018; Boumans et al., 2023; Zorginstituut Nederland, 2023). Er worden zes oplossingsrichtingen van binnen en buiten de ggz naar voren gebracht, lopend van meer aandacht voor preventie, laagdrempelige hulp en zelfhulpinitiatieven, via brede triage en domeinoverstijgende samenwerking tot aan betere, meer integrale zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023). Meer over het recente beleid rondom het verminderen van de ggz-wachttijden is te lezen in een evaluatie over de wachttijdenaanpak in 20 regio's die subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz' (Nuijen et al., 2024). Hieruit blijkt onder andere dat het regionale beleid zich op dit moment vooral richt op betere domeinoverstijgende samenwerking aan de 'voorkant' van de ggz, in de hoop de instroom van patiënten te verminderen.

Het placebo of nocebo effect van de wachtlijst

In theorie kan het op een ggz-wachtlijst geplaatst worden zowel een positief (placebo⁵³) als negatief (nocebo⁵⁴) psychologisch effect hebben op (het herstel van) patiënten. Het online woordenboek van de American Psychological Association (APA) maakt vermelding van het '*waiting-list phenomenon*'⁵⁵. Dit is het spontane herstel dat kan optreden als iemand met psychische problemen om hulp vraagt en op een wachtlijst belandt. De wachtlijst heeft dan een positief (placebo) effect, omdat mensen alvast anticiperen op behandeling. Over dit fenomeen is echter weinig wetenschappelijk onderzoek te vinden. Uit epidemiologisch onderzoek is wel bekend dat een deel van de mensen met veelvoorkomende problematiek, zoals depressie, herstelt zonder überhaupt professionele zorg (Boerema et al., 2017). Dit kan dan bijvoorbeeld komen doordat hun omstandigheden veranderen, zij leren omgaan met hun klachten of zij (andere) oplossingen vinden. Het hebben van een partner of sociale steun lijkt geassocieerd met herstel zonder professionele zorg (Boerema et al., 2017). Ook blijken mensen in controlegroepen in onderzoek, die vaak bestaat uit een wachtlijst conditie⁵⁶ (zie bijvoorbeeld Cuijpers et al., 2024a) soms ook (al) te herstellen. Dit is ook één van de redenen waarom de gemeten effectiviteit van psychotherapie over het algemeen van bescheiden omvang is. De resultaten van ons vragenlijstonderzoek wijzen echter meer op een negatief (nocebo) effect van

⁵³ <https://en.wikipedia.org/wiki/Placebo>

⁵⁴ <https://en.wikipedia.org/wiki/Nocebo>

⁵⁵ <https://dictionary.apa.org/waiting-list-phenomenon>

⁵⁶ Patiënten ontvangen dan na een bepaalde wachttijd, na afloop van het onderzoek, alsnog de behandeling.

de wachttijd, omdat veel patiënten tijdens het wachten achteruit gingen en zij ook aangaven last te hebben gehad van het belanden in een 'wachstand'. Deze wachstand kan ervoor zorgen dat mensen niet (zelf) in beweging komen, waardoor problemen aanhouden of verergeren. Dat kunnen de klachten 'an sich' zijn, maar ook de omstandigheden kunnen verslechteren, doordat er geen aandacht aan wordt gegeven tijdens het wachten. Ook ander onderzoek wijst eerder richting een nocebo effect van de wachttijd. Onderzoekers (Furukawa et al., 2014) vergeleken onderling verschillende soorten controlegroepen uit 49 psychotherapie studies. Hieruit bleek dat patiënten in controlegroepen met 'geen behandeling' er meer op vooruit gingen dan patiënten in controlegroepen met een wachtlijst. Andere onderzoekers (Cuijpers et al., 2024b) adviseren ook om wachtlijst condities niet als controlegroep te gebruiken bij onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie bij depressie, maar in plaats daarvan met 'care as usual' te vergelijken. De vergelijking met een wachtlijst conditie maakt volgens hen dat de werkzaamheid van therapie stelselmatig wordt overschat. Wat hieraan precies ten grondslag ligt blijft gissen; mogelijk vermindert een 'wachstand' de kans op spontaan herstel, gaan wachtenden minder snel op zoek naar (andere) oplossingen of hebben wachtenden gewoonweg negatievere verwachtingen over het verloop van hun klachten. Een wachtlijst conditie in een onderzoek lijkt sowieso nog relatief comfortabel ten opzichte van een wachtlijst in 'het echte leven', die onzekerder is qua duur en uitkomst, en ook regelmatig langer wachten behelst dan de duur van een onderzoek. Bovendien worden in onderzoek patiënten met comorbiditeit vaak uitgesloten van deelname. Het gaat dan dus vaak om wachtenden met enkelvoudige problemen. De bevindingen uit ons vragenlijstonderzoek, onder een brede groep wachtenden, met ook meervoudige problematiek, zijn wat dat betreft realistischer. Als de ggz-wachttijd daadwerkelijk een (groot) nocebo effect heeft, dan is de communicatie door zorgverleners rondom de wachttijd als zodanig van groot belang. Dit kan dan, net als bij medicatie of therapie, positieve of juist negatieve verwachtingen (uit)vergroten en het herstel bevorderen dan wel belemmeren. Dit is ook wat patiënten en professionals in dit onderzoek aangaven; dat helderheid over de duur van de wachttijd, maar ook hoe daarover wordt gecommuniceerd door de zorgverlener (en bijvoorbeeld de pro-activiteit daarin en de toon en de woorden die daarbij gebruikt worden), echt van belang kunnen zijn.

Variatie in overbruggingszorg tussen huisartsenpraktijken; wisselende ervaringen patiënten

Uit dit onderzoek blijkt dat er variatie is in welke factoren POH's-GGZ en huisartsen meenemen in hun afweging om al dan niet overbruggingszorg te bieden aan patiënten. Velen gaan uit van de behoefte van de patiënt, maar er zijn ook professionals die uit principe geen overbruggingszorg bieden of bijvoorbeeld alleen bij crisisgevoeligheid. Deze variatie is ook logisch, gezien het gebrek aan aandacht voor het onderwerp in de huidige richtlijnen en standaarden (zie ook paragraaf 1.1), en ook gezien de variatie in achtergrond en werkervaring van met name POH's-GGZ (Magnée et al., 2020; Nuijen et al., 2021). Deze variatie in de praktijkvoering lijkt ook gereflecteerd te worden door de wisselende ervaringen van patiënten in het onderzoek. Sommigen waren tevreden over de ondersteuning door de POH-GGZ of huisarts tijdens de wachttijd, met name vanwege de laagdrempelige beschikbaarheid en de emotionele steun, terwijl anderen een kritisch geluid lieten horen, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan expertise of deskundigheid. Ook uit een eerdere peiling onder 297 ggz-cliënten (Bureau Lenz, 2023) bleek dat zij wisselend tevreden waren over de ontvangen overbruggingszorg. Deze ontevredenheid lijkt specifiek gerelateerd aan overbruggingszorg, want patiënten zijn over het algemeen tevreden met de reguliere ondersteuning door de POH-GGZ (Nuijen et al., 2021) en ook met de bejegening door de huisarts en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk (Beerman et al., 2024; Beerman et al., 2025). Overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk lijkt voor patiënten dus soms tekort te schieten. Verder is er onder professionals mogelijk behoefte aan helderder kaders rondom overbruggingszorg,

bijvoorbeeld via samenwerkingsafspraken. Uit dit onderzoek blijkt dat hier regionaal nog weinig afspraken over zijn gemaakt tussen verschillende partijen.

Verantwoordelijkheid belangrijk thema voor huisartsenpraktijk

Uit ons onderzoek blijkt dat er een grote kloof is tussen enerzijds de dagelijkse praktijk rondom overbruggingszorg en anderzijds standaarden en visie- en beleidsdocumenten, waarin weinig tot geen aandacht is voor het onderwerp of vooral wordt benadrukt dat overbruggingszorg niet de verantwoordelijkheid is van de huisartsenpraktijk. In de praktijk blijken POH's-GGZ en huisartsen die verantwoordelijkheid juist wel op zich te nemen en speelt dit een belangrijke rol in hun werkdruk. Overigens is voor patiënten onduidelijk wie verantwoordelijk is voor overbruggingszorg (Bureau Lenz, 2023). De huisartsen en POH's-GGZ die deelnamen aan dit onderzoek zouden willen dat de ggz (en wellicht ook andere samenwerkingspartners) de verantwoordelijkheid voor de overbruggingszorg (minimaal mede) gaat dragen, of tenminste bereikbaar is voor consultatie of advies rondom overbruggingszorg. Regionale ggz-aanbieders richten op dit moment door heel Nederland regionale Mentale Gezondheidsnetwerken op, gestimuleerd door het IZA (IZA, 2022) en in samenwerking met onder andere regionale huisartsenorganisaties en gemeenten. Patiënten die door de huisarts verwezen worden zouden hier binnen twee weken terecht moeten kunnen voor een verkennend gesprek. Als daaruit blijkt dat ggz-behandeling nodig is voor de patiënt, zou de ggz binnen vier weken de verantwoordelijkheid over moeten nemen van de huisarts, zo stelt het IZA. Ook ontwikkelingen rondom netwerkzorg en GEM / De Nieuwe GGZ zouden in de toekomst kunnen leiden tot een meer gezamenlijk gedragen, gedeelde verantwoordelijkheid over domeinen heen. Als dit soort transformaties doorgaat zoals beoogd, zou dit voor huisartsenpraktijken dus qua werkdruk een grote verbetering kunnen betekenen. Het verkennend gesprek kan voor patiënten een startpunt vormen voor een (breed) plan van aanpak, ook voor overbrugging van een eventuele wachttijd. Er blijven echter ook patiënten van de huisartsenpraktijk die niet in aanmerking komen voor een verwijzing naar een verkennend gesprek, die vooral bedoeld zijn voor patiënten met psychische problemen én problemen op andere levensterreinen. De (ervaren) verantwoordelijkheid in de huisartsenpraktijk voor wachtenden blijft dus voorlopig een punt van aandacht.

Breed en divers wachttijd-aanbod beschikbaar met potentiële meerwaarde

Eerder onderzoek concludeerde al dat overbruggingszorg vanwege de verschillende behoeftes en wensen van patiënten bij uitstek vraagt om 'zorg op maat' (Bureau Lenz, 2023). Wat dat betreft biedt het huidige diverse aanbod aan overbruggingszorg initiatieven dat uit dit onderzoek naar voren komt in ieder geval veel verschillende mogelijkheden. Recent werd een handreiking (Coalitie Leefstijl in de zorg, 2025) opgeleverd met goede voorbeelden voor leefstijlondersteuning voor patiënten tijdens de wachttijd. Mogelijk biedt deze handreiking bruikbare aanvullingen op het overzicht uit ons onderzoek. De patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek waren over het algemeen enthousiast over het overzicht van overbruggingszorg initiatieven. Het inzetten van initiatieven buiten de huisartsenpraktijk kan mogelijk de ervaren verantwoordelijkheid die huisartsenzorg professionals tijdens de wachttijd dragen verlichten. Het vaker inzetten van dit soort initiatieven past ook bij actuele ontwikkelingen in de zorg, waarbij onder andere wordt ingezet op meer domeinoverstijgende samenwerking tussen huisartsenzorg, sociaal domein en ggz, en ook op de uitbreiding van zelfregie- en herstelcentra (IZA, 2022). Ook past het inzetten van dit soort initiatieven bij een nieuwe kijk op psychische problematiek, waarbij wordt uitgegaan van een breed palet aan oplossingen bij psychische problemen. Er lijkt tijdens de overbruggingsperiode overigens een risico te zijn op het medicaliseren van psychische problematiek. Sommige ggz-standaarden adviseren namelijk om eventueel alvast (kortdurende) medicamenteuze behandeling te bieden ter overbrugging (zie paragraaf 1.1). Er bestaat een risico dat gebruik van psychofarmaca, dat tijdens de wachttijd initieel ingezet wordt als kortdurend, ongewenst chronisch wordt. Uit ons

vragenlijstonderzoek blijkt dat een kwart van de patiënten inderdaad gebruik maakte van medicatie tijdens de wachttijd en dat zij daar niet altijd tevreden over waren.

Onbekendheid met alternatief aanbod onder huisartsen en POH's-GGZ

Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen en POH's-GGZ niet altijd bekend zijn met alle vormen van overbruggingszorg die momenteel buiten de huisartsenpraktijk beschikbaar zijn. Ook uit eerder onderzoek met interviews onder POH's-GGZ blijkt dat zij het soms lastig vinden om overzicht te houden van de verwijsmogelijkheden bij psychische problemen (Noordam et al., 2024). Zij instrueren soms patiënten om zelf (mee) te kiezen, maar die ervaren dat soms als belastend en willen juist graag advies van zorgverlener (Noordam et al., 2024). Huisartsenpraktijken kunnen een wegwijs functie hebben richting patiënten, ook tijdens de wachttijd, maar dan moet er wel meer bekendheid met en vertrouwen in alternatieve vormen van ondersteuning zijn. Er is dan voldoende tijd nodig om kennis te maken en de samenwerking op te zoeken. Mogelijk kunnen de vier uur uitbreiding van de inzet van de POH-GGZ, die het IZA (IZA, 2022) sinds 2024 mogelijk maakt, worden ingezet in het kader van domeinoverstijgende samenwerking. Dit is ook wat de Landelijke Vereniging POH-GGZ adviseert⁵⁷. Ook brede gespreksvoering kan huisartsenpraktijken stimuleren om vaker te verwijzen naar alternatieve vormen van ondersteuning die aansluiten op de hulpvraag van een patiënt. Voorbeelden van gespreksmodellen zijn het Spinnenwebmodel, het 4Domeinen(4D)-model of het KOP-model. Ondanks draagvlak onder huisartsen en POH's-GGZ maakt brede gespreksvoering nog geen onderdeel uit van hun dagelijkse routine (Bos et al., 2025). Mogelijk speelt hierin ook mee dat met name huisartsen wel persoonsgerichte zorg willen leveren, maar van oudsher zijn opgeleid om vooral te reageren op de (concrete) hulpvraag van de patiënt op dat moment.

Voor wie is het aanbod geschikt en toegankelijk?

Het huidige aanbod aan overbruggingszorg initiatieven is divers. De vraag rijst of het aanbod (ook) passend en toegankelijk is voor de meest kwetsbare patiënten, en of het aan al hun behoeftes voldoet. Deelnemers aan dit onderzoek uitten hun zorgen over patiënten met de meest complexe problematiek, voor wie er minder aanbod voor de wachttijd beschikbaar lijkt. Soms zijn er ook barrières qua toegankelijkheid in de vorm van exclusiecriteria (er mag bijvoorbeeld geen sprake zijn van crisisgevoeligheid), de vorm van aanbieden (eHealth, wat minder geschikt is zonder digitale vaardigheden) of kosten (bijvoorbeeld bij ongecontracteerde of onvergoede therapeuten). Ook blijkt dat werknemers vanwege de ggz-wachttijden steeds vaker gebruik maken van een bedrijfspsycholoog⁵⁸; dit aanbod is uiteraard niet toegankelijk voor niet-werkenden, die daardoor juist een maatschappelijk kwetsbaardere positie kunnen hebben. Het is uiteraard onwenselijk dat er juist tijdens het wachten op ggz-behandeling voor patiënten nieuwe barrières rijzen qua toegankelijkheid van de ondersteuning. Uit Nivel onderzoek onder een burger panel blijkt dat zij al steeds vaker afzien van zorg vanwege de kosten (Beerman et al., 2024).

Internationaal onderzoek naar overbruggingszorg

Het wetenschappelijke onderzoek naar overbruggingszorg initiatieven staat in de kinderschoenen. In een recente systematische review (Valentine et al., 2024) zetten onderzoekers studies naar wachtlijst interventies voor kinderen en jeugd op een rij. Er werden 18 studies gevonden met wachtlijst interventies voor o.a. kinderen of jongeren met autisme, eetstoornissen, depressie, angst of genderdysforie. De meeste interventies waren 'multicomponent' en bestonden uit een combinatie

⁵⁷ Zie ook: poh-ggz.nl/nieuws/4-uur-extra-poh-ggz-per-normpraktijk-per-2024-hoe-besteed-je-die

⁵⁸ nos.nl/artikel/2541552-werknemer-vaker-naar-bedrijfspsycholoog-door-wachtlijst-in-reguliere-zorg

van verschillende onderdelen, waaronder meestal psycho-educatie, maar ook ouderondersteuning, bibliotherapie en coaching. Er was veel variatie in de intensiteit en duur van de interventies. Het ging vaak om kortdurende begeleiding met vijf of minder sessies. Ongeveer tweederde van de interventies bevatte een vorm van face-to-face contact met een professional. Qua uitkomsten zijn vooral via haalbaarheidsstudies de ervaringen en tevredenheid van ouders in kaart gebracht. Klinische uitkomsten onder gebruikers zelf waren nog nauwelijks onderzocht. De onderzoekers concluderen dat wachtlijst interventies voor jeugd veelbelovend zouden kunnen zijn, maar dat de wetenschappelijke onderbouwing nog beperkt is. Het ging in dit onderzoek meestal om jonge kinderen of adolescenten; het is lastig te zeggen in hoeverre de gevonden resultaten ook toepasbaar zijn op volwassenen. In een andere systematische review (Huang et al., 2024) werd de impact van digitale interventies op depressie en angst onderzocht onder (meestal volwassen) patiënten die op een wachtlijst stonden voor face-to-face psychotherapie. Er werden acht studies geïncorporeerd. De onderzoekers concluderen dat de interventies, die meestal uit online modules bestonden, niet effectiever lijken te zijn dan wachten zonder interventie of met een zelfhulpboek. Wel was er een hoge uitval onder de deelnemers. De onderzoekers adviseren daarom om gepersonaliseerde en 'mensgerichte' functies in te bouwen in toekomstige digitale interventies. Dit sluit aan bij ons onderzoek, waarin niet alle wachtende patiënten enthousiast waren over eHealth en zij ook aangaven prijs te stellen op persoonlijk contact tijdens de overbruggingsperiode.

7.3 Methodologische overwegingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het perspectief van zowel volwassen patiënten en naasten als van huisartsenzorg professionals is meegenomen, en dat verschillende, elkaar aanvullende, methodieken zijn gecombineerd (literatuuronderzoek⁵⁹, desk research, vragenlijsten, focusgroepen en interviews). Verder werd de input van een adviescommissie met experts, waaronder ook huisartsen en een POH-GGZ, meegenomen tijdens de opzet en uitvoering van het project. Met het vragenlijstonderzoek zijn vooral patiënten bereikt met ernstige ggz-problematiek die op een wachtlijst staan voor gespecialiseerde ggz. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat dit een belangrijke risicogroep vormt binnen de wachttijdproblematiek, met relatief lange ggz-wachttijden en potentieel ernstiger gevolgen daarvan. Ook vormen zij een doelgroep waarbij huisartsenzorg professionals (extra) veel verantwoordelijkheid en druk ervaren. Het is daarom belangrijk dat hun ervaringen zijn meegenomen in dit onderzoek. Uiteraard kent het onderzoek ook enkele beperkingen, die hieronder worden beschreven.

Retrospectieve zelfrapportage

Het onderzoek was gebaseerd op retrospectieve zelfrapportage, waarbij er vertrouwd wordt op de herinneringen van de deelnemers. Er zijn daarom alleen patiënten geïncorporeerd die in 2022 of recenter op een wachtlijst stonden en alleen professionals geïncorporeerd die momenteel werkzaam zijn binnen hun vakgebied. Er kan sprake zijn geweest van sociaal wenselijke antwoorden. Zo is een toename van middelengebruik slechts door één patiënt die de vragenlijst invulde benoemd als impact van de wachttijden. Dit zal in de realiteit waarschijnlijk hoger liggen. Er zijn echter ook veel persoonlijke verhalen gedeeld via de vragenlijst. Mogelijk heeft de anonimiteit van de deelnemers daaraan bijgedragen.

⁵⁹ Al eerder gepubliceerd, zie Schutjens et al. (2024).

Representativiteit patiënten en professionals

Omdat deelname aan de vragenlijsten en focusgroepen op vrijwillige basis plaatsvond, kan er sprake zijn geweest van selectie bias. Het is mogelijk dat vooral patiënten, naasten en professionals die veel last hebben gehad van de wachttijden deelnamen aan het onderzoek. Mogelijk zijn er andere patiënten of professionals die een minder uitgesproken impact van de ggz-wachttijden hebben ervaren, maar die niet hebben deelgenomen aan het onderzoek. De gemiddelde wachttijd van de patiënten die deelnamen aan ons onderzoek van 38 weken was hoger dan een schatting van de gemiddelde wachttijd voor de gespecialiseerde ggz van 21 weken in 2023 (Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023). Aan de andere kant is het mogelijk dat ook juist mensen die zeer ernstig te lijden hebben gehad onder de wachttijden daardoor niet in staat waren om deel te nemen aan het onderzoek. De wachttijden zijn sowieso een actueel onderwerp dat veel aandacht krijgt onder zowel patiënten als professionals. Dit blijkt wel uit het feit dat het één van de thema's is die hoog op de agenda van MIND staat. De Stichting Recht op GGZ heeft verder in 2024 de Staat namens patiënten aansprakelijk gesteld voor de wachtlijsten voor de specialistische ggz. Bovendien hebben huisartsen in 2024 een formeel handhavingsverzoek ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit om zorgverzekeraars te dwingen om meer ggz en huisartsenzorg in te kopen.

In dit onderzoek waren hoger opgeleiden en patiënten met meervoudige psychische problematiek en veel ggz-ervaring oververtegenwoordigd. Dit kan mogelijk invloed hebben gehad op de bevindingen. Het betekent onder andere dat er minder zicht is verkregen op de ervaringen van 'nieuwe' ggz-gebruikers, met bijvoorbeeld een eerste verwijzing. Mogelijk is de impact van de ggz-wachttijden op hen anders en hebben zij andere behoeftes qua overbruggingszorg. Ook hebben we minder zicht op de ervaringen van lager-opgeleide patiënten. Bij hen is de impact van de ggz-wachttijden vermoedelijk nog groter dan onder de patiënten uit dit onderzoek, omdat zij zich in een kwetsbaardere positie qua (net)werk en financiële situatie kunnen bevinden.

Daarnaast namen vooral vrouwelijke patiënten deel aan het onderzoek. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen in het algemeen vaker gebruik maken van de ggz dan mannen (Kovess-Masfety et al., 2014; Roberts et al., 2018), maar niet zoveel vaker als de mate waarin zij in dit onderzoek oververtegenwoordigd zijn. Ook blijken deze gendersverschillen in ggz-gebruik juist kleiner naarmate de psychische problematiek ernstiger is, en namen aan dit onderzoek juist patiënten met meervoudige problematiek deel. Vrouwen zijn waarschijnlijk vaker geneigd om aan dit soort (panel) onderzoeken deel te nemen. Mogelijk ontbreekt door deze ondervertegenwoordiging een compleet beeld van de ervaringen van mannen met de ggz-wachttijden, die anders zou kunnen zijn omdat er onder hen bijvoorbeeld vaker sprake is van problematisch middelengebruik. Uit enkele verkennende analyses met de vragenlijst data bleek overigens geen gendersverschil (of verschil naar opleidingsniveau) in impact van de ggz-wachttijden of ervaringen met overbruggingszorg. Voor ouderen (65+ jaar) geldt ook dat zij minder goed bereikt zijn in het onderzoek, en we weten niet hoeveel mensen met een migratieachtergrond de vragenlijst hebben ingevuld.

Qua toegankelijkheid van zorg is in dit onderzoek nog helemaal buiten beschouwing gebleven welke patiënten vanwege bepaalde barrières (bijvoorbeeld stigma, financiële barrières of anders) überhaupt geen verwijzing of toegang kregen tot een ggz-wachttijd. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat vooral hoger-opgeleiden, mensen van middelbare leeftijd en mensen die tot een meerderheidsgroep behoren qua culturele diversiteit gebruik maken van de ggz (Roberts et al., 2018).

De POH's-GGZ die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek waren waarschijnlijk representatief voor een grotere groep POH's-GGZ. Zij waren gemiddeld even oud (49 jaar) als de ongeveer 1800⁶⁰ POH's-GGZ die in 2022 lid waren van de Landelijke Vereniging POH-GGZ (Magnée et al., 2022). Zij waren iets minder vaak vrouw (77% in dit onderzoek vs. 87% van de leden). Net als in eerder vragenlijstonderzoek onder POH's-GGZ (Magnée et al., 2020) had ruim 70% van de deelnemers aan dit onderzoek een POH-GGZ opleiding gevolgd en waren zij meestal opgeleid als psycholoog, maatschappelijk werker of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Deelnemers aan dit onderzoek hadden gemiddeld iets meer werkervaring als POH-GGZ dan de POH's-GGZ uit het eerdere onderzoek (7,8 jaar in dit onderzoek vs. 4,6 jaar in het andere onderzoek). De POH's-GGZ die deelnamen aan de focusgroep waren allen vrouw en hadden relatief veel werkervaring in de ggz en een gevarieerde opleidingsachtergrond.

De huisartsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek waren vaker vrouw dan alle werkzame huisartsen in Nederland in 2022 (79% in dit onderzoek vs. 61% in heel Nederland, zie Batenburg et al., 2022). Zij waren gemiddeld even oud (47 jaar). We weten niet waarom meer vrouwelijke huisartsen hebben deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek en of dit de resultaten heeft vertekend. Het is mogelijk dat mannelijke huisartsen andere ervaringen hebben met de ggz-wachttijden of overbruggingszorg dan vrouwelijke huisartsen. Aan de twee interviews namen een mannelijke en een vrouwelijke huisarts deel. Omdat dit slechts om twee zorgverleners ging, is er geen data-saturatie bereikt. Wel zaten in de adviescommissie ook enkele huisartsen (en een POH-GGZ), wiens inbreng is meegenomen via vijf bijeenkomsten en een focusgroep.

Er zijn mogelijk regionale verschillen tussen huisartsenpraktijken in hun ervaringen met de ggz-wachttijden en overbruggingszorg, waar wij in dit onderzoek geen zicht op hebben gekregen. Er zijn namelijk ook regionale verschillen in de omvang van de wachttijden, al zijn zij in alle regio's (consequent) te lang (NZa, 2024).

Overzicht overbruggingszorg initiatieven

Vanwege de beperkte scope en duur van het project was niet haalbaar om een compleet, uitputtend overzicht van overbruggingszorg initiatieven te maken. Wel zijn initiatieven verzameld via diverse wegen en is er veel diversiteit binnen het gevonden aanbod en zo een eerste overzicht verkregen. Het overzicht dat werd gevormd op basis van het vragenlijstonderzoek is voorgelegd aan en verder aangevuld door de deelnemers aan de focusgroepen en de adviescommissie. Het overzicht is ook vergeleken met een soortgelijk overzicht uit een regionaal ZonMw project en was daarmee vergelijkbaar qua soorten initiatieven. Het blijft echter mogelijk dat bepaalde initiatieven in het overzicht ontbreken.

7.4 Conclusies

Allereerst onderschrijven de bevindingen uit dit onderzoek, waaruit een forse negatieve impact van de ggz-wachttijden blijkt op patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen, de grote urgentie van een adequate aanpak van de ggz-wachttijden. Bij het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz moet prioriteit worden gegeven aan de mensen met de meest complexe problematiek, omdat zij te

⁶⁰ Dit is ongeveer de helft van het totaal aantal POH's-GGZ dat naar schatting werkzaam is in Nederland (Flinterman et al., 2023).

maken lijken hebben met de langste wachttijden, zij vermoedelijk het meeste risico lopen op negatieve gevolgen tijdens de wachttijd en voor hen overbruggingszorg mogelijk minder geschikt of toegankelijk is. Bovendien zorgt (lang) wachten op de ggz door deze groep voor de meeste druk bij naasten en zorgverleners in de huisartsenpraktijk.

Afgezien hiervan lijkt er potentie te zitten in het inzetten van initiatieven voor wachttijd-ondersteuning, in ieder geval bij mensen met minder ernstige problematiek, omdat dit: 1) waardevolle ondersteuning kan zijn voor patiënten, 2) het aansluit op de transitie om bij psychische problemen samen met patiënten breed te zoeken naar oplossingen die aansluiten bij hun hulpvraag, dus ook in domeinen buiten de huisartsenzorg of ggz, 3) het kan bijdragen aan het normaliseren of demedicaliseren van psychische problemen en 4) het kan bijdragen aan het verlagen van de druk op de huisartsenpraktijk indien het initiatief buiten de huisartsenpraktijk plaatsvindt. Kanttekening bij het aanbod aan wachttijd-initiatieven is dat er, net als voor de ggz, soms barrières kunnen zijn qua toegankelijkheid. Ook is er weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de initiatieven of de meerwaarde voor patiënten, waardoor huisartsenzorg professionals terughoudend kunnen zijn met patiënten erop wijzen.

De vraag is nog wat patiënten, naasten, huisartsenpraktijken en anderen nodig hebben om vaker gebruik te kunnen maken van alternatieve vormen van ondersteuning bij psychische problemen, ook tijdens een eventuele ggz-wachttijd. Huisartsenzorg professionals kunnen als eerste aanspreekpunt in ieder geval - juist minder zelfredzame - patiënten helpen wegwijs te worden in het brede aanbod aan zorg en ondersteuning dat kan worden ingezet bij psychische problemen. Zij moeten dan wel vanuit een brede kijk werken en goed op hoogte zijn (of worden gesteld) van alle mogelijkheden en daar voldoende vertrouwen in krijgen (bijvoorbeeld op basis van wetenschappelijk onderzoek). Bij dit alles is de juiste organisatie van zorg ook van belang. Om daadwerkelijk anders te kunnen gaan werken moeten de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd, die leiden een betere samenwerking tussen de huisartsenpraktijk, patiënten, naasten, ggz en andere domeinen en tot gezamenlijke besluitvorming en gedeelde verantwoordelijkheden. Mensen met psychische problemen zelf moeten mogelijk ook hun verwachtingen van de ggz en van wat helpend kan zijn bijstellen en open staan voor verschillende mogelijkheden die aansluiten op hun hulpvraag. Dit vraagt van iedereen om bruggen te slaan en samen te navigeren op weg naar herstel, en ook om aanhoudende inzet om de ggz-wachttijden te verminderen.

7.5 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek vloeien verschillende aanbevelingen voort voor verschillende doelgroepen, waaronder beleidsmakers, POH's-GGZ en huisartsen, patiënten en naasten, initiatiefnemers of uitvoerders van overbruggingszorg initiatieven, ggz-professionals en onderzoekers.

Aanbevelingen voor beleidsmakers

- Blijf aandacht besteden aan het verminderen van de ggz-wachttijden en het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz, zeker voor de meest kwetsbare groepen patiënten met complexe problematiek en de minste hulpbronnen. Wees er van bewust dat bepaalde initiatieven uit het huidige overbruggingszorg aanbod minder toegankelijk zijn voor bepaalde doelgroepen. Ook zijn er huisartsenpraktijken die vanuit principe geen overbruggingszorg (meer) bieden. Denk na over een systeem waarbij (extra) urgentie kan worden meegegeven met een verwijzing naar de ggz. Dit is ook iets waar de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voor pleit.

- Zorg ervoor dat de aandacht, geld en capaciteit die naar overbruggingszorg uitgaat in verhouding staat tot de ggz-wachttijd problematiek die daarachter schuil gaat. Zeker omdat van veel overbruggingszorg initiatieven niet helder is wat de precieze meerwaarde hiervan is voor welke patiënten, bestaat het risico dat er (teveel) wordt geïnvesteerd in overbruggingszorg dat alleen een ‘lapmiddel’ blijkt te zijn. Dit leidt tot inefficiënties in een zorgsysteem dat toch al met schaarste te kampen heeft. Tegelijkertijd lijken er bij overbruggingszorg kansen te liggen in het kader van het stimuleren van een brede kijk op en het normaliseren van psychische problematiek, en het realiseren van aanbod dat toegevoegde meerwaarde heeft, of een volwaardig alternatief vormt voor ggz-behandeling bij bepaalde hulpvragen.
- Stimuleer en creëer randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsenpraktijk, ggz en sociaal domein, zodat zij ook tijdens de wachttijd gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor patiënten, ze hierover afspraken kunnen maken en er een gedeeld vertrouwen ontstaat en bekendheid met elkaars aanbod. Overweeg het ontwikkelen van een domeinoverstijgende richtlijn of handreiking rondom overbruggingszorg voor professionals.
- Denk na over oplossingen voor een centraal georganiseerde sociale kaart, bijvoorbeeld per regio, want het blijkt erg lastig voor patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen om een overzicht te verkrijgen van alle mogelijkheden tot ondersteuning bij psychische problemen, dit overzicht up-to-date te houden en te ‘navigeren’ door het complexe zorgsysteem. Maak werk van een actueel (online) overzicht met aanbieders en wachtlijst informatie zodat professionals ook naar minder bekende zorgaanbieder kunnen verwijzen met een kortere wachttijd, en naar andere vormen van ondersteuning. Een overzicht van alle ondersteuningsmogelijkheden bij psychische problemen zou ook voor patiënten goed toegankelijk moeten zijn. Ontwikkel beleid dat het navigeren door de ggz voor patiënten (en professionals) versimpelt.
- De resultaten van dit onderzoek vragen om verdere visieontwikkeling op wat ‘overbruggingszorg’ behelst (inclusief benaming) en wat ieders rol en verantwoordelijkheid daarin is, ook in relatie tot de transitie die gaande is rondom mentale gezondheid (o.a. onder invloed van het Integraal Zorgakkoord, IZA, en het Gezond en Actief Leven Akkoord, GALA).

Aanbevelingen voor POH's-GGZ en huisartsen

- Wees ervan bewust dat een ‘afwijzing’ door de ggz, onzekerheid over duur van de wachttijd en moeten wachten op ggz behandeling, naast verergering van klachten, een grote psychologische impact kan hebben op patiënten, waaronder de reactie om de hoop te verliezen of in de ‘wachtstand’ te komen of het vertrouwen in de zorg te verliezen. Erken dit en toon hier begrip voor en doe tegelijkertijd aan verwachttingsmanagement; leg bijvoorbeeld aan de patiënt uit dat allerlei oplossingen helpend kunnen zijn bij (een groot deel van de) psychische problemen, niet alleen ggz-behandeling.
- Wees ervan bewust dat de communicatie richting de patiënt voorafgaand aan of tijdens de ggz-wachttijd van belang is⁶¹, omdat deze patiënten kan activeren en motiveren of juist demotiveren (met het risico op een ‘wachtstand’ bij patiënten). Vermijd richting patiënten in ieder geval de term ‘overbruggingszorg’. Gebruik bijvoorbeeld deze alternatieven: ‘het verkennen van een breed palet aan oplossingen die helpend kunnen zijn bij psychische problemen’, ‘alvast aan de slag gaan’, alvast aan herstel werken’ of ‘voorbereiden op ggz-behandeling’. Informeer patiënten dat sommige ggz-instellingen een aanbod hebben voor tijdens de wachttijd. Stimuleer patiënten (en naasten) om zelf alvast verschillende opties die kunnen bijdragen aan hun herstel te

⁶¹ Deze aanbeveling geldt ook voor professionals in de ggz en in andere domeinen.

verkennen tijdens het wachten op ggz-behandeling. Help zeker minder zelfredzame patiënten daarbij meer op weg.

- Overweeg om in de huisartsenpraktijk met een brede, persoonsgerichte intake te gaan werken bij patiënten met psychische of psychosociale problemen. Dit kan een eerste stap zijn om patiënten vaker te wijzen op alternatieve vormen van ondersteuning die aansluiten op hun hulpvraag, ook tijdens een eventuele ggz-wachttijd. Hiervoor kan bijvoorbeeld gewerkt worden met het Spinnenwebmodel, het 4Domeinen(4D)-model of het KOP-model (Bos et al., 2025).
- Bied niet zonder meer standaard overbruggingszorg aan binnen de huisartsenpraktijk, maar bespreek samen met de patiënt (en eventueel naaste) het gewenste doel en de invulling hiervan. Maak hierover afspraken tussen patiënt (en eventueel naaste), POH-GGZ en huisarts.
- Gebruik [bijlage C uit het eindrapport](#) van dit onderzoek (Magnée et al., 2025) ter inspiratie om te verkennen op welke vormen van ondersteuning tijdens de overbrugging de huisarts of de POH-GGZ patiënten mogelijk vaker kan wijzen. Ook de handreiking over aandacht besteden aan leefstijl tijdens de ggz-wachttijd (Coalitie Leefstijl in de zorg, 2025) biedt aanknopingspunten. Vormen van ondersteuning in andere domeinen zijn niet altijd uitgebreid wetenschappelijk onderbouwd, maar soms is er wel praktijk- of ervaringskennis die erkend mag worden en vertrouwen kan geven.
- Investeer in samenwerking met andere domeinen, zoals de ggz en het sociaal domein. Er is een landelijke standaard (Akwa GGZ, 2016) voor samenwerkingsafspraken tussen huisarts en ggz. Deze standaard is echter inmiddels verouderd; de herziening start in 2025. De POH-GGZ kan vanuit het IZA in ieder geval vier uur per week worden ingezet voor domeinoverstijgende samenwerking. Beter samenwerken kan leiden tot het beter kennen van elkaars expertise en aanbod, meer vertrouwen en een beter overzicht van regionale mogelijkheden voor ondersteuning, ook tijdens overbrugging, zodat de huisartsenpraktijk deze verantwoordelijk niet (meer) alleen draagt. Raadpleeg een handreiking (MIND, 2024) met adviezen voor een betere samenwerking tussen huisartsen en zelfregiecentra. Via de MIND Atlas⁶² kan worden gezocht naar o.a. regionale zelfregie- en herstelinitiatieven en naar patiëntenorganisaties en lotgenotengroepen. Patiënten die worden verwezen naar een Mentaal Gezondheidsnetwerk voor een verkennend gesprek⁶³ zouden daar een plan van aanpak kunnen krijgen voor de overbruggingsperiode, indien zij op een ggz-wachttijd terecht komen.
- Heb oog voor de naasten van patiënten met psychische problemen, zeker bij een lange wachttijd. Wees alert op overbelasting van naasten tijdens de wachttijd. Bied naasten desgewenst emotionele steun en psycho-educatie over het omgaan met de psychische problemen van hun naaste. Wijs hen op mogelijkheden tot eigen ondersteuning. De websites [naasteninkracht.nl](#) en [naastentraining.nl](#) bieden informatie, handvatten en cursussen.

⁶² Zie: wijzijnmind.nl/mind-atlas

⁶³ Verkennende gesprekken kunnen online of fysiek in de eerstelijnszorg of in de Mentale Gezondheidsnetwerken (die regionaal in oprichting zijn) worden georganiseerd. Er wordt regionaal geëxperimenteerd met verschillende (organisatie)vormen. De gesprekken hebben een brede insteek en een sterke oriëntatie op de hulpvraag vanuit de patiënt. Bij de gesprekken zijn meestal verschillende professionals (bijvoorbeeld vanuit zorg en sociaal domein) en/of ervaringsdeskundigen aanwezig, de patiënt, en indien mogelijk ook een naaste van de patiënt.

Aanbevelingen voor patiënten en naasten

- Vraag bij een wachttijd langer dan 14 weken bij de zorgverzekeraar om zorgbemiddeling⁶⁴. De zorgverzekeraar moet je dan helpen om een andere behandelaar te vinden waar je sneller terecht kunt.
- Vestig bij psychische problemen niet alleen (alle) hoop op ggz-behandeling; er is ook veel ondersteuning op andere plekken beschikbaar dat door andere patiënten en naasten (ook tijdens het wachten) als waardevol en helpend wordt ervaren.
- Het navigeren door het ggz-systeem kan lastig zijn. Je kunt hierbij gebruik maken van de ervaringsdeskundigheid van anderen, ondersteuning vanuit koepelorganisatie MIND of patiëntenorganisaties, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), een onafhankelijk cliëntondersteuner of een zorgverlener. Je kunt ook door de huisarts worden verwezen naar een verkennend gesprek⁶⁵ en via die weg een overzicht krijgen van ondersteuningsmogelijkheden.
- Zoek als naaste indien gewenst zelf ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd, bijvoorbeeld via websites⁶⁶ of de huisartsenpraktijk.

Aanbevelingen voor initiatiefnemers of uitvoerders van overbruggingszorg initiatieven

- Communiceer over de meerwaarde en de onderbouwing van je aanbod richting huisartsenpraktijken, ggz-instellingen en patiëntenverenigingen. Publiceer bijvoorbeeld in vaktijdschriften (al dan niet in samenwerking met de desbetreffende beroepsgroep), bied nascholingen aan of participeer in domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden.

Aanbevelingen voor ggz-professionals

- Communiceer met regelmaat met wachtenden, naasten en huisartsenzorg professionals over de verwachte duur van de wachttijden.
- Doe na aanmelding een snelle intake en maak (samen met de patiënt en eventueel naaste) een plan van aanpak, idealiter ook voor tijdens de overbruggingsperiode.
- Gebruik [bijlage C uit het eindrapport](#) van dit onderzoek (Magnée et al., 2025) ter inspiratie om te verkennen op welke vormen van ondersteuning de ggz-patiënten tijdens de overbruggingsperiode vaker kan wijzen of hen kan aanbieden.
- Werk samen met de huisartsenpraktijk en andere domeinen, ook rondom overbruggingszorg. Wees bereikbaar voor intercollegiaal overleg en consultatie door huisarts of POH-GGZ, ook tijdens een eventuele wachttijd. Lokaal kunnen afspraken worden gemaakt rondom consultatieve psychiatrie (Visser et al., 2023) of consultatie kan worden geformaliseerd via het IZA.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Vervolgonderzoek dient zich te richten op doelgroepen patiënten die tijdens dit onderzoek minder goed zijn bereikt, zoals lager-opgeleide patiënten, patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, mannen, migranten, vluchtelingen, ouderen, jeugd of patiënten die voor de eerste keer verwezen worden naar de ggz. Dit is nodig, omdat zij mogelijk andere behoeftes in en ervaringen hebben met overbruggingszorg en een andere en wellicht zelfs nog grotere impact kunnen ervaren van de ggz-wachttijden.

⁶⁴Zie ook: lvvp.info/nieuwsbrief/wachttijd-te-lang-patient-mag-zonder-extra-kosten-ook-naar-ongecontracteerde-zorgaanbieder/

⁶⁵ Zie voor meer informatie bijvoorbeeld: mindplatform.nl/nieuws/verkennd-gesprek-in-basispakket

⁶⁶ Bijvoorbeeld www.naasteninkracht.nl of www.naastentraining.nl

- Vervolgonderzoek dient zich te richten op de omvang, inhoud en meerwaarde van de overbruggingszorg die *binnen* de huisartsenpraktijk wordt geleverd. Welke patiënten maken hier (vooral) gebruik van, wat is de frequentie van de gesprekken en de duur van de trajecten? Hoe vaak wordt er medicatie voorgeschreven? In hoeverre en op welke manier helpt het patiënten? En in hoeverre is er hierin variatie tussen huisartsenpraktijken? Het Nivel en Zorginstituut Nederland doen in 2025 verder onderzoek naar (een deel van) deze vragen via de Onderzoekswerkplaats 'Routine Zorgdata voor Passende Zorg'⁶⁷.
- Meer onderzoek naar de verschillende vormen van overbruggingszorg die momenteel ook *buiten* de huisartsenpraktijk worden ingezet kan bijdragen aan het vertrouwen dat huisartsen en POH's-GGZ in dit aanbod hebben, zodat zij patiënten daar vaker op zullen wijzen. Bovendien maakt dit inzichtelijk wat de meerwaarde is van deze initiatieven voor patiënten, ook ten opzichte van behandeling in de ggz, en in hoeverre het dus verstandig is voor beleidsmakers om hierin (veel) te investeren. Met name op het gebied van eHealth waren de ervaringen van de patiënten die deelnamen aan dit onderzoek wisselend en niet altijd positief; dit vraagt dus in ieder geval om verder onderzoek.
- Vervolgonderzoek dient zich te richten op de vraag wat voor soort ondersteuning voor wie, met welk doel en wanneer het best kan worden ingezet tijdens het herstellen van psychische problemen, ook in het geval van een eventuele ggz-wachttijd. Sommige vormen van ondersteuning passen misschien beter bij de eerste 'crisisfase', terwijl andere vormen van ondersteuning misschien juist passender zijn als iemand niet meer in crisis is en al wat verder op weg is qua herstel. Oftewel: hoe sluiten verschillende vormen van ondersteuning uit verschillende domeinen het best op elkaar aan? Wat is de beste timing of volgorde?
- Mogelijk kan er geleerd worden van overbruggingszorg in de somatische zorg. Daarbij is ook het doel om mensen 'stabiel te houden' of in ieder geval niet achteruit te laten gaan tijdens het wachten op passende zorg. Welke elementen van overbruggingszorg in de somatische zorg, bijvoorbeeld qua organisatie van zorg, samenwerking of financiering, zijn bruikbaar in de zorg voor mensen met psychische problemen?
- Vervolgonderzoek dient de impact van de ggz-wachttijden en de ervaringen met overbruggingszorg in kaart te brengen onder professionals bij de gemeente en in het sociaal domein, waaronder sociaal werkers. Er zijn aanwijzingen dat onder de deelnemers van Welzijn op Recept recentelijk meer dan voorheen deelnemers zijn die op een ggz-wachttijd staan. Onbekend is welke impact dit heeft op de deelnemers, de uitvoerders en de activiteiten. Ggz-professionals zijn in 2024 wel ondervraagd over overbruggingszorg met een variant van de vragenlijst uit dit onderzoek (Akwa GGZ, 2024). De resultaten hiervan sluiten aan op de resultaten die in ons onderzoek zijn gevonden.
- Onduidelijk is nog wat de effecten zullen zijn van de regionale uitwerking van de transformatieplannen die zijn afgesproken in het IZA en het GALA, en de plek van 'overbruggingszorg' hierin. Zo worden regionale Mentale gezondheidsnetwerken opgezet, waarbinnen o.a. verkennende gesprekken worden uitgevoerd (zie ook hoofdstuk 1). Andere regio's zijn bezig met het implementeren en doorontwikkelen van (deels) andere aanpakken, zoals een Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM⁶⁸). Meer onderzoek is nodig naar hoe binnen deze ontwikkelingen wordt omgegaan met ondersteuning tijdens ggz-wachttijden, en in hoeverre

⁶⁷ Zie ook: nivel.nl/nl/nieuws/onderzoekswerkplaats-routine-zorgdata-voor-passende-zorg-verlengd-het-nivel-en-zorginstituut. Binnen het project wordt indien mogelijk via Wmo gegevens ook (een klein deel) van de overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk in kaart gebracht.

⁶⁸ Zie ook: psychosenet.nl/gem/wat-is-gem/

huisartsenzorg professionals, en bovenal patiënten en hun naasten, hier positieve effecten van ondervinden, zowel op de korte als op de langere termijn.

Literatuur

- Akwa GGZ. Generieke Module Samenwerkingsafspraken (volwassenen). Utrecht: Akwa GGZ, 2016.
- Akwa GGZ. Rapport. Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ – Overbruggingszorg. Utrecht: Akwa GGZ, 2024.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard Aanpassingsstoornis (incl. overspanning en burn-out). Utrecht: Akwa GGZ, 2020a.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard Acute psychiatrie. Utrecht: Akwa GGZ, 2019a.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard ADHD. Utrecht: Akwa GGZ, 2019b.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen. Utrecht: Akwa GGZ, 2020b.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Utrecht: Akwa GGZ, 2020c.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Akwa GGZ, 2022.
- Akwa GGZ. Zorgstandaard Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Akwa GGZ, 2020d.
- Algemene Rekenkamer. Geen plek voor grote problemen; Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2020.
- Batenburg, R., Flinterman, L., Vis, E., Schaaijk, A. van, Kenens, R.J., Duijkers, B. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. Utrecht: Nivel, 2022.
- Beerman, B., Meijer, M., Brabers, A., Jong, J. de. Infographic. Patiënten tevreden over bejegening door huisarts in 2023; wel daalt het percentage dat vindt dat de huisarts altijd voldoende tijd heeft. Utrecht: Nivel, 2024.
- Beerman, B., Meijer, M., Brabers, A.E.M., & Jong, J.D. de. Meeste zorggebruikers vinden de huisartsenpraktijk toegankelijk. Utrecht: Nivel, 2025.
- Bes, J., Heins, M., Weesie, Y., Hout, V. van der, Baarda, E., Knottnerus, B., Hasselaar, J., Overbeek, L., Hek, K., Vanhommerig, J. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023. Utrecht: Nivel, 2024.
- Bijma, B. Psychische zorg is schaars, laten we die doordacht delen. *De Dokter*, 2022: 4.
- Boerema, A. M., Ten Have, M., Kleiboer, A., de Graaf, R., Nuyen, J., Cuijpers, P., & Beekman, A. T. F. (2017). Demographic and need factors of early, delayed and no mental health care use in major depression: a prospective study. *BMC psychiatry*, 17(1), 367. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1531-8>
- Boonzaaijer, G., Cozijnsen G., & van der Erf, S. Gebruik verschillende vormen van ondersteuning tijdens ggz-wachttijd. Plan van aanpak implementatie wachttijdondersteuning in de ggz. Utrecht: SiRM, 2019.
- Bos, N., Boumans, J., Schutjens, V., van Jaarsveld, A. Nuijen, J. Het brede gesprek in de huisartsenpraktijk. Een onderzoek naar drie modellen voor persoonsgerichte gespreksvoering. Utrecht: Trimbos-instituut, 2025.
- Bouman, G., Vonk, R., & Jongebreur, W. Anders kijken naar wachttijden in de ggz. Ontrafelen van patronen door reconstructies van complexe casuïstiek. 2Unravel & Utrecht: Significant, 2018.

- Boumans, J., Kroon, H., & van der Hoek, B. Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut, 2023.
- Bureau Lenz. Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Rapportage onderzoek. Dordrecht: Bureau Lenz, 2023.
- Coalitie Leefstijl in de zorg. Teachable moment ggz-wachlijsten. Een handreiking met praktische adviezen en voorbeelden om leefstijlverandering te stimuleren rondom de wachlijsten voor de ggz waarmee je patiënten en naasten kunt informeren en motiveren. Utrecht: Coalitie Leefstijl in de zorg, 2025.
- Claassen, N., Groeneweg, B.F., Heineman, H., Kool, M., Kurver, M.J., Magnée, T., Oud, M., Ruhé, H.G., Does, A.M.B. van der, Zelst-Wind, L.A. NHG-Standaard Depressie (M44): Versie 3.2, september 2022.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Harrer, M., Basic, D., Cristea, I. A., de Ponti, N., Driessen, E., Hamblen, J., Larsen, S. E., Matbouriahi, M., Papola, D., Pauley, D., Plessen, C. Y., Pfund, R. A., Setkowski, K., Schnurr, P. P., van Ballegooijen, W., Wang, Y., Riper, H., ... Karyotaki, E. (2024a). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(2), 267–275. <https://doi.org/10.1002/wps.21203>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Ciharova, M., & Karyotaki, E. (2024b). The overestimation of the effect sizes of psychotherapies for depression in waitlist controlled trials: a meta-analytic comparison with usual care controlled trials. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 33, e56. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000611>
- Flinterman, L., Vis, E., Noordman, J., Batenburg, R. De praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (POH) in beeld: inzicht in de omvang en samenstelling van de POH-beroepsgroep in Nederland. Utrecht: Nivel, 2023.
- Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., Chen, P., Hunot, V., & Churchill, R. (2014). Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 181–192. <https://doi.org/10.1111/acps.12275>
- Galan Groep / UMGC / RUG. 'Iedereen kent Oscar'. Het adviesrapport voor de toetsing en de praktische en theoretische onderbouwing van de leidende principes mentale gezondheidscentra. Baarn/Groningen: Galan Groep / UMGC / RUG, 2023.
- Harpenau, S. De kunst van het wachten. Een onderzoek naar hoe er invulling kan worden gegeven aan de ondersteuning van Amsterdammers met mentale gezondheidsklachten welke wachten op specialistische zorg. Masterthesis, Hogeschool van Amsterdam, 2024.
- Heins, M., Bes, J., Weesie, Y., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., Leeuw, E. de, Urbanus, T., Dijk, L. van, Korevaar, J., Hasselaar, J., Hek, K. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2017-2021. Utrecht: Nivel, 2022.
- Huang, S., Wang, Y., Li, G., Hall, B. J., & Nyman, T. J. (2024). Digital Mental Health Interventions for Alleviating Depression and Anxiety During Psychotherapy Waiting Lists: Systematic Review. *JMIR mental health*, 11, e56650. <https://doi.org/10.2196/56650>
- IZA - Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg> (geraadpleegd op 31 maart 2025)

- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., van de Velde, S., de Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M., Florescu, S., O'Neill, S., Weinberg, L., Alonso, J., & EU-WMH investigators (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *Journal of epidemiology and community health*, 68(7), 649–656. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202962>
- Landelijke Vereniging POH-GGZ. Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020. Versie 1.0. Harderwijk: Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2020.
- LHV/NHG/InEen/PsyHAG. Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: LHV/NHG/InEen/PsyHAG, 2022.
- Magnée, T. Mental health care in general practice in the context of a system reform [proefschrift]. Groningen University: Groningen, 2017.
- Magnée T., Sinnema, H., Van Weelderen, G., Nuijen, J., Kenter, A. Hoe denken poh's-ggz over hun werk? Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0571-3.
- Magnée, T., Nuijen, J., Hoeven, C. van der, Knottnerus, B. Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel. Factsheet over een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd. Utrecht: Nivel, 2025.
- Magnée, T., Schouten, S., Heemrood, W., Sinnema, H. Factsheet. Wie zijn de leden van de Landelijke Vereniging POH-GGZ? Groningen: Landelijke Vereniging POH-GGZ. 2022. Beschikbaar via: <https://poh-ggz.nl/nieuws/wie-zijn-de-leden-van-de-lv-poh-ggz> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- Mentale Gezondheidsnetwerken. Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken. Ruimte voor een regionale aanpak. Programma Mentale Gezondheidsnetwerken, 2024. Beschikbaar via: <https://vng.nl/sites/default/files/2024-03/werkwijze-mentale-gezondheidsnetwerken.pdf> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- MIND. Dossier wachttijden volwassenen ggz. Amersfoort: MIND, 2018.
- MIND. Samenwerken als huisarts en zelfregie-/herstelinitiatief: hoe doe je dat? Een handreiking. Amersfoort: MIND, 2024.
- Musse, C., Planije, M., Boumans, J., Kroon, H. Perspectief in de langdurige ggz – Een verdiepende studie naar beleid en praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut, 2025.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG, 2018.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Naar toekomstbestendige organisatie huisartsenzorg. Zes kansrijke oplossingsrichtingen. Utrecht: NHG, 2024.
- Noordam, D., Heijmans, M., Dulmen, S. van. Zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek vanuit de huisartspraktijk: ervaringen van huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten. Utrecht: Nivel, 2023.
- Noordam, D., Heijmans, M., Noordman, J., Olde Hartman T, T., & van Dulmen, S. (2024). Mental healthcare and pragmatic shared decision-making in general practice: An interview study. *BJGP open*, BJGPO.2024.0111. Advance online publication. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0111>

- Nuijen J, Kenter A, Wijnen B, Ringoir L. Functie POH-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten. Factsheet onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut, 2021.
- Nuijen, J., Boumans, J., Magnée, T., Janson, I., Leemrijse, C. Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht. Tussenrapport van het ZonMw-evaluatietraject 'Versnellers binnen de ggz'. Utrecht: Trimbos-instituut, 2024.
- NZa. Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz - oktober 2024. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2025. Beschikbaar via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/02/11/nza-wachttijden-ggz-blijven-lang> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- Staat van Volksgezondheid en Zorg. Kerncijfers. Wachttijd gespecialiseerde ggz: Overschrijding treeknorm en gemiddelde wachttijd. 2023. Beschikbaar via: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-gespecialiseerde-ggz-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde-wachttijd> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- Roberts, T., Miguel Esponda, G., Krupchanka, D., Shidhaye, R., Patel, V., & Rathod, S. (2018). Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 262. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1837-1>
- Schutjens, V., Nuijen, J., Magnée, T. In de wachtstand: een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2024.
- Sinnema, H., Schouten, S., Heemrood, W., Magnée, T. Hoe poh-ggz hun werk ervaren en zich verhouden tot de wachtlijstproblematiek in de ggz. De Eerstelijns, februari 2024. Beschikbaar via: <https://www.de-eerstelijns.nl/2024/02/hoer-poh-ggz-hun-werk-ervaren-en-zich-verhouden-tot-de-wachtlijstproblematiek-in-de-ggz/> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- Te Velde B., Bos L., Floor T., Linschoten, P, van, Woestenburg, N. Op zoek naar passende zorg: problemen die ggz-patiënten ervaren. Pro-Facto: Groningen, 2018.
- Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Trimbos-instituut. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.
- Valentine, A. Z., Hall, S. S., Sayal, K., & Hall, C. L. (2024). Waiting-list interventions for children and young people using child and adolescent mental health services: a systematic review. *BMJ mental health*, 27(1), e300844. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300844>.
- Vektis. Factsheet GGZ. Zeist: Vektis, 2025. Beschikbaar via: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- Visie Eerstelijnszorg 2030. 2023. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/5a92918b-0fab-4998-bd42-9488e0911de0/file> (geraadpleegd op 31 maart 2025)
- Visser, E. A. H., Kregting, B. H. C. M., Olde Hartman, T. C., Pop-Purceanu, M., & van de Laar, F. A. Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2023, 65(9), 549–554.
- Zorginstituut Nederland. Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2023. Beschikbaar via:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/11/22/signalement-passende-zorg-ggz>
(geraadpleegd op 31 maart 2025)

Bijlage A Vragenlijst patiënten en naasten

Introductie

Wat is het meest recente jaar waarin jij (of je naaste) op een ggz-wachtlIJst stond?

- 2024
- 2023
- 2022
- 2021 of eerder (*respondent wordt uitgesloten van verdere deelname aan vragenlijst*)

Vanuit welke rol vul je deze vragenlijst in?

- Persoon met psychische problemen
- Naaste van iemand met psychische problemen

Vragen voor patiënten

Sta jij op dit moment (nog) op een ggz-wachtlIJst (voor intake of behandeling)?

- Ja
- Nee

Ben jij inmiddels met een ggz-behandeling gestart?

- Ja
- Nee, ik ben niet meer met ggz-behandeling gestart, omdat de wachttijd te lang was
- Nee, ik ben niet meer met ggz-behandeling gestart, vanwege een andere reden, namelijk: _____

Hoe lang sta of stond jij in totaal op een ggz-wachtlIJst?

Toelichting: het gaat hier om de meest recente periode waarin je op een ggz-wachtlIJst hebt gestaan na verwijzing door de huisartsenpraktijk tot aan de start van de ggz-behandeling. Als je binnen deze periode een of meerdere keer opnieuw bent doorverwezen (bijvoorbeeld naar een andere organisatie binnen de ggz), dan mag je de gehele periode vanaf de eerste verwijzing door de huisarts meetellen.

- Het aantal weken was ongeveer (geef getal aan): _____
- Weet ik niet precies

Sta of stond je op een wachtlijst voor de basis-ggz of voor de gespecialiseerde ggz?

- Basis-ggz
- Gespecialiseerde ggz
- Weet ik niet

Hoe vaak ben je tijdens het wachten opnieuw op een (andere) wachtlijst gekomen?

- Geen één keer
- Eén keer
- Twee keer
- Drie of meer keer
- Weet ik niet

Welke impact heeft of had de wachttijd op jou?

De ggz-wachttijd heeft of had voor mij impact op de volgende gebieden:

zeer
oneens oneens beetje
oneens neutraal beetje
eens eens zeer
eens niet van toepassing

De psychische klachten waarvoor ik hulp
zocht verergerden

Ik kreeg (andere) psychische klachten
erbij

Ik raakte in crisis

Ik dacht aan zelfdoding

zeer
oneens oneens beetje
oneens neutraal beetje
eens eens zeer
eens niet van toepassing

Mijn lichamelijke problemen verergerden

Ik ben niet meer aan ggz-behandeling
begonnen

Ik was minder gemotiveerd tijdens de
ggz-behandeling

Ik ben gestopt met de ggz-behandeling

Ik raakte mijn vertrouwen in de zorg of
zorgverleners kwijt

Ik had negatieve gevoelens, zoals stress,
wanhoop, verdriet, boosheid of frustratie

Het maakte me onzeker over mijzelf

Ik had te weinig controle of regie

Het voelde alsof mijn leven stil stond, ik
kwam in de wachtstand

zeer
oneens oneens beetje
oneens neutraal beetje
eens eens zeer
eens niet van toepassing

Ik was tijd kwijt aan zoeken naar andere vormen van ondersteuning

Ik was geld kwijt aan andere vormen van ondersteuning

Ik kreeg (meer) problemen in de relatie met mijn partner

Ik kreeg (meer) problemen in de relatie met mijn kind(eren)

Ik kreeg (meer) problemen in de relatie met andere familieleden

Ik kreeg (meer) problemen in relaties met vrienden of kennissen

Ik kreeg (meer) problemen op mijn werk

Ik kreeg (meer) financiële problemen

Hieronder kun je een toelichting geven. Misschien ontbrak er nog een mogelijkheid in bovenstaande lijst.

De ggz-wachttijd heeft of had voor mij impact op de volgende gebieden:

zeer oneens oneens beetje oneens neutraal beetje eens eens zeer eens niet van toepassing

Mijn klachten verbeterden tijdens het wachten, waardoor ik uiteindelijk geen ggz-behandeling meer nodig had

Ik kwam tijdens de wachttijd in aanraking met andere waardevolle vormen van ondersteuning

Ik vond tijdens het wachten andere oplossingen voor mijn klachten

Mijn klachten verbeterden tijdens het wachten, maar ik had/heb wel nog steeds ggz-behandeling nodig

Hieronder kun je een toelichting geven. Misschien ontbrak er nog een mogelijkheid in bovenstaande lijst.

Krijg of kreeg je tijdens de ggz-wachttijd overbruggingszorg?

Met overbruggingszorg wordt het volgende bedoeld: "Overbruggingszorg is de steun, begeleiding of zorg die mensen met psychische problemen die op een wachtlijst staan voor de basis of gespecialiseerde ggz kunnen ontvangen (via instellingen, professionals, ervaringsdeskundigen, lotgenoten, aanbieders eHealth, of anders)."

- Ja
- Nee

Via welke weg kwam je bij overbruggingszorg?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Op mijn eigen initiatief / ik heb hier zelf naar gezocht of om gevraagd
- Op initiatief van de huisarts
- Op initiatief van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)
- Op initiatief van de ggz-instelling
- Anders, namelijk: _____

Hoe tevreden ben je over de ondersteuning die je hebt ontvangen tijdens de ggz-wachttijd?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Beetje ontevreden
- Neutraal
- Beetje tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

Waar ben je (vooral) tevreden over, of waar heb je het meest aan gehad qua ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd?

Waar ben je (vooral) ontevreden over, of waar heb je het minst aan gehad qua ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd?

Van welke zorg of ondersteuning heb je gebruik gemaakt tijdens de ggz-wachttijd (en hoe tevreden ben je daarover)?

Zeer ontevreden	Ontevreden	Beetje ontevreden	Neutraal	Beetje tevreden	Tevreden	Zeer tevreden	Niet van toepassing
-----------------	------------	-------------------	----------	-----------------	----------	---------------	---------------------

Gesprek(ken) met de huisarts

Gesprek(ken) met de
praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)

Zeer ontevreden Ontevreden Beetje ontevreden Neutraal Beetje tevreden Tevreden Zeer tevreden Niet van toepassing

Een online cursus, module of eHealth via de huisartsenpraktijk

Een online cursus, module of eHealth via de ggz

Gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via de ggz

Gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via mijn werk

Gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via een andere weg

Gesprek(ken) met een ervaringsdeskundige, lotgenoot, buddy, of vrijwilliger/maatje (bijvoorbeeld via een zelfregiecentrum of patiëntenorganisatie)

Een (herstel)cursus via een herstel- of zelfregiecentrum

Zeer
ontevreden Ontevreden Beetje
ontevreden Neutraal Beetje
tevreden Tevreden Zeer
tevreden Niet van
toepassing

Gesprek(ken) met een groep
(bijvoorbeeld met lotgenoten of andere
wachtenden)

Een online groepscursus (bijvoorbeeld
met lotgenoten of andere wachtenden)

Gesprek(ken) met een welzijnscoach of
ouderencoach

Gesprek(ken) met een maatschappelijk
werker of sociaal werker

Ondersteuning via een buurt- of
wijkteam

Steun van naasten, zoals partner,
familie, vrienden of kennissen

Steun via een geloofsgemeenschap,
religie, kerk of geestelijke verzorging

Ondersteuning via een website of online
forum

	Zeer ontevreden	Ontevreden	Beetje ontevreden	Neutraal	Beetje tevreden	Tevreden	Zeer tevreden	Niet van toepassing
--	--------------------	------------	----------------------	----------	--------------------	----------	------------------	------------------------

Steun via MIND Korrelatie (heet nu:
Hulplijn)

Een creatieve workshop of cursus

Sporten of een beweegprogramma

Medicatie

Met welke klachten of problemen ben je naar de huisarts gegaan (waarvoor je op de wachtlijst staat of hebt gestaan)?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Angst, dwang of paniek
- Autisme, ADHD, ADD
- Burn-out of overspannenheid
- Depressie of somberheid
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Problematisch middelengebruik of verslaving
- Psychose
- Relatieproblemen
- Rouw, omgaan met verlies
- Slaapproblemen
- Stress, piekeren, spanning
- Suïcidaliteit
- Trauma, ingrijpende gebeurtenis
- Anders, namelijk: _____
- Dat wil ik liever niet zeggen

Heb je in het verleden al eens eerder een ggz-behandeling gehad?

- Ja, één keer
- Ja, twee of meerdere keren
- Nee

Vragen voor naasten

Wat is jouw rol als naaste ten opzichte van de persoon met psychische problemen?

- Partner (of ex-partner)
- Ouder of verzorger
- Kind
- Zus of broer
- Oma of opa
- Tante of oom
- Overige familie
- Vriendin of vriend
- Buddy, maatje of mentor
- Anders, namelijk: _____

Staat je naaste op dit moment (nog) op een ggz-wachlijst (voor intake of behandeling)?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Is jouw naaste inmiddels met een ggz-behandeling gestart?

- Ja
- Nee, mijn naaste is niet meer met ggz-behandeling gestart, omdat de wachttijd te lang was
- Nee, mijn naaste is meer met ggz-behandeling gestart, vanwege een andere reden, namelijk: _____
- Weet ik niet

Hoe lang staat of stond jouw naaste in totaal op een ggz-wachttijst?

Toelichting: het gaat hier om de meest recente periode waarin jouw naaste op een ggz-wachttijst heeft gestaan na verwijzing door de huisartsenpraktijk tot aan de start van de ggz-behandeling. Als jouw naaste binnen deze periode een of meerdere keer opnieuw is doorverwezen (bijvoorbeeld naar een andere organisatie binnen de ggz), dan mag je de gehele periode vanaf de eerste verwijzing door de huisarts meetellen.

- Het aantal weken was ongeveer (geef getal aan): _____
- Weet ik niet precies

Welke impact heeft of had de wachttijst op jou als naaste?

Heb of had jij terwijl je naaste op een ggz-wachttijst stond zelf behoefte aan ondersteuning?

- Nee
- Ja, namelijk: _____

Krijg of kreeg je tijdens de ggz-wachttijst van je naaste zelf ondersteuning die te maken heeft/had met de situatie van je naaste?

Het gaat hierbij om eventuele ondersteuning voor je eigen klachten, die helemaal los staan van de wachttijst van je naaste.

- Nee
- Ja

Van welke zorg of ondersteuning heb je gebruik gemaakt tijdens de wachttijst van je naaste (en hoe tevreden ben je daarover)?

Ze er ontevred e n	Ont e vred e n	Beet je ontevred en	Neutraal	Beet je tevred en	Tevred en	Ze er tevred en	Niet van toepassing
--------------------------------	----------------------------	------------------------------	----------	----------------------------	--------------	--------------------------	------------------------

Gesprek(ken) met de huisarts

Gesprek(ken) met de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)

Ze er ontevred en	Ont evred en	Beet je ontevred en	Ne utraal	Beet je tevred en	Tevred en	Ze er tevred en	Niet van toe passing
----------------------------	--------------------	------------------------------	--------------	----------------------------	--------------	-----------------------	----------------------------

Een online cursus, module of eHealth via de huisartsenpraktijk

Een online cursus, module of eHealth via de ggz

Gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via de ggz

Gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via mijn werk

Gesprek(ken) met een (psychisch) hulpverlener of coach via een andere weg

Gesprek(ken) met een ervaringsdeskundige, lotgenoot, buddy, of vrijwilliger/maatje (bijvoorbeeld via een

Ze er ontevred en	Ont evred en	Beet je ontevred en	Neu traal	Beet je tevred en	Tevred en	Ze er tevred en	Niet van toepassing
----------------------------	--------------------	------------------------------	--------------	----------------------------	--------------	-----------------------	------------------------

zelfregiecentrum of
patiëntenorganisatie)

Een (herstel)cursus via een
herstel- of
zelfregiecentrum

Gesprek(ken) met een
groep (bijvoorbeeld met
lotgenoten of andere
naasten

Een online groepscursus
(bijvoorbeeld met
lotgenoten of andere
wachtenden)

Gesprek(ken) met een
welzijnscoach of
ouderencoach

Gesprek(ken) met een
maatschappelijk werker of
sociaal werker

Zeer ontevreden	Onte vreden	Beetje ontevreden	Neutraal	Beetje tevreden	Tevreden	Zeer tevreden	Niet van toepassing
--------------------	----------------	----------------------	----------	--------------------	----------	---------------	------------------------

Ondersteuning via een
buurt- of wijkteam

Steun van naasten, zoals
partner, familie, vrienden
of kennissen

Steun via een
geloofsgemeenschap,
religie, kerk of geestelijke
verzorging

Ondersteuning via een
website of online forum

Steun via MIND Korrelatie
(heet nu: Hulplijn)

Een creatieve workshop of
cursus

Sporten of een
beweegprogramma

Zeern
ontevreden

Ontevreden
Beetje ontevreden

Neutraal

Beetje tevreden

Tevreden

Zeern tevreden

Niet van toepassing

Medicatie

Via welke weg kwam je bij ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Niet van toepassing
- Op mijn eigen initiatief / ik heb hier zelf naar gezocht of om gevraagd
- Op initiatief van de huisarts
- Op initiatief van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)
- Op initiatief van de ggz-instelling
- Anders, namelijk: _____

Hoe tevreden ben je over de ondersteuning die je hebt ontvangen tijdens de wachttijd van je naaste?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Beetje ontevreden
- Neutraal
- Beetje tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

Achtergrondgegevens

Wat is je leeftijd?

Ik zie mezelf als

- Vrouw
- Man
- Non-binair
- Anders, namelijk: _____
- Wil ik niet zeggen

Wat is de hoogste opleiding die je met een diploma hebt afgesloten?

- Geen opleiding of lagere school niet afgemaakt
- Lagere school
- Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MBO)
- Hoger beroepsonderwijs (bijv. HBO)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk: _____

Afsluiting

Wil je verder nog iets kwijt over de ggz-wachttijden of ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd, of over deze vragenlijst?

Bijlage B Vragenlijst professionals

Introductie

1. Bent u werkzaam binnen de huisartsenpraktijk?

- Ja
- Nee

U gaat dan gelijk door naar deel 2 (vraag 9) van de vragenlijst.

Deel 1. Ervaringen met overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk

2A. Wordt er binnen uw huisartsenpraktijk overbruggingszorg verleend aan patiënten die op een wachtlijst staan voor de ggz?

- (Bijna) altijd
- Vaak
- Regelmatig
- Soms
- (Bijna) nooit
- Weet ik niet

2B. Worden door uw huisartsenpraktijk patiënten die op een wachtlijst staan voor de ggz verwezen naar vormen van overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk?

- (Bijna) altijd
- Vaak
- Regelmatig
- Soms
- (Bijna) nooit
- Weet ik niet

3. Hoe vaak ontvangen uw patiënten die op een ggz-wachtlIJst staan de volgende vormen van zorg of ondersteuning als overbruggingszorg?

Binnen de huisartsenpraktijk:

	(Bijna) altijd	Vaak	Regelmatig	Soms	(Bijna) nooit
Psycho-educatie					
Leefstijladvies					
Gedragsactivatie					
Medicatie					
Gesprek(ken) met de huisarts					
Gesprek(ken) met de POH-GGZ					
Online module / eHealth specifiek voor overbrugging of wachttijd					
Online module / eHealth <u>niet</u> specifiek voor overbrugging, bijvoorbeeld over piekeren, angst, somberheid, etc.					
Groepsbijeenkomst(en) of een groepscursus					
Anders, namelijk...					

Buiten de huisartsenpraktijk/via verwijzing:

	(Bijna) altijd	Vaak	Regelmatig	Soms	(Bijna) nooit
Online module / eHealth specifiek voor overbrugging of wachttijd					
Online module / eHealth <u>niet</u> specifiek voor overbrugging, bijvoorbeeld over piekeren, angst, somberheid, etc.					
Groepsbijeenkomsten tijdens het wachten (begeleid door de ggz)					
Welzijn op Recept					
Financiële of administratieve ondersteuning via de gemeente					
Aanbod via een herstel- of zelfregiecentrum					
Aanbod via een patiënten- of cliëntenorganisatie					
Ondersteuning via buurt- of wijkteam					
Leefstijlinterventie / sporten					
MIND Korrelatie (heet nu: Hulplijn)					
Anders, namelijk...					

4. Waarop is uw afweging om al dan niet overbruggingszorg te verlenen aan patiënten binnen de huisartsenpraktijk gebaseerd?

5. Wat zijn volgens u de grootste risico's van het leveren van overbruggingszorg voor de professionals in de huisartsenpraktijk?

6. Het verlenen van overbruggingszorg heeft voor mij als zorgverlener impact op de volgende gebieden:

Negatief

	Ze er oneens	Oneens	Beetje oneens	Neutraal	Beetje eens	Eens	Ze er eens
Hogere werkdruk							
Minder werkplezier							
Ik ben minder tevreden over de kwaliteit van mijn werk							
Het maakt me onzeker over of ik mijn werk wel goed doe							
Mijn spreekuur is minder toegankelijk voor andere patiënten							
Het maakt dat ik me te veel/te lang verantwoordelijk voel voor patiënten							
Ik heb last van stress, piekeren of overspannenheidsklachten							
Het maakt dat ik stoppen met mijn functie en/of ander werk overweeg							
Anders, namelijk...							

Positief

	Ze er oneens	Oneens	Beetje oneens	Neutraal	Beetje eens	Eens	Ze er eens
Het geeft me voldoening om iets voor patiënten te kunnen betekenen tijdens het wachten							
Het houdt mijn werk uitdagend							
Anders, namelijk...							

7. Stel dat er vanaf morgen geen ggz-wachttijden meer zouden zijn. Wat zou dat veranderen in uw werkbeleving?

8. Zijn er voor uw huisartsenpraktijk regionale (samenwerkings)afspraken gemaakt met andere partijen rondom het organiseren van overbruggingszorg?

- Ja, namelijk... (welke afspraken, met welke partijen)::

- Nee
- Weet ik niet

Deel 2. Risicogroepen en overbruggingszorg initiatieven

9. Welke van de volgende patiëntengroepen hebben volgens u de meeste last van/lopen de meeste risico's tijdens wachten op ggz-behandeling?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Ouderen (65+ jaar)
- Jongvolwassenen (18-24 jaar)
- LHBTI+ personen
- Patiënten met een lage sociaaleconomische positie
- Patiënten met een migratieachtergrond
- Patiënten met een (licht) verstandelijke beperking
- Patiënten met problematisch middelenmisbruik of een verslaving
- Patiënten met (risico op) suïcidaliteit
- Patiënten in een crisissituatie / met acute geestelijke gezondheidsproblemen
- Patiënten met complexe / meervoudige problemen
- Patiënten met somatische comorbiditeit / een (chronische) lichamelijke aandoening
- Patiënten met financiële problematiek
- Patiënten met een klein sociaal netwerk
- Patiënten die eerder ggz-behandeling hebben gehad
- Anders, namelijk...:
- _____
- Geen / weet ik niet

10. Voor welke van de volgende patiëntengroepen is op dit moment overbruggingszorg het minst goed geregeld of is er te weinig aanbod?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Ouderen (65+ jaar)
- Jongvolwassenen (18-24 jaar)
- LHBTI+ personen
- Patiënten met een lage sociaaleconomische positie
- Patiënten met een migratieachtergrond
- Patiënten met een (licht) verstandelijke beperking
- Patiënten met problematisch middelenmisbruik of een verslaving
- Patiënten met (risico op) suïcidaliteit
- Patiënten in een crisissituatie / met acute geestelijke gezondheidsproblemen
- Patiënten met complexe / meervoudige problemen
- Patiënten met somatische comorbiditeit / een (chronische) lichamelijke aandoening
- Patiënten met financiële problematiek
- Patiënten met een klein sociaal netwerk
- Patiënten die eerder ggz-behandeling hebben gehad
- Anders, namelijk...:

- Geen / weet ik niet

11. Kent u een veelbelovend initiatief op het gebied van overbruggingszorg ?

Onder overbruggingszorg verstaan we in dit onderzoek: “de steun, begeleiding, of zorg die patiënten die op een wachtlijst staan voor de basis of gespecialiseerde ggz ontvangen (georganiseerd via instellingen, professionals, ervaringsdeskundigen, lotgenoten, aanbieders eHealth of anders).”

- Ja
- Nee

11A. Kunt u de volgende informatie geven over dit initiatief?

U kunt deze hier kort beschrijven. Verwijs daarbij zoveel mogelijk naar beschikbare materialen, handleidingen, documenten en/of (onderzoeks)publicaties en eventueel naar contactpersonen. U kunt hierna nog maximaal twee andere veelbelovende initiatieven invullen.

Naam initiatief

Doelgroep patiënten

Betrokken hulpverleners

Doel/beoogde resultaten

Korte beschrijving werkwijze

Financiering

Regio

Beschikbare materialen/bronnen

11B. Kent u nog een veelbelovend initiatief op het gebied van overbruggingszorg?

- Ja
- Nee

11B. Kunt u de volgende informatie geven over dit initiatief?

Naam initiatief
Doelgroep patiënten
Betrokken hulpverleners
Doel/beoogde resultaten
Korte beschrijving werkwijze
Financiering
Regio
Beschikbare materialen/bronnen

11C. Kent u nog een veelbelovend initiatief op het gebied van overbruggingszorg?

- Ja
- Nee

11C. Kunt u de volgende informatie geven over dit initiatief?

Naam initiatief
Doelgroep patiënten
Betrokken hulpverleners
Doel/beoogde resultaten
Korte beschrijving werkwijze
Financiering
Regio
Beschikbare materialen/bronnen

12. Wat zijn volgens u op dit moment de grootste knelpunten of uitdagingen op het gebied van overbruggingszorg?

13. Wat zijn volgens u mogelijke oplossingen / wat draagt volgens u vooral bij aan betere overbruggingszorg in de toekomst?

14. Vindt u dat er beter een andere term gebruikt kan worden in plaats van “overbruggingszorg”?

- Nee
 - Ja, namelijk: Voorzorg
 - Ja, namelijk: Complementaire zorg of interventies
 - Ja, namelijk: Netwerkgzorg
 - Ja, namelijk: Wachtwoord of wachtwoordlijst interventies of programma’s
 - Ja, namelijk: Passende zorg
 - Ja, anders, namelijk...:
-

Deel 3. Achtergrondgegevens

15. Wat is uw huidige functie?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Huisarts
 - POH-GGZ
 - Onderzoeker
 - (Beleids)adviseur
 - Psycholoog, psychiater of ander (psychisch) hulpverlener in de basis-ggz
 - Psycholoog, psychiater of ander (psychisch) hulpverlener in de gespecialiseerde ggz
 - Betrokkene bij een initiatief op het gebied van overbruggingszorg
 - Ervaringsdeskundige
 - Patiënten- of cliëntenvertegenwoordiger
 - Anders, namelijk...:
-

16. Hoeveel werkervaring heeft u in uw huidige functie (in afgeronde jaren)?

17. Wat is uw opleiding?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Huisarts
 - Psycholoog
 - Maatschappelijk werker
 - Verpleegkundige
 - POH-GGZ
 - Psychiater
 - Ervaringsdeskundige
 - Anders, namelijk...:
-

18. Wat is uw leeftijd?

19. Wat is uw gender?

- Vrouw
- Man
- Non-binair
- Anders, namelijk...:

- Wil ik niet zeggen

Deel 4. Afsluiting

20. Wilt u verder nog iets kwijt over de ggz-wachttijden, overbruggingszorg of deze vragenlijst?

Bijlage C Overzicht van overbruggingszorg initiatieven

Tabel C.1 bevat een overzicht⁶⁹ van initiatieven voor overbruggingszorg, ingedeeld naar negen categorieën:

- Landelijke websites (zie blz. 159);
- Landelijke telefoonnummers (zie blz. 162);
- Zelfregie- en herstelcentra (zie blz. 164);
- EHealth (zie blz. 165);
- Groepsbijeenkomsten vanuit ervaringsdeskundigheid (zie blz. 168);
- Groepsbijeenkomsten vanuit de ggz (zie blz. 170);
- Consulten bij verwijzer of tijdelijke behandelaar (zie blz. 173);
- Ondersteuning via gemeente of sociaal domein (zie blz. 183);
- Overig (zie blz. 187).

⁶⁹ Deze initiatieven kunnen specifiek naar aanleiding van de ggz-wachttijden als overbruggingszorg initiatief zijn ontwikkeld, of worden als regulier aanbod in de praktijk als vorm van overbruggingszorg ingezet of gebruikt door professionals en/of patiënten. Dit overzicht pretendeert geen totaaloverzicht van het beschikbare aanbod te zijn, maar demonstreert de variatie en inhoud van overbruggingszorg initiatieven.

Tabel C.1 Overzicht van initiatieven voor overbruggingszorg ingedeeld naar categorie

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
CATEGORIE: LANDELIJKE WEBSITES											
Cliënten- en familie-organisaties aanbod	Nee	Patiënten informeren en ondersteunen	Patiënten met psychische problemen (inclusief die op een wachtlijst staan)	Veel cliënten- en familie-organisaties ⁷⁰ hebben een website met aanbod voor lotgenoten-contact, chat, forum, zelfhulp, groepen, cursussen en / of psycho-educatie. Volgens MIND is het goed als verwijzers wachtenden hierop wijzen	Online, maar ook lokaal aanbod	Divers	Het aanbod is meestal gratis of bijna gratis. Er is geen verwijzing nodig van de huisarts	Landelijk	Onbekend	Het aanbod is vaak ontwikkeld vanuit ervaringsdeskundigen (patiënten)	mindplatform.nl/media/2843/download/dossier#:~:text=Volgens%20deze%20normen%20is%20de,is%2C%20verschilt%20echter%20per%20persoon.
Evie.nl	Nee	Een mentaal fit Nederland	Voor iedereen met een hulpvraag op het gebied	Evie biedt als eHealth platform artikelen, video's, podcasts, oefeningen en	Divers	Gebruikers kunnen zelfstandig aan de slag of onder	De meeste artikelen, video's, podcasts en oefeningen zijn voor	Landelijk. Hiernaast wordt Evie in sommige	Onbekend	Onbekend	evie.nl

⁷⁰ Voorbeelden van specifieke websites die werden genoemd in het onderzoek zijn: depressievereniging.nl, adfstichting.nl, ocdcafe.nl

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			van mentale gezondheid	trainingen (van Mind-district)		begeleiding van een professional uit huisartsenzorg, ggz of sociaal domein	iedereen gratis direct beschikbaar zonder account. De online trainingen zijn alleen beschikbaar via een uitnodiging van een professional.	regio's ondersteund vanuit regionale samenwerking tussen huisarts, POH-GGZ, gemeente en ggz. Dan krijgen men ook toegang tot regionale artikelen, organisaties of video's			
Proudtobeme.nl	Nee	Mensen betrouwbare informatie	Mensen met een (mogelijke) eetstoornis	EHealth-community rondom eetstoornissen met o.a. een forum, blogs en chat	Online	Er kan gechat worden met ervarings-	Gratis en geen verwijzing nodig	Landelijk	Onbekend	De website is (mede)opgericht door een ervaringsdeskundige Er kan met	proudtobeme.nl

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
		bieden over eetstoornissen				deskundige, psycholoog of diëtist				ervaringsdeskundigen gechat worden	
Psychosenet.nl	Nee	Betrouwbare, normaliserende informatie en perspectief bieden rondom psychose	Mensen met psychosegevoeligheid, trauma of dissociatie, stemmingsgevoeligheid of neurodiversiteit	EHealth-community rondom psychose met o.a. chat, form en eSpreekuur	Online	Ervaringsdeskundigen, psychiaters	Gratis en geen verwijzing nodig	Landelijk	Onbekend	De visie die ten grondslag ligt aan de website is (mede)geschreven vanuit ervaringsdeskundigheid	psychosenet.nl
Traumanet.nl	Nee	Mensen laagdrempelig informatie, (h)erkenning en handvatten bieden om met de gevolgen van trauma om te kunnen gaan	Iedereen die direct of indirect met trauma te maken heeft (gehad)	EHealth-community rondom trauma	Online	Geen	Gratis en geen verwijzing nodig	Landelijk	Onbekend	Traumanet is een initiatief van een ervaringsdeskundige psycholoog	traumanet.nl

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
CATEGORIE: LANDELIJKE TELEFOONNUMMERS											
113 Zelfmoordpreventie (voorheen: 113Online)	Nee	Voorkomen dat mensen zichzelf iets aan doen	Patiënten die suïcidale gedachten hebben	Landelijk beschikbare website en hulplijn 0800-0113, chatten, online coaching, cursus of therapie	Online of telefonisch	Professionals van Stichting 113 Zelfmoordpreventie	Gratis en geen verwijzing nodig	Landelijk	Onbekend	Onbekend	113.nl
De Luisterlijn	Nee	Een luisterend oor en een steuntje in de rug bieden	Mensen die het even niet zien zitten, eenzaam zijn, met psychische problemen kampen of behoefte hebben aan een luisterend oor (ook mensen die op een ggz-wachttijl staan)	Gesprekken per telefoon, e-mail en chat met een getraide vrijwilliger (maximaal drie telefoongesprekken per dag); dag en nacht bereikbaar	Online of telefonisch	Vrijwilligers	Gratis en geen verwijzing nodig	Landelijk	De Luisterlijn is beoordeeld als 'Goed beschreven' in de databank Effectieve sociale interventies. Onderzoek met 871 vragenlijst deelnemers en 15 interviews uit 2022 laat zien dat gebruikers de Luisterlijn gemiddeld met een 8,2 waarderen en dat deze voor de meeste gebruikers positieve effecten heeft op o.a. welbevinden en	Feedback van gebruikers is in kaart gebracht en meegenomen in de doorontwikkeling van de Luisterlijn	deluisterlijn.nl seor.nl/luisterlijn/index.html movisie.nl/interventie/deluisterlijn

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachtlijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
									<p>eenzaamheid.</p> <p>Werkzame elementen zijn o.a. het luisterend oor, anonimiteit en laagdrempeligheid.</p> <p>De Luisterlijn wordt relatief vaak bereikt door vrouwen, alleenstaanden, (economisch) inactieve mensen en mensen met ggz-problematiek (onbekend is hoeveel daarvan op een wachtlijst stonden)</p>		
MIND Hulplijn, overbruggingsgesprek (voorheen: MIND Korrelatie)	Nee	Informereren en adviseren	Mensen met mentale problemen die vastlopen of zich zorgen maken over iemand	Mensen kunnen gebruik maken van een eenmalig gratis adviesgesprek van 30 minuten. Hulpverleners stellen gerichte vragen om de hulpvraag helder	Online of telefonisch	Professionele hulpverleners in dienst bij MIND Hulplijn	Gratis en er is geen verwijzing nodig. De MIND Hulplijn is bereikbaar op werkdagen van 09.00 tot 21.00 uur	Landelijk	Wachtenden vormen 14% van de bereikte populatie van de hulplijn. Uit een onderzoek in 2023 met 303 vragenlijst en 15 interviews onder hulpvragers	De MIND hulplijn is opgezet vanuit de koepelorganisatie van patiënten- en naastenverenigingen	mindhulplijn.nl/ mindhulplijn.nl/media/7755/download/Infographic%20effectiviteit%20korrelatie.pdf

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			anders (ook tijdens het wachten)	te krijgen, geven advies, helpen mensen op weg bij het nemen van de zelfregie of verwijzen zo nodig door naar andere hulpverleners. Er kan via de website ook worden gebeld, gechat of gemaïld met een hulpverlener					(vooral vrouwen) blijkt dat ze de hulplijn gemiddeld met een 7,9 waarderen. Het gesprek levert hen bijvoorbeeld een advies meer inzicht of een verwijzing naar verdere ondersteuning		seor.nl/effectiviteit-van-mind-korrelatie/index.html
CATEGORIE: ZELFREGIE- EN HERSTELCENTRA											
Zelfregie- en herstelcentra	Nee	Toewerken naar persoonlijk en maatschappelijk herstel	Iedereen die wil werken aan persoonlijk en	Een ontmoetingsplek en een herstelgericht programma. Patiënten kunnen terecht voor een	Herstel- of regie centrum, meestal een fysieke	Ervaringsdeskundigen, vrijwilligers	Het meeste aanbod is gratis of bijna gratis. Er is geen	In de meeste regio's ⁷¹ . Het IZA stimuleert	Onbekend	Werken vanuit ervaringsdeskundigheid is één van de centrale pijlers van de zelfregie- en herstelcentra; het	Landelijk overzicht van zelfregie- en herstelcentra: nvzh.nl/leden/

⁷¹ Voorbeelden van de specifieke regionale zelfregie- en herstelcentra die werden gevonden in het onderzoek: <https://kompasie.nl/wat-doen-wij/wachttijdondersteuning>, <https://www.enikrecoverycollege.nl>, <https://centrum-fameus.nl>, <https://leveninverandering.nl/steunpunt-liv>, <https://samensterkereeland.nl/herstelnetwerk-eeland>, <https://deherstelacademie.nl>, <https://www.rc-e.nl>, <https://nexuszwolle.nl>

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			maatschappelijk herstel (ook tijdens het wachten op ggz-behandeling)	luisterend oor, workshops, activiteiten en/of groepsbijeenkomsten	locatie in de wijk		verwijzing van de huisarts nodig	landelijke dekking. Er zijn de laatste jaren veel nieuwe initiatieven ontstaan		herstelperspectief is leidend	
CATEGORIE: EHEALTH											
Minddistrict: Welkomstmodule	Ja	Nieuwe patiënten een warm welkom geven, te informeren, hun hulpvraag in kaart te brengen, hen voor te bereiden op behandeling en de wachttijd te overbruggen	Nieuwe ggz patiënten (die op een wachtlijst terecht komen)	Een standaard welkomstmodule die per organisatie op maat gemaakt kan worden. De module bestaat uit 6-7 onderdelen met o.a. informatie, vragen en tips	Ggz (online)	Ggz-professionals (voor patiënten die op een ggz-wachtlijst staan). Er is ook een aangepaste versie van de module voor gebruik binnen de	Gratis. De patiënt kan alleen toegang krijgen via een uitnodiging van een professional die in de ggz of huisartsenpraktijk werkt	Landelijk (bij organisaties die gebruik maken van het eHealth aanbod van Minddistrict)	Onbekend	Onbekend	minddistrict.com/nl/blog/welkomstmodule-ondersteunt-client-direct-na-aanmelding

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
						huisartsenpraktijk					
Therapieland module: Eerste stap naar Herstel	Ja	Een eerste start maken met herstel	Volwassenen die op de wachtlijst staan	Het online programma bestaat uit vijf onderdelen: ontspannen, omgaan met emoties, weer wat gaan doen, beter slapen en minder piekeren.	Ggz of huisartsenzorg (online)	Professionals uit ggz of huisartsenzorg	Gratis. De patiënt kan alleen toegang krijgen via een uitnodiging van een professional die in de ggz of huisartsenpraktijk werkt	Landelijk (bij organisaties die gebruik maken van het eHealth aanbod van Therapieland)	Onbekend	Onbekend	therapieland.nl/programmas/zelfhulp/gb-eerste-stap-naar-herstel/
Wacht @ctief	Ja	De wachttijd overbruggen	Patiënten op een ggz-wachtlijst	Patiënten volgen een online module met welkomstvideo, zelfhelp-module of Positieve gezondheid module, en leefstijl advies. Zij kunnen ook herstel- en ervarings-verhalen lezen en chatten met een	Ggz (online)	Ggz-professionals (NB: huisartsenpraktijk blijft verantwoordelijk tijdens de wachtperiode, omdat het aanbod	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden door een ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na een verwijzing door de huisarts.	Zwolle, Emmen, Groningen	Uit een evaluatie met vragenlijsten en interviews (nog niet gepubliceerd) blijkt dat gebruikers de module het vaakst met een 7 en gemiddeld met een 6 waarderen. Wel gebruikt slechts een deel van de	De ervaringen van gebruikers worden meegenomen in de (door)ontwikkeling van Wacht @ctief	lentis.nl/zelfhulp/wacht-actief/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
				ervaringsdeskundige of Wacht @ctief medewerker (met bijvoorbeeld vragen over de wachttijd of de module). De module wordt aangeboden in samenwerking met eHealth aanbieder Mind-district.		officieel geen ggz behandeling is)			uitgenodigde patiënten de module (onafhankelijk van geslacht of opleidingsniveau). Wachtenden benoemen veel verschillende redenen waarom zij geen gebruik hebben gemaakt van Wacht @ctief, bijvoorbeeld dat zij er weinig vertrouwen in hadden of te weinig energie voor		
Wachttijden app (GGZ Rivierduinen)	Ja	Informatie geven en ondersteunen tijdens de wachttijd	Volwassen cliënten op de wachtlijst	Via een wachttijden app krijgen patiënten praktische informatie over de intake en tijdlijn, vergoeding en de actuele wachttijd. Daarnaast biedt de app psycho-educatie en praktische tips	Online	Geen direct betrokken professionals. De app is ontwikkeld in samenwerking met ggz-behande-	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden door de ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na	Alphen aan den Rijn, Duinen Bollenstreek, Gouda, Leiden, Leidschendam,	Onbekend	De cliëntenraad van de ggz-instelling is betrokken geweest bij de ontwikkeling van de app	wegvandewachtlijst.nl/wachttijden-app-ondersteunt-clienten-tijdens-wachten-op-behandeling

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Evaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
				over omgaan met klachten.		laars en de cliëntenraad	een verwijzing door de huisarts	Zoetermeer			
CATEGORIE: GROEPSBIJENKOMSTEN VANUIT ERVARINGSDESKUNDIGHEID											
Herstelgroepen	Ja	De wachttijd overbruggen, steun en inspiratie bieden, alvast werken aan het herstelproces	Mensen op de ggz-wachttijst	In een groep met maximaal acht gelijkgestemden in een veilige en open sfeer ervaringen uitwisselen, via wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur.	Herstel-academie, gezondheidscentrum of inloopvoorziening (verschilt per regio)	Evaringsdeskundigen (InBegrepen)	Deelname is gratis. Er is geen verwijzing door de huisarts nodig.	Delfzijl, Groningen, Winschoten	Onbekend (een pilot onderzoek loopt op dit moment nog)	De inhoud van de bijeenkomsten wordt gezamenlijk bepaald	inbegrepen.nl/herstelgroepen projecten.zonmw.nl/nl/project/burgerinitiatieven-binnen-de-rtwg-een-ontwikkelen- implementatiepr oject
Steunpunt Avalon	Nee	Om elkaar te ontmoeten, te steunen en ervaringen op te doen die leuk, inspirerend en hoopgevend zijn	Jongeren tussen de 14 en 21 jaar die worstelen met zichzelf en hun bestaan	Wekelijkse bijeenkomsten waarbij gezamenlijk wordt gekookt en gegeten, of met een groepssessie, soms met een gastspreker. Naast de lokale activiteiten van het steunpunt, worden er	Op locatie	Evaringsdeskundigen en lokale ondernemers, verenigingen en andere partijen	Deelname is meestal gratis of bijna gratis. Er is geen verwijzing van de huisarts nodig	Den Haag, Rotterdam, Den Bosch, Roermond	Onbekend	Achter de initiatieven van Steunpunt Avalon staat een ervaringsdeskundige in de jeugdzorg	steunpuntavalon.nl

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
				weekenden georganiseerd met als doel om het proces van herstel en zelfontwikkeling een duw in de goede richting te geven							
WachtVerzachter	Ja	Ondersteunen tijdens het wachten op ggz-behandeling (of daarna)	Mensen op een ggz-wachttijdslijst (en naasten of anderen). In sommige regio's voor volwassenen, in andere juist voor jeugd	Een website met een aanbod van online en offline activiteiten. Bezoekers kunnen bellen, appen of mailen met een ervaringsdeskundige voor persoonlijke ondersteuning	Online en lokaal / in de wijk	Getrainde ervaringsdeskundigen (vrijwilligers)	Deelname is gratis. Er is geen verwijzing door de huisarts nodig	Dronten, Eindhoven, Kampen, Lelystad, Utrecht, Stichtse Vecht, Nieuwegein	Onbekend	Het initiatief is (mede)opgericht door een ervaringsdeskundige en ervaringsdeskundigen voeren het concept uit	wachtverzachter.nu wegvandewachttijdst.nl/de-wachtverzachter-iedereen-heeft-baat-bij-contacten-aandacht
Zelfhulpnetwerk.nl	Nee	Lotgenoten met elkaar in gesprek laten gaan, om met dingen te leren omgaan, te	Mensen met psychische (of andere) problemen	Geïnteresseerden kunnen zich aanmelden voor een zelfhulpgroep rondom een bepaalde hulpvraag, thema of klacht	Lokaal, naar eigen invulling	Vrijwilligers, getraind en ondersteund door de stichting	Het aanbod is gratis. Er is geen verwijzing van de huisarts nodig	Zuidoost - Brabant	Onbekend	Er is een Raad van Zelfhulp actief. Dit is een groep vrijwilligers die vanuit hun ervaringen met zelfhulp het bestuur ondersteunt op inhoudelijk vlak	zelfhulpnetwerk.nl/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
		accepteren of los te laten									
CATEGORIE: GROEPSBIJEENKOMSTEN VANUIT DE GGZ											
Entreegroep (Mediant GGZ)	Ja	Voorlichting, empowerment, psycho-educatie en onderlinge steun bieden	Mensen met een persoonlijkheidsstoornis die op een wachtlijst staan	Groepsbijeenkomsten tijdens de wachtperiode	Ggz	Ervaringswerkers en (andere) professionals	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden door de ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na een verwijzing door de huisarts	Twente	Onbekend	Onbekend	mindplatform.nl/media/2843/download/dossier#:~:text=Volgens%20deze%20normen%20is%20de,is%2C%20verschilt%20echter%20per%20persoon.
Fit op weg poli (GGZ Delfland)	Ja	Op een andere manier werken om de wachtlijsten tegen te gaan en te overbruggen	Patiënten die op een wachtlijst staan	Uitgebreide intake van meerdere gesprekken. Hierna wordt gestart met het aanpakken van omliggende problematiek, zoals slapen, financiën en leefstijl. Patiënten worden tijdens de	Ggz	Ggz-professionals	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden door de ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na	Delfland	Onbekend	Onbekend	ggz-delfland.nl/onzorgaanbod/fit-op-weg-poli/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
				wachttijd begeleid door een behandelaar (meestal groeps-therapie) en behandel-coach			een verwijzing door de huisarts				
Voorzorggroep (Lentis)	Ja	Ventileren, ervaringen delen	Patiënten die op een gespecialiseerde ggz-wachttijl staan	Groeps-bijeenkomsten met wachtenden	Ggz	Ggz-professionals	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden door de ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na een verwijzing door de huisarts	Stadskanaal / Groningen	Onbekend	Onbekend	nos.nl/regio/groningen/artikel/501247-wachttijlsten-ggz-eindeloos-wachten-op-hulp-maar-in-stadskanaal-kan-je-tenminste-alvast-praten dvh.nl/groningen/Voorzorggroep-in-Stadskanaal-omarmt-wachtenden-GGZ-27900294.html#:~:text=In%20Stadskanaal%20heb

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachtlijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
											ben%20ze%20er, autisme%20en%20voelt%20zich%20uitgeblust.
WachtenWaard	Ja	Negatieve effecten van wachten tegengaan en waarde aan wachten toevoegen	Patiënten op een ggz-wachtlIJst	Wekelijkse bijeenkomsten met een open groep van maximaal 10 cliënten	Ggz	Ggz-professionals	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden door de ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na een verwijzing door de huisarts	Utrecht, Zeist	Altrecht heeft een eenjarige pilot gefinancierd in de regio Zeist. Cliënten die WachtenWaard gevolgd hebben in het pilotjaar zijn tevreden: ze voelen zich ondersteund, minder alleen en beter voorbereid op de behandeling. De werkzame elementen van WachtenWaard lijken onder te verdelen in een aantal aspecten: uit de anamnestiek (gezien en gehoord worden door de ggz tijdens	Het concept is tijdens de ontwikkeling voorgelegd aan honderd cliënten met wachtlIJstervaring. Een onderdeel van WachtenWaard is dat de deelnemers begeleid worden door ervaringsdeskundigen	wachtenwaard.com Werner, L. & Aalders, H. (2024). WachtenWaard, een geslaagde pilot. Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie, 19(2), p. 75-82.

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
									het wachten), ondersteuning ervaren, ervaringen delen, informatie opdoen en praktische handvatten krijgen. De werkzame elementen van groepstherapie, zoals interpersoonlijke feedback, herkenning en erkenning, steun, leren van voorbeeldgedrag en leren van onderling advies, zijn ook van toepassing		
CATEGORIE: CONSULTEN BIJ VERWIJZER OF TIJDELIJKE BEHANDELAAR											
POH-GGZ (onder specifieke voorwaarden)	Ja	Wachttijdperiode overbruggen met een duidelijk doel	Patiënten van de huisartsenpraktijk die op een ggz-	Vanuit een gedeelde visie tussen huisarts en POH-GGZ wordt overbruggingszorg alleen door de POH-GGZ geboden onder	Huisartsenpraktijk en andere settings	POH-GGZ, overige professionals	Er zijn geen kosten voor de patiënt; zij moeten door de huisarts naar de POH-GGZ	Roermond	Onbekend	Onbekend	huisartsendekoppel.nl

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			wachttijstaan	bepaalde voorwaarden en niet onnodig lang. De afweging wordt gemaakt op basis van de mate van zelfredzaamheid van de patiënt en het risico op een acute crisis. Er wordt zoveel mogelijk verantwoordelijkheid aan de patiënt gegeven en samen bekeken hoe de patiënt in de breedste zin de tijd kan overbruggen, met name door hulp van de eigen omgeving en het sociaal domein.			verwezen worden				

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
POH-GGZ (groepswerk) ⁷²	Ja	De wachttijd overbruggen	Diverse patiënten groepen die op een ggz-wachttijstaan	De POH-GGZ begeleidt groepsbijeenkomsten met wachtende patiënten rondom verschillende thema's, zoals ACT of herstel	Huisartsenpraktijk	POH-GGZ	Er zijn geen kosten voor de patiënt; zij moeten door de huisarts naar de POH-GGZ verwezen worden	Zuid-Limburg	Onbekend	Onbekend	N.v.t. (alleen vragenlijst onderzoek)
POH-GGZ Spoed	Nee	Bieden van (spoed) ggz aan patiënten in de huisartsenpost wanneer de huisartsenpraktijk gesloten is. Het bieden van snelle hulp, tijd en aandacht, escalatie	Alle patiënten die in het weekend ggz nodig hebben en niet in aanmerking komen voor de crisisdienst	Consult met een POH-GGZ met een BIG registratie (vaak een sociaal psychiatisch verpleegkundige)	Huisartsenpost (of visite)	POH-GGZ Spoed, eventueel arts	Er zijn geen kosten voor de patiënt; zij moeten door de triagist naar de POH-GGZ Spoed worden verwezen	Diverse regio's (waaronder Haarlem, Rotterdam, Leiden, West-Brabant)	Uit een pilot onderzoek met 991 consulten blijkt dat patiënten met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar (range 9-97 jaar) worden gezien door de POH-GGZ Spoed. De meerderheid betrof vrouwen (59%) en patiënten die onder behandeling of	Onbekend	ineen.nl/wp-content/uploads/2022/08/Eindrapport-POH-GGZ-Spoed-op-de-HAP.pdf.pdf ggdwb.nl/app/uploads/sites/3/2021/08/Rapportage-evaluatie-aanpak-HAP-

⁷² Dit is geen 'standaard' aanbod van de POH-GGZ.

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
		voorkomen, onnodig inschakelen van crisisdienst voorkomen, en overbruggingszorg aan patiënten op een wachtlijst							begeleiding zijn (geweest) in de basis- dan wel specialistische ggz (47%). De meeste consulten hadden betrekking op angst- en panieklachten (34%), gevolgd door suïcidale gedachten, psychotische klachten somberheid of depressieve klachten en verslaving. Voor 22% van de consulten heeft de POH-GGZ Spoed de crisisdienst ingeschakeld, de overige consulten werden afgesloten met een verwijzing naar een andere zorgverlener op de volgende werkdag,		verward-gedrag-180328-DEF.pdf

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
									medicatie en/of advies om het weekend te overbruggen, zoals psycho-educatie, advies voor afleiding en steun of aanbrenge dagstructuur. Hulpverleners die deelnamen aan de pilot waren tevreden. De ervaringen van patiënten zijn onbekend		
Psycholoog.nl	Nee	Verminderen van mentale klachten, ook wachttijd overbruggen	Mensen met milde of matig ernstige psychische klachten (mensen met ernstige klachten worden	Zonder verwijzing een adviesgesprek, psycho-educatie en online therapie door een psycholoog. Er worden verschillende behandelingen aangeboden, waaronder CGT, EMDR en schema-	Online	Psycholoog	De behandeling wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar (het gaat om onverzekerde zorg). Er is geen verwijzing van de huisarts nodig	Landelijk	Onbekend	Onbekend	psycholoog.nl/bl-ogs/overbruggingshulp-bij-lange-wachttijden/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			direct doorverwezen)	therapie. Bij overbrugging wordt met de psycholoog besproken hoe de wachttijd overbrugd kan worden							
Sumona suicidepreventie	Nee	Minder suicides en suïcidiepogingen	Mensen met licht / matige suïcidale gedachten (ook die op een wachtlijst staan)	Alle instanties die in aanraking komen met personen met suïcidale gedachten kunnen signaleren en aanmelden. Casemanagers bieden vijf vaste monitoringscontacten (elke drie maanden) en casemanagement op maat. De contacten bieden laagdrempelig contact, een luisterend oor, toeleiding naar passende zorg (waaronder	Op een locatie van Sumona / sociaal domein	Sociaal psychisch verpleegkundigen (case-managers) in samenwerking met huisarts en POH-GGZ	Er zijn geen kosten voor de patiënt. De patiënt moet worden aangemeld door een aangesloten aanmelder, bijvoorbeeld ziekenhuis, huisartsenpraktijk of crisisdienst	Den Haag, Noord Veluwe, Rotterdam Rijnmond, Voor- schoten, Wasse- naar	ZonMw heeft het initiatief gefinancierd (er is nog geen openbaar verslag)	Er worden ervaringsdeskundigen suïcidaliteit ingezet (onbekend hoe / wanneer)	sumona.nl/ projecten.zonmw.nl/nl/project/sumona-suicide-preventie-centrum

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
				lotgenoten-contact) en monitoren van suicide-risico en/of iemand de juiste zorg of hulp ontvangt							
Consultatieve psychiatrie in de huisartsenpraktijk	Ja	Laagdrempelig advies geven over medicatie, verwijzing of anders	Patiënten met psychische problemen	Huisarts of POH-GGZ verwijst patiënt naar een consult van een uur bij de psychiater die werkzaam is in de huisartsenpraktijk. De psychiater stelt vervolgens een adviesbrief op	Huisartsenpraktijk	Huisarts, POH-GGZ, psychiater	Er zijn geen kosten voor de patiënt. Er is een verwijzing door de huisarts/POH-GGZ nodig	Diverse regio's; consultatie wordt vanuit IZA gestimuleerd	Uit onderzoek kwam naar voren dat consultatieve psychiatrie vooral is ingezet bij patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis, meerdere psychiatrische diagnoses en actueel psychofarmacagebruik. De consultvraag betrof meestal medicatie- of behandeladvies. De psychiater gaf, naast advies over de consultvraag, vaak additionele adviezen.	Onbekend	tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13238-Consultatieve-psychiatrie-in-de-huisartsenpraktijk

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
									Zowel zorgverleners als patiënten waren positief over consultatieve psychiatrie door de laagdrempeligheid van de huisartsenpraktijk, het wederzijdse vertrouwen, de korte wachttijden in vergelijking met de tweede- en derdelijnspsychiatrie en de expertise van de psychiater. Zowel de patiënten als de zorgverleners zagen consultatieve psychiatrie als een goed overbruggingsmiddel voor de lange wachttijden in de ggz		

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
Crisisdienst	Nee	Spoedeisende hulp bieden	Mensen met psychische of ernstige psychosociale problemen	De hulp bestaat uit zowel triage, beoordeling als crisisinterventie en stabilisatie	Op locatie (afhankelijk van situatie patiënt)	Ggz-triagist en anderen	Er zijn geen kosten voor de patiënt. Er is een verwijzing nodig door de huisarts of een andere professional	Landelijk	Onbekend	Onbekend	vzinfo.nl/acute-zorg/aanbod/crisisdienst-ggz#:~:text=Crisisdiensten%20bieden%20spoedeisende%20hulp%20voor,in%20de%20thuisituatie%20(outreaching).
Psycholoog of therapeut (algemeen, ter overbrugging)	Nee	Psychologische hulp bieden, ook tijdelijk ter overbrugging	Mensen met psychische problemen (die op een wachtlijst staan)	Psychologische of therapeutische behandeling / consulten	Online of op locatie	Psycholoog of therapeut	Er zijn twee mogelijkheden: 1) De patiënt maakt gebruik van vergoede zorg. Er is dan een verwijzing van de huisarts nodig. 2) De patiënt maakt gebruik van onvergoede zorg en moet de zorg zelf betalen. Er is geen	Landelijk	Onbekend	Onbekend	N.v.t. (alleen vragenlijstonderzoek)

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
							verwijzing van de huisarts nodig, maar de patiënt kan zelf kiezen uit een breder aanbod met mogelijk kortere wachttijden				
Maatschappelijk werk (ter overbrugging)	Nee	Praktische hulp bieden	Mensen met psychosociale problemen	Een maatschappelijk werker zoekt samen met de patiënt naar de oorzaken van en oplossingen voor problemen	Gemeente	Maatschappelijk werkers	Ondersteuning van een maatschappelijk werker is gratis. Er is geen verwijzing nodig	Landelijk	Onbekend	Onbekend	regelhulp.nl/onderwerpen/psychische-klachten/maatschappelijk-werk
Dokters van de Wereld (overbruggingshulp)	Ja	Wachttijd tot aan een behandeling in de ggz overbruggen	Migranten die wachten op behandeling in de ggz (ook als ze nog geen verblijfsvergunning hebben of ongedocu-	Om de wachttijd tot aan een behandeling in de ggz te overbruggen wordt onder meer de METS-methode (Method for Empowerment of Trauma Survivors) gebruikt. Bij deze methode ligt de focus niet op het trauma,	Op locatie	Medische vrijwilligers	Er zijn geen kosten voor de patiënt. Er is geen verwijzing nodig door de huisarts.	Amsterdam en Rotterdam	Onbekend	Onbekend	doktersvandewereld.org/wat-doen-wij/geestelijke-gezondheidszorg/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			menteerd zijn)	maar op het (her)ontdekken van de eigen kracht en identiteit van de deelnemers De medische vrijwilligers zijn opgeleid om deze methode te gebruiken, in één-op-één-gesprekken of in groepen							
CATEGORIE: ONDERSTEUNING VIA GEMEENTE OF SOCIAAL DOMEIN											
Buurtteam Watergraafsmeer (Amsterdam-Oost)	Ja	Gepaste ondersteuning en zo de wachttijd effectief benutten	Patiënten die wachten op specialistische hulp	Door buurtteam in samenwerking met ketenpartners ondersteuning op maat tijdens het wachten	In de wijk	Buurtteam medewerkers i.s.m. andere professionals	Het aanbod is gratis en is er geen verwijzing van de huisarts nodig	Amsterdam	Iedere buurtteam-medewerker hanteert een eigen werkwijze als het gaat om het bieden van ondersteuning tijdens de ggz wachttijd, zo blijkt uit scriptie-onderzoek. Zij hebben behoefte aan meer samenwerking met	Onbekend	Harpenau, S. 2024. De kunst van het wachten. Een onderzoek naar hoe er invulling kan worden gegeven aan de ondersteuning van Amsterdammers met mentale

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachtlijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
									andere professionals. Er is geen zicht op de ervaringen van gebruikers		gezondheidsklachten welke wachten op specialistische zorg. Masterthesis, Hogeschool van Amsterdam.
PGO Praktische gezinsondersteuning	Nee	Regie (terug) geven over gezinssituatie	Jongeren van 0-23 jaar en/of hun ouders	Laagdrempelige en praktische gezinsondersteuning in de thuissituatie. Er wordt een plan van aanpak opgesteld met centrale doelen	Thuis	Gezinscoaches (betrokken bij Centrum voor Jeugd en Gezin)	Het aanbod is gratis en er is geen verwijzing van de huisarts nodig	Ede (en andere regio's ⁷³)	Onbekend	Onbekend	opella.nl/gezinsondersteuning
Wachtkracht	Ja	De wachttijd zinvol benutten	Patiënten op ggz-wachttijst	Breed verkennend gesprek met een ervaringsdeskundige; luisterend oor, advies en tips, zo nodig	Ggz en sociaal domein	Ggz-professionals, sociaal domein	Er zijn geen kosten voor deelnemers. Het initiatief wordt aangeboden	Zwolle, Almelo	Onbekend	Onbekend	wervd.nl/wachtkracht-de-eerste-stappen-naar-herstel#:~:text=Wachtkracht%20

⁷³ Dit specifieke, regionale voorbeeld werd aangedragen in het onderzoek. Het aanbod is echter ook in diverse andere regio's beschikbaar, vaak via het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
				(alvast) toeleiding naar dagbesteding of sociaal domein			door de ggz-instelling en is dus pas toegankelijk na een verwijzing door de huisarts				is%20in%20Zwolle%20een,door%20SAG%20en%20Gemeente%20Zwolle.&text=In%20Almelo%20werkt%20Wachtlijst%20samen,Groep)%2C%20Mindfit%20en%20Dimeence. zilverenkruis.nl/overons/pers/wachtlijstkracht
Welzijn op Recept	Nee	Welzijn en sociale cohesie bevorderen	Mensen met psychosociale klachten. Exclusie-criterium: ernstige psychiatrische	Bij Welzijn op Recept wordt er samenwerkt tussen eerstelijnszorg en sociaal domein. De verwijzer uit de huisartsenzorg verwijst patiënten met psychosociale klachten door naar	Huisartsenzorg, welzijn en sociaal domein	Huisartsenzorg, welzijnscoaches en professionals en vrijwilligers uit sociaal domein	De huisartsenpraktijk kan verwijzen naar Welzijn op Recept. Aan de welzijnscoach zijn geen kosten verbonden. Activiteiten in het sociaal	Welzijn op Recept is momenteel in ruim 175 gemeentes beschikbaar en wordt	Welzijn op Recept is beoordeeld als 'Goed beschreven' in de databank Effectieve sociale interventies. Deelnemers geven o.a. aan een toename te hebben ervaren in eigen kracht, zelfvertrouwen,	De ervaringen van deelnemers zijn meegenomen in de (door)ontwikkeling van Welzijn op Recept	welzijnoprecept.nl welzijnoprecept.nl/product/handboek-welzijn-op-recept/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			problematiek	een welzijns-coach, die samen met de cliënt een keuze maakt uit het lokaal beschikbare activiteiten aanbod.			domein zijn meestal gratis of tegen een lage bijdrage	verder uitgerold in het kader van het IZA	zelfredzaamheid en sociale contacten. Er is geen zicht op de ervaringen van patiënten die op een ggz-wachlijst staan met Welzijn op Recept. Wel zijn er aanwijzingen dat er steeds vaker wachtenden onder de deelnemers zijn		
Wmo ondersteuning	Nee	Divers	Mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn	De gemeente biedt ondersteuning, waaronder individuele begeleiding en dagbesteding, huishoudelijke hulp, een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis en opvang bij huiselijk geweld of dakloosheid	Gemeente	Professionals werkzaam bij de gemeente	Iedere gemeente organiseert de toegang tot ondersteuning op een eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor het Wmo-loket. Veel gemeenten kiezen sociale wijkteams waar	Landelijk beschikbaar, er is variatie tussen gemeentes in het aanbod	Onbekend	Onbekend	rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
							mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Voor de meeste Wmo-hulp betalen gebruikers een eigen bijdrage van maximaal € 21 per maand				
CATEGORIE: OVERIG											
Mutsaersstichting: overbrugging voor transgenderzorg	Ja	Informereren	Kinderen en jongeren (en hun ouders) die wachten op transgenderzorg	Mailbox voor vragen	Ggz	Ggz-professionals	Het aanbod is gratis en is er geen verwijzing van de huisarts nodig	Limburg	Onbekend	Onbekend	mutsaersstichting.nl/nieuws/voortgang-genderzorg-binnen-mutsaersstichting-en-oogpsychologen/
Natuurzorg Veluwe-Vallei	Nee	Structuur, doel en sociale interactie met anderen bieden, ook tijdens	Mensen met een psychische kwetsbaarheid	Individueel of in een groep een bijdrage leveren aan natuuronderhoud. Start met intake en persoonlijk begeleidingsplan	Natuurgebied, sociaal domein	Begeleiders van Natuurzorg Veluwe-Vallei	Bekostiging gaat vaak via een indicatie voor groepsbegeleiding, dagbesteding,	Ede, Bennekom, Renkum, Wageningen	Onbekend	Onbekend	natuurzorg.org/over-de-wachttijst-ggz/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
		wachttijd overbrugging. Doel is deze periode goed doorkomen, met positieve effecten vanuit de natuur					activerend werk of vanuit participatie-gelden. Er is geen verwijzing door de huisarts nodig				
Respijthuis ⁷⁴ Leidse Regio	Nee	Een tijdelijke opvang bieden, terugval of crisis voorkomen en grip krijgen op herstel	Mensen met behoefte aan een veilige en ondersteunende omgeving, bijvoorbeeld bij oplopende stress (niet bij: crisis,	Een kleinschalige logeerplek met warme, huiselijke sfeer. Er zijn herstel- en ontmoetings-activiteiten en er kan gewerkt worden aan een plan van aanpak en structuur	Op locatie (logeerhuis)	Opgeleide ervaringsdeskundigen, vrijwilligers	Het verblijf is kosteloos en er is geen verwijzing van de huisarts nodig	Leiden en omgeving	Onbekend	Het team in het Respijthuis bestaat uit opgeleide ervaringsdeskundigen	lumen-hollandrijnland.nl/ontmoeten/respijthuis-leidse-regio/

⁷⁴ Dit specifieke voorbeeld werd genoemd in dit onderzoek, maar er zijn door heel Nederlands respijt- en logeerhuizen voor tijdelijke opvang of ondersteuning. Een totaaloverzicht hiervan ontbreekt. Soms vormen zij een onderdeel van een zelfregiecentrum.

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
			verslaving of dakloosheid)								
Zinnvolle wachttijd	Ja	Een positieve impact hebben op het algeheel welbevinden en de kwaliteit van leven van de jongere	Jongvolwassenen (18-25 jaar) en jongeren (12-18 jaar) die op een ggz-wachttijst staan	Een leer-gemeenschap ontwikkelt een zingeving-ondersteunende interventie, die binnen twee weken na de eerste hulpvraag kan worden ingezet. De interventie wordt op maat uitgevoerd om aan te sluiten bij de spirituele ontwikkeling coping van een jongere met psychische problematiek die op een wachttijst staat	Onbekend	Zorgprofessionals (niet nader gespecificeerd)	Onbekend	Zwolle	Onbekend (het onderzoek loopt op dit moment nog)	De interventie wordt ontwikkeld via actieonderzoek waarin jongeren participeren	kenniswerkplaats zingeving.nl/zinv olle-wachttijd
Inloophuis psychiatrie (Leiden)	Nee	Een vertrouwde, veilig ontmoetings-	Mensen die psychische problemen	Het Inloophuis is open op avonden en zondagmiddag voor koffie, een luisterend	Op locatie	Coördinator in samenwerking met vrijwilligers	Het is gratis en er is geen verwijzing van de	Leiden en omgeving	Onbekend	Onbekend	lumen- hollandrijnland.n l/ontmoeten/inlo ophuis/

Naam	Ontwikkeld n.a.v. wachttijden?	Doel	Doelgroep	Werkwijze	Setting waarin patiënt het initiatief ontvangt	Betrokken professionals	Toegankelijkheid (kosten, verwijzing)	Beschikbaarheid	Onderzoek naar bereik, effecten en/of werkzame elementen	Ervaringsdeskundigheid en cliëntenperspectief	Bronnen
		plek bieden die een steuntje in de rug kan geven	(gehad) hebben	of een gezellige activiteit			huisarts voor nodig				
Lichthuis (Amsterdam)	Nee	Een plek bieden om tot rust te komen, afleiding te vinden en op verhaal te komen (bijvoorbeeld bij een dreigende crisis)	Amsterdammers kwetsbaar door psychische achtergrond of omstandigheden	Het Lichthuis is open in de avonden (vrijdag / zaterdag / zondag)	Op locatie	Coördinator in samenwerking met vrijwilligers en persoonlijk begeleiders	Het is gratis en er is geen verwijzing van de huisarts voor nodig	Amsterdam	ZonMw heeft Het Lichthuis Amsterdam een subsidie verstrekt vanuit de Aanpak Personen Verward Gedrag (resultaten zijn nog niet openbaar gepubliceerd)	Het Lichthuis Amsterdam is een samenwerking tussen verschillende partijen, waaronder Cliëntenbelang Amsterdam en het Centrum voor Cliëntervaringen (CvC)	lichthuisamsterdam.nl/ projecten.zonmw.nl/nl/project/de-vluchtheuvel-voor-ziening-voor-mensen-die-psychische-crisis-dreigen-taken

Bijlage D Topiclist focusgroep patiënten en naasten

Algemene vragen / voorstelronde

- Vanuit welke rol doe je mee aan dit groepsgesprek (zelf ervaring met ggz-wachttijden en eventueel overbruggingszorg, naaste, of allebei)?
- Wat is je leeftijd?
- Wat is (in het kort) jouw eigen ervaring (of die van je naaste) met de ggz-wachttijden en overbruggingszorg?

Ervaringen met en ideeën over overbruggingszorg

- Heb jij (of je naaste) ervaring met overbruggingszorg? Van welke vormen van overbruggingszorg heb jij (of je naaste) gebruik gemaakt tijdens het wachten? Was dit binnen of buiten de huisartsenpraktijk? Hoe ben jij (of je naaste) bij deze overbruggingszorg terecht gekomen?
- Bij ervaring met overbruggingszorg: hoe tevreden was jij (of je naaste) hiermee? Wat ging goed? Wat kon beter? Wat heb jij (of je naaste) gemist?
- Bij geen ervaring met overbruggingszorg: had jij (of je naaste) hier wel behoefte aan gehad? Zo ja, waar had jij (of je naaste) dan behoefte aan gehad?
- Aan welke (rand)voorwaarden moet overbruggingszorg voldoen? *Bijvoorbeeld: gratis, goed toegankelijk, geen verwijzing nodig, online of juist face-to-face, lotgenotencontact, etc.*

Presentatie van gevonden resultaten in het onderzoek

- Zijn de resultaten herkenbaar? Wat valt op?

Communicatie

- Hoe zouden professionals (bijvoorbeeld huisartsen en POH's-GGZ) over overbruggingszorg moeten communiceren richting patiënten en naasten?
- Welke informatie moeten professionals in ieder geval delen? Welke informatie is minder belangrijk?
- Wil je als patiënt advies vanuit een professional voor overbruggingszorg en / of liever een overzicht met opties om zelf te verkennen? Waar moet zo'n overzicht dan te vinden zijn?
- Kunnen professionals beter een ander woord gebruiken dan 'overbruggingszorg'? Waarom? En zo ja, welk woord?
- Welke woorden zouden professionals het best kunnen gebruiken rondom overbruggingszorg? Welke woorden kunnen zij beter niet gebruiken?

Overig / afronding

- Wat is belangrijk voor naasten qua ondersteuning tijdens het de wachttijd?
- Welke laatste gouden tip of advies over overbruggingszorg wil je meegeven? *Aan (huisartsenzorg) professionals? Aan andere patiënten en / of naasten? Aan beleidsmakers? Aan onderzoekers?*
- Wat wil je nog kwijt over deze focusgroep, over de ggz-wachttijden of over overbruggingszorg?

Bijlage E Topiclist focusgroep POH's-GGZ en interviews huisartsen

Algemene vragen / voorstelronde

- Wat is je opleidingsachtergrond?
- Hoeveel jaar werkervaring als psychisch hulpverlener heb je?
- In welke regio ben je werkzaam?
- Wat is (in het kort) je eigen ervaring met (het bieden van) overbruggingszorg?
- Wat vind je ervan dat overbruggingszorg op dit moment regelmatig binnen de huisartsenpraktijk plaatsvindt?

Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk

- Wanneer zou er volgens jou overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk kunnen of mogen plaatsvinden? Kun je een voorbeeld geven? *Bijvoorbeeld: altijd, nooit, bij uitzondering, in een bepaalde vorm, onder bepaalde voorwaarden, bij een POH-GGZ of huisarts met de juiste vaardigheden of ervaring, met een concreet doel (namelijk...), voor bepaalde patiënten of hulpvragen, of anders.*
- In hoeverre speelt formele / juridische verantwoordelijkheid (aansprakelijkheid) mee in het standaard aanbieden van overbruggingszorg, en wat zijn hiervoor mogelijke oplossingen?
- In hoeverre speelt ervaren verantwoordelijkheid (zorg dragen voor de patiënt) mee in het standaard aanbieden van overbruggingszorg, en wat zijn hiervoor mogelijke oplossingen?

Presentatie van gevonden resultaten in het onderzoek

- Zijn de resultaten herkenbaar? Wat valt op?

Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk

- Op welke manier werk jij zelf als POH-GGZ op dit moment samen met andere domeinen rondom overbruggingszorg? Hoeveel uur per week heb je de tijd voor dit soort samenwerking?
- Wat zijn volgens jou goede voorbeelden van overbruggingszorg? Waarom zijn dit goede voorbeelden? In welke opzichten helpen deze voorbeelden patiënten? Voor welke patiënten zijn dit goede voorbeelden?
- Wat zijn volgens jou minder goede voorbeelden van overbruggingszorg? Waarom zijn dit minder goede voorbeelden? Voor welke patiënten zijn dit minder goede voorbeelden?
- Wat kan de huisartsenzorg zelf doen om vaker te verwijzen naar of beter samen te werken met 'goede' overbruggingszorg initiatieven?
- Wat heeft de huisartsenzorg van anderen nodig om vaker te verwijzen naar of beter samen te werken met 'goede' overbruggingszorg initiatieven? *Bijvoorbeeld van: lokale of landelijke beleidsmaker, beroepsverenigingen, ggz, sociaal domein, eHealth, zelfregie- en herstelinitiatieven, of anders.*

Communicatie rondom overbruggingszorg

- Hoe communiceer je als huisartsenpraktijk over overbruggingszorg mogelijkheden richting patiënten en naasten?
- Welke informatie deel je in ieder geval? Welke informatie is minder belangrijk?

- Is het beter het woord 'overbruggingszorg' te vermijden, of hiervoor een ander woord te gebruiken (zo ja, welk woord?)?
- Welke woorden gebruik je verder bij communicatie over overbruggingszorg? Welke woorden kun je beter vermijden?

Overig / afronding

- Welke laatste gouden tip of advies over overbruggingszorg wil je meegeven? *Aan andere (huisartsenzorg) professionals? Aan zorggebruikers en / of naasten? Aan beleidsmakers? Aan onderzoekers?*
- Heb je ideeën over hoe we de resultaten van dit onderzoek het best verder kunnen verspreiden?
- Wat wil je nog kwijt over deze focusgroep, over de ggz-wachttijden of over overbruggingszorg?

Bijlage F Topiclist focusgroep experts

Algemene vragen / voorstelronde

- Wat is je functie?
- In welke regio ben je werkzaam?
- Wat is (in het kort) je eigen ervaring met (het bieden van) overbruggingszorg?
- Wat vind je ervan dat overbruggingszorg op dit moment regelmatig binnen de huisartsenpraktijk plaatsvindt?

Overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk

- Stelling: overbruggingszorg hoort nooit binnen de huisartsenpraktijk plaats te vinden (schaal zeer eens – eens – beetje eens – neutraal – beetje oneens – oneens zeer oneens). Kun je je antwoord toelichten?
- Wanneer zou er volgens jou (wel) overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk kunnen of mogen plaatsvinden? Kun je een voorbeeld geven? *Bijvoorbeeld: nooit, bij uitzondering, in een bepaalde vorm, onder bepaalde voorwaarden, met een concreet doel (namelijk...), voor bepaalde patiënten of hulpvragen, of anders.*
- In hoeverre speelt formele / juridische verantwoordelijkheid (aansprakelijkheid) mee in het standaard aanbieden van overbruggingszorg, en wat zijn hiervoor mogelijke oplossingen?
- In hoeverre speelt ervaren verantwoordelijkheid (zorg dragen voor de patiënt) mee in het standaard aanbieden van overbruggingszorg, en wat zijn hiervoor mogelijke oplossingen?

Overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk

- Wat kan de huisartsenzorg zelf doen om vaker te verwijzen naar of beter samen te werken met 'goede' overbruggingszorg initiatieven?
- Wat heeft de huisartsenzorg van anderen nodig om vaker te verwijzen naar of beter samen te werken met 'goede' overbruggingszorg initiatieven? *Bijvoorbeeld van: lokale of landelijke beleidsmaker, beroepsverenigingen, ggz, sociaal domein, eHealth, zelfregie- en herstelinitiatieven, of anders.*
- Hoe verhoudt overbruggingszorg (binnen en buiten de huisartsenpraktijk) zich tot de huidige ontwikkelingen in de (organisatie van) zorg? *Denk aan: domeinoverstijgende samenwerking, mentale gezondheidsnetwerken, verkennende gesprekken, GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid), positieve gezondheid, of anders.*

Communicatie rondom overbruggingszorg

- Hoe communiceer je als huisartsenpraktijk over overbruggingszorg mogelijkheden richting patiënten en naasten?
- Welke informatie deel je in ieder geval? Welke informatie is minder belangrijk?
- Is het beter het woord 'overbruggingszorg' te vermijden, of hiervoor een ander woord te gebruiken (zo ja, welk woord)?
- Welke woorden gebruik je verder bij communicatie over overbruggingszorg? Welke woorden kun je beter vermijden?

Overig / afronding

- Welke laatste gouden tip of advies over overbruggingszorg wil je meegeven? *Aan andere (huisartsenzorg) professionals? Aan zorggebruikers en/of naasten? Aan beleidsmakers? Aan onderzoekers?*

- Heb je ideeën over hoe we de resultaten van dit onderzoek het best verder kunnen verspreiden?
- Wat wil je nog kwijt over deze focusgroep, over de ggz-wachttijden of over overbruggingszorg?

Bijlage G Prioriteiten Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde. Dit Kennisprogramma is gebaseerd op de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde (NHG, 2018).

Dit project sluit aan bij de volgende twee prioriteiten uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde (NHG, 2018):

- “Onderzoek naar samenwerking binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten, met als doelen onder meer: effectieve zorg, therapietrouw bevordering, patiëntveiligheid, zelfmanagementondersteuning, samenhangende zorg, goede gegevensuitwisseling” (ID192; thema’s Patientgeoriënteerd en Samenwerking);
- “Onderzoek naar de verandering van de rol van de huisarts. Er wordt meer van de huisarts gevraagd door meer diversiteit van de patiëntenpopulatie: bijvoorbeeld meer migranten met andere zorgvragen, patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en meer mensen met complexe zorgvragen” (ID116; thema Diversiteit).

Door te focussen op de ggz raakt het project bovendien aan de volgende twee prioriteiten:

- “Wat is de effectiviteit van de rol van de POH-GGZ bij psychische problematiek?” (ID720; thema ggz);
- “Wat hebben de huisartsen nodig om de groei van de eerstelijnszorg aan te kunnen?” (ID136; thema Samenwerking).