

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

Tessa Magnée, Jasper Nuijen, Christina van der Hoeven, Bart Knottnerus

De ggz-wachttijden hebben een forse negatieve impact op patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen. Ongeveer de helft van wachtende patiënten maakt gebruik van een vorm van ondersteuning tijdens de wachttijd. Wachttijd-ondersteuning vindt op dit moment vaak plaats *binnen* de huisartsenpraktijk. Er is echter ook een breed en divers aanbod beschikbaar aan initiatieven voor wachttijd-ondersteuning *buiten* de huisartsenpraktijk. Dit blijkt uit onderzoek met vragenlijsten en (groeps)interviews onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ.

Ondanks jarenlang beleid blijven de wachttijden voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) lang. Wij onderzochten zowel de impact van het wachten zelf op patiënten, naasten en zorgverleners in de huisartsenpraktijk als hun ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd. Ook maakten we een overzicht van bestaande initiatieven voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd, ook wel 'overbruggingszorg'¹ genoemd.

Aanpak van het onderzoek

Het eenjarige onderzoek werd uitgevoerd in 2024 en bestond uit: 1) een literatuur scan naar de impact van de ggz-wachttijden² en desk research naar initiatieven voor wachttijd-ondersteuning, 2) een online vragenlijstonderzoek onder 321 volwassen patiënten met wachttijd ervaring, 83 naasten, 127 praktijkondersteuners huisarts ggz (POH's-GGZ), 48 huisartsen en 9 overige professionals, en 3) groepsinterviews en individuele interviews met 7 experts uit huisartsenzorg, ggz en cliëntenorganisaties, 5 patiënten, 1 naaste, 6 POH's-GGZ en 2 huisartsen. Deze factsheet presenteert de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek en de aanbevelingen die daaruit voortvloeien³.

Leeswijzer

Box 1 (blz. 2) toont in het kort de kernbevindingen uit het onderzoek. Paragraaf 1 (blz. 3) beschrijft de impact van de ggz-wachttijden op patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen. Paragraaf 2

¹ 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)'. De term 'overbruggingszorg' staat overigens ter discussie (zie ook blz. 10).

² De resultaten van de literatuur scan zijn al eerder gepubliceerd (Schutjens et al., 2024).

³ De volledige resultaten en een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte methodes zijn terug te vinden in het eindrapport van dit onderzoek (Magnée et al., 2025). Het eindrapport is te downloaden via <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004721.pdf>

(blz. 7) beschrijft de ervaringen van patiënten, naasten, POH's-GGZ en huisartsen met ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd. Box 2 (blz. 11) toont een overzicht van bestaande initiatieven voor wachttijd-ondersteuning. Paragraaf 3 (blz. 12) presenteert de conclusies van het onderzoek. Tot slot volgen de aanbevelingen die voortvloeien uit het onderzoek voor beleidsmakers, POH's-GGZ en huisartsen, patiënten en naasten, initiatiefnemers of uitvoerders van wachttijd-initiatieven, ggz-professionals en onderzoekers (paragraaf 4; blz. 13).

Box 1. Kernbevindingen uit het onderzoek

Wat was vóór dit onderzoek al bekend?

- Ondanks jarenlang beleid blijven de **wachttijden** voor de ggz lang en staat de **toegankelijkheid** van de zorg voor mensen met psychische problemen onder druk.
- In oktober 2024 waren er ruim **100.000 wachtenden**⁴ (NZA, 2025) voor een intake of behandeling in de basis of gespecialiseerde ggz, waarbij ruim de helft (57%) langer moest wachten dan de vastgestelde maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm⁵).
- Aangenomen wordt dat de ggz-wachttijden niet alleen **impact** hebben op patiënten zelf, maar ook op naasten en professionals in de huisartsenpraktijk (en andere domeinen). De precieze aard en omvang van de impact was nog niet bekend.
- Wachtenden maken in de tussentijd soms gebruik van alternatieve vormen van ondersteuning. Wat deze '**overbruggingszorg**' precies inhoudt, hoe betrokkenen er tegenaan kijken en wat de ervaringen zijn van patiënten en zorgverleners, was nog niet systematisch onderzocht.
- Actueel beleid richt zich onder andere op het versterken van de **samenwerking** tussen huisartsenpraktijk, ggz en sociaal domein aan de 'voorkant' van de ggz, zodat er meer vanuit een **brede kijk** wordt gekeken naar (oplossingen voor) psychische problematiek. Mogelijk bieden initiatieven ontwikkeld als wachttijd-ondersteuning hierin aanknopingspunten.

Wat is nieuw?

- De ggz-wachttijden hebben een **forse negatieve impact** op zowel patiënten (bijvoorbeeld toenemende psychische klachten) en naasten (bijvoorbeeld negatieve emotionele gevolgen), als op POH's-GGZ en huisartsen (bijvoorbeeld een hogere werkdruk en een minder toegankelijk spreekuur).
- Bijna de helft van de wachtende patiënten maakt gebruik van **een vorm van ondersteuning** tijdens de wachttijd. Wachttijd-ondersteuning vindt op dit moment vaak plaats *binnen* de **huisartsenpraktijk**. Hier hebben patiënten wisselende ervaringen mee. Zij zijn wel blij met de laagdrempelige emotionele steun, maar ervaren ook een gebrek aan kennis of expertise.
- Naasten ontvangen tijdens de wachttijd **weinig ondersteuning**, terwijl een deel van hen wel behoefte heeft aan advies of emotionele steun.

⁴ 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.

⁵ 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.

- Het is zowel voor patiënten als voor huisartsenzorg professionals een uitdaging om een up-to-date en compleet **overzicht** te verkrijgen van alle mogelijkheden tot ondersteuning bij psychische problemen, ook tijdens een eventuele wachttijd.
- Er blijkt een **breed en divers aanbod beschikbaar aan initiatieven**⁶ voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd *buiten* de huisartsenpraktijk. Soms gaat het om aanbod dat specifiek ontwikkeld is naar aanleiding van de wachttijden, soms betreft het ‘regulier’ aanbod dat ter overbrugging wordt ingezet. Doel is meestal de situatie van wachtenden te stabiliseren of (alvast) te werken aan herstel.
- Patiënten en huisartsenpraktijken zien **potentie** in deze initiatieven en vinden ze passen bij een nieuwe, bredere kijk op (oplossingen voor) ggz-problematiek. Desondanks wijzen POH’s-GGZ en huisartsen patiënten weinig op dit aanbod. Dit zit deels in **te weinig bekendheid** daarmee, maar ook in het ontbreken van **vertrouwen** in de kwaliteit, bijvoorbeeld door het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing.
- Patiënten en huisartsenzorg professionals maken zich verder zorgen over de geschiktheid van het aanbod voor overbruggingszorg voor **patiënten met complexe⁷ (al dan niet meervoudige) problematiek**. Deze patiënten zijn daarmee tijdens de wachttijd mogelijk extra kwetsbaar, omdat zij ook al de langste wachttijden lijken te hebben en vermoedelijk de grootste impact van de wachttijd ervaren.
- Voor sommige vormen van ondersteuning die momenteel worden ingezet als overbruggingszorg zijn ook **barrières** voor patiënten qua toegankelijkheid, bijvoorbeeld in de vorm van kosten of omdat patiënten niet mogen deelnemen wanneer er sprake is van crisisgevoeligheid. Ander aanbod is alleen toegankelijk via een werkgever of bij een deel van de ggz-instellingen, vereist digitale vaardigheden of heeft eigen wachttijden.

1 Wat is de impact van de ggz-wachttijden op patiënten, naasten en huisartsenpraktijken?

Veel negatieve gevolgen van ggz-wachttijden voor patiënten

De wachttijd had op de meeste patiënten die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek⁸ een grote negatieve impact (zie Figuur 1), waaronder negatieve emotionele gevolgen⁹ (94%), het belanden in een ‘wachstand’ in hun leven (87%), onzekerheid over zichzelf (86%), te weinig controle of regie (85%) en verergering van hun psychische klachten (83%). 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 patiënten en 53%

⁶ Het complete overzicht van wachttijd-ondersteuning initiatieven is te vinden in Bijlage C in het eindrapport van dit onderzoek (Magnée et al., 2025). Het eindrapport is te downloaden via <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004721.pdf>

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.

⁸ Vooral vrouwelijke patiënten met veel ggz-ervaring namen deel aan het vragenlijstonderzoek. Mogelijk is er sprake geweest van selectie bias. Zie voor de mogelijke impact hiervan op de resultaten de informatie bij ‘Het onderzoek’ aan het einde van deze factsheet en paragraaf 7.3 in het eindrapport van dit onderzoek (Magnée et al., 2025).

⁹ Zoals angst, moedeloosheid, wanhoop, zorgen of frustratie.

raakte in crisis. De meerderheid van de patiënten (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 (32%) van de patiënten aan tijdens het wachten in aanraking te zijn gekomen met andere, waardevolle vormen van ondersteuning (zie ook paragraaf 2).

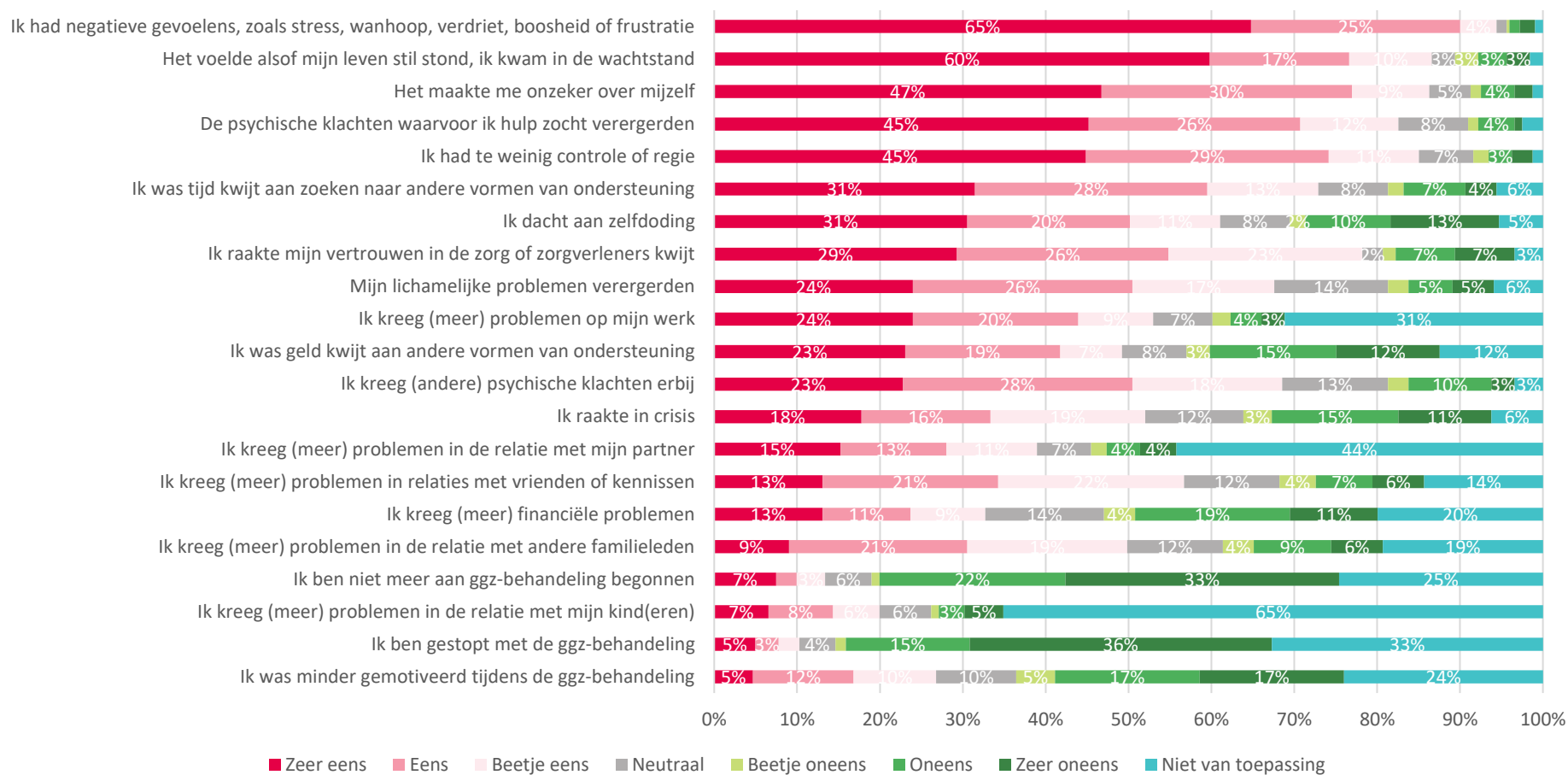
Ook naasten onder druk door de ggz-wachttijden

De impact van de wachttijd op naasten die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek bestond ook het vaakst (77%) uit negatieve emotionele gevolgen, zoals frustratie of wanhoop, en soms uit impact op hun relatie, gezin, werk of financiële situatie (22%) of op hun eigen mentale gezondheid (14%), bijvoorbeeld in de vorm van overbelasting of slaapproblemen. Verder 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%).

Wachttijden verminderen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en verhogen de werkdruk in de huisartsenpraktijk

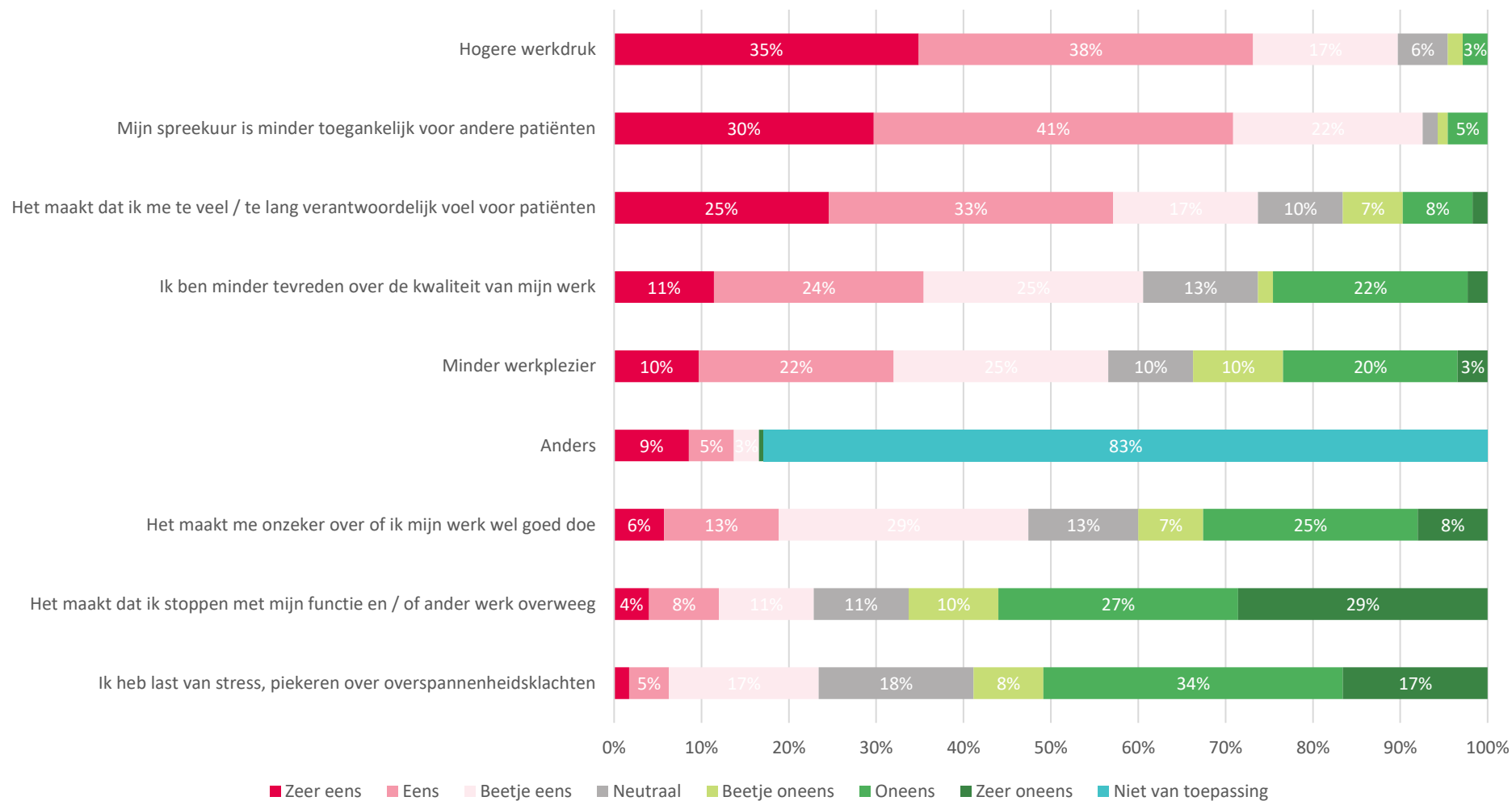
Voor de POH's-GGZ en huisartsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek bestond de impact van de ggz-wachttijden en overbruggingszorg vooral uit een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten (93%), een hogere werkdruk (90%) en het ervaren van een (te) groot verantwoordelijkheidsgevoel (75%). 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 overwogen hierdoor 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 een enorme opluchting zijn en bijdragen aan hun werkplezier. Wel zouden sommige POH's-GGZ dit ook jammer vinden qua uitdaging en afwisseling in het werk.

Figuur 1 Negatieve impact van de ggz-wachttijden op patiënten (n=321)



Noot bij Figuur 1: vanwege de leesbaarheid van de figuren zijn percentages van 2% of lager in deze en andere figuren in deze factsheet 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 2 Negatieve impact van overbruggingszorg op huisartsenzorg professionals (n=175)



2 Welke ervaringen hebben patiënten, naasten en huisartsenpraktijken met overbruggingszorg?

Patiënten hebben wisselende ervaringen met 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% 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 waren patiënten vooral over een specifieke zorgverlener, die kon 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 waren 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 het groepsinterview hadden ook 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) reactief¹⁰ en ervoeren soms een gebrek aan ggz-expertise, maar zagen ook een hoge werkdruk in de huisartsenpraktijk en hadden daar begrip voor.

Patiënten hebben behoefte aan emotionele steun en hulp bij navigeren door de zorg

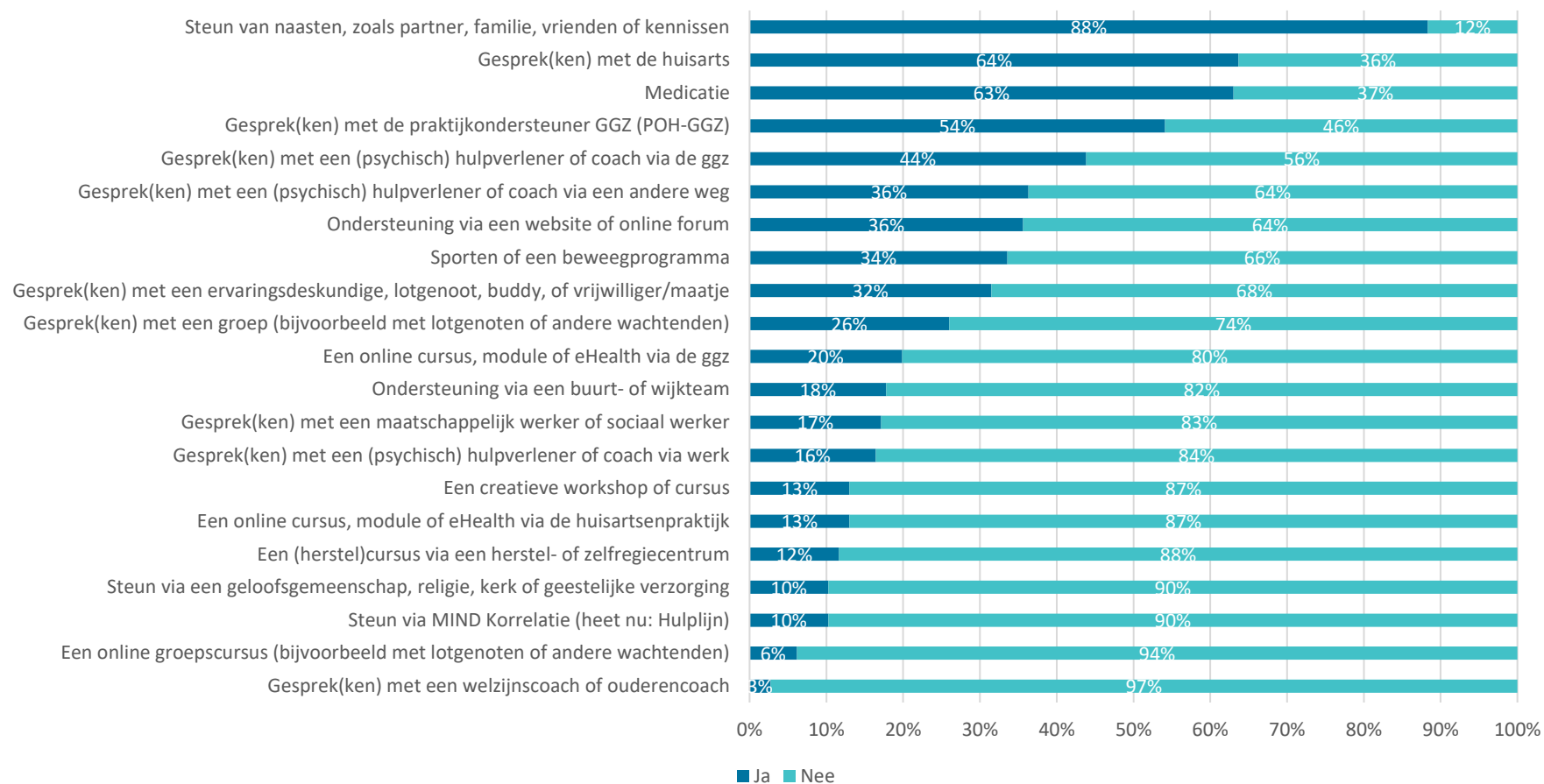
Patiënten hebben tijdens de wachttijd of overbruggingsperiode vooral behoefte aan ondersteuning bij het ‘navigeren’ door de ggz en ook in het wegwijs worden in het grote en onoverzichtelijke aanbod aan overbruggingszorg initiatieven, zo bleek uit het groepsinterview. Zij willen graag een proactieve informatievoorziening over de duur van wachttijden en beschikbare behandelingen en vergoedingen. Ook hebben zij behoefte aan praktische hulp en emotionele steun. Patiënten en naasten denken dat andere, minder zelfredzame patiënten nog meer baat zouden hebben bij ondersteuning bij het navigeren door de ggz en ander ondersteuningsaanbod.

Behoeften van naasten tijdens wachttijd worden niet altijd gezien

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 ander ondersteuningsaanbod 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 één of meerdere gesprekken met de huisarts, POH-GGZ of een ggz-professional. Naasten waren meestal (66%) tevreden over deze ondersteuning.

¹⁰ 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.

Figuur 3 Gebruikte vormen van overbruggingszorg onder patiënten (n=146)



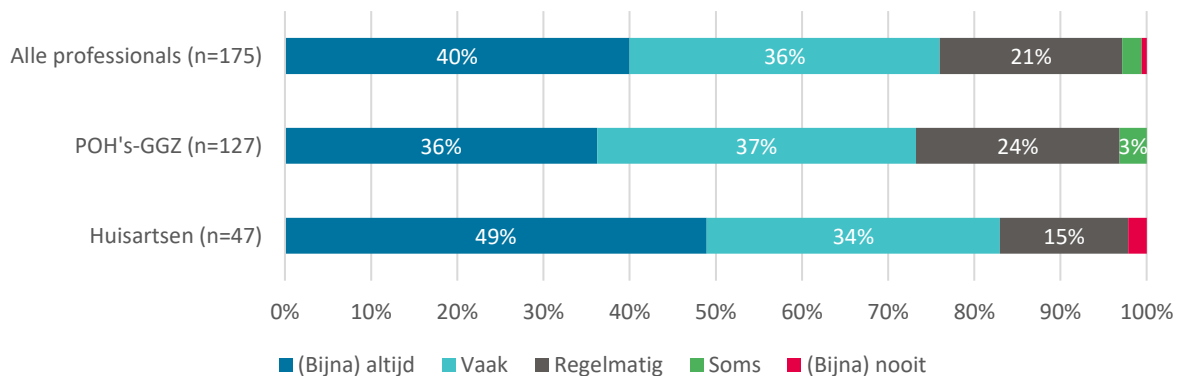
Noot bij Figuur 3: officieel valt steun van naasten niet onder de door ons gebruikte definitie van overbruggingszorg. Desondanks hebben wij deze vorm van ondersteuning toch uitgevraagd, ook om inzicht te krijgen in de mogelijke belasting van naasten. Omgerekend naar alle patiënten die deelnamen aan het 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.

Overbruggingszorg wordt vaak door huisartsenpraktijk geboden, soms tegen wil en dank

Overbruggingszorg werd bij de POH's-GGZ en huisartsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek meestal (21%), vaak (40%) of (bijna) altijd (36%) aangeboden binnen de huisartsenpraktijk (zie Figuur 4). Er werd soms (36%) of (bijna) nooit (47%) verwezen naar overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk (zie Figuur 5). In de afweging van POH's-GGZ en huisartsen om al dan niet overbruggingszorg te bieden speelden verschillende factoren een rol, waaronder de wens of behoefte van de patiënt, de ernst van de problematiek en de duur van de wachttijd.

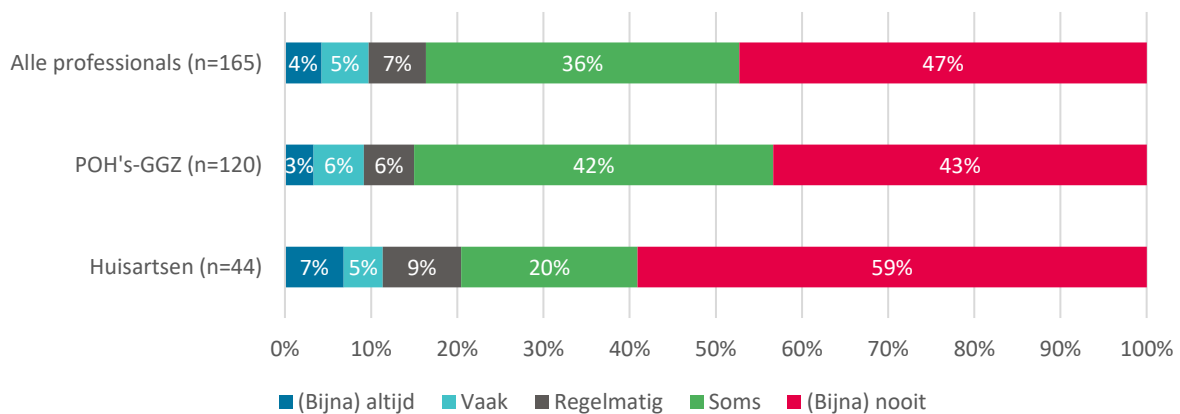
Overbruggingszorg werd eerder aangeboden als er een hoge lijdensdruk is of bij ernstige, complexe, acute of crisisgevoelige problematiek en bij een langere wachttijd. Sommige professionals (7%) gaven expliciet aan overbruggingszorg tegen wil en dank te leveren en voelen zich ertoe verplicht, maar zouden 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 bestond 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%)¹¹. Het doel van de overbruggingszorg was 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 gaf aan dat er voor hun praktijk regionale (samenwerkings)afspraken zijn rondom het organiseren van overbruggingszorg. Bij 45% waren er geen afspraken en 39% weet dit niet.

Figuur 4 Hoe vaak wordt overbruggingszorg binnen de huisartsenpraktijk geleverd



¹¹ 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 5 Hoe vaak wordt er verwezen naar overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk



De POH's-GGZ die deelnamen aan het groepsinterview 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 was. Experts in het groepsinterview waren genuanceerd in hun mening over overbruggingszorg in de huisartsenpraktijk: 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.

Knelpunten en oplossingen rondom overbruggingszorg volgens POH's-GGZ en huisartsen

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 huisartsen en POH's-GGZ 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 worden ook het vaakst (80%) genoemd als groep die het meeste risico loopt 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.

De term 'overbruggingszorg'

De term 'overbruggingszorg' werd door de patiënten, naasten, POH's-GGZ, huisartsen en experts die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek of een (groeps)interview veelvuldig bekritiseerd. Dit was bijvoorbeeld omdat het woord de verkeerde verwachtingen wekt bij patiënten (die daardoor in een passieve 'wachtstand' komen), het niet altijd om (goede) zorg gaat, en omdat er binnen de huidige ontwikkelingen in de zorg juist getracht wordt de ggz minder vaak als het ultieme 'eindstation' te

beschouwen. Het kan ook gaan om initiatieven die een gelijkwaardig alternatief voor ggz-behandeling zijn (en waarvoor de term 'overbruggingszorg' minder passend is).

Box 2. Wat is het huidige aanbod¹² aan initiatieven voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd?

Aan de hand van een aantal inclusiecriteria werden 51 unieke overbruggingszorg initiatieven geïdentificeerd¹³. Een derde van de 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 blijken te worden gebruikt of ingezet als overbruggingszorg.

Breed en divers aanbod

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 kantoor tijd, bijvoorbeeld 113 Zelfmoordpreventie, 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
- 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

Stabiliseren of alvast werken aan herstel

Een deel van de initiatieven richt zich specifiek op patiënten op een ggz-wachttijd. Andere initiatieven zijn bestemd voor een algemene doelgroep patiënten met psychische problemen, maar kunnen ook worden gebruikt door wachtenden. Het doel van de initiatieven voor wachtenden is meestal: de situatie stabiliseren, achteruitgang tijdens het wachten voorkomen, suïcide voorkomen, voorbereiden op ggz behandeling, (alvast) werken aan herstel, de wachttijd

¹²Doel was om een eerste inventarisatie te maken van bestaande overbruggingszorg initiatieven, en een beeld te krijgen van de variatie die in dit aanbod bestaat. Vanwege de beperkte duur en omvang van het project was het niet de doelstelling om een compleet, uitputtend overzicht te maken van alle initiatieven.

¹³ Het eindrapport van dit onderzoek (Magnée et al. 2025) bevat een bijlage met een beschrijving van alle initiatieven (met onder andere doel, doelgroep, werkwijze, setting, betrokken professionals, toegankelijkheid en bronnen). Ook worden in het eindrapport de wijze van selectie van de initiatieven en de inclusiecriteria toegelicht. Het eindrapport is te downloaden via <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004721.pdf>

overbruggen of benutten, informeren, emotionele steun bieden, (h)erkenning bieden of ervaringen uitwisselen.

Toegankelijkheid: soms barrières

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 crisisgevoeligheid¹⁴), geld kosten (bij ongecontracteerde of onvergoede therapie), alleen via een werkgever of een bepaalde ggz-instelling toegankelijk zijn, digitale vaardigheden vereisen of hun eigen wachttijden hebben.

Potentiële meerwaarde, maar onbekendheid onder huisartsenzorg professionals

Zowel de patiënten, POH's-GGZ, huisartsen als experts die deelnamen aan een (groeps)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 of bijvoorbeeld crisisgevoeligheid. 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 de ggz-behandeling of daarna.

3 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)

¹⁴ Bij crisis zijn de klachten dusdanig ernstig dat zij het dagelijks leven (volledig) verstoren. Zie bijvoorbeeld: www.thuisarts.nl/psychische-klachten/ik-heb-acute-psychische-crisis#:~:text=Tijdens%20een%20psychische%20crisis%20zijn,U%20voelt%20zich%20heel%20angstig.

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 demedicaliseren¹⁵ 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 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 ervan 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 schuilgaat. 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

¹⁵ Demedicaliseren betekent dat (psychische) gezondheidsproblemen niet onnodig vanuit een medische invalshoek worden benaderd.

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, in de 'wachtstand' te komen of het vertrouwen in de zorg te verliezen. Erken dit en toon hier begrip voor en doe tegelijkertijd aan verwachtingsmanagement; 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 is¹⁶, 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 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).

¹⁶ Deze aanbeveling geldt ook voor professionals in de ggz en in andere domeinen.

- 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 uit 2016 en dus 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. Beterere samenwerking 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 Atlas¹⁷ 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 gesprek¹⁸ 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.

Aanbevelingen voor patiënten en naasten

- Vraag bij een wachttijd langer dan 14 weken bij de zorgverzekeraar om zorgbemiddeling¹⁹. 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

¹⁷ wijzijnmind.nl/mind-atlas

¹⁸ 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.

¹⁹ Zie ook: lvvp.info/nieuwsbrief/wachttijd-te-lang-patient-mag-zonder-extra-kosten-ook-naar-ongecontracteerde-zorgaanbieder/

cliëntondersteuner of een zorgverlener. Je kunt ook door de huisarts worden verwezen naar een verkennend gesprek²⁰ en via die weg een overzicht krijgen van ondersteuningsmogelijkheden.

- Zoek als naaste indien gewenst zelf ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd, bijvoorbeeld via websites²¹ 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.
- 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'²².
- 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

²⁰ Zie voor meer informatie bijvoorbeeld: mindplatform.nl/nieuws/verkennd-gesprek-in-basispakket

²¹ Bijvoorbeeld www.naasteninkracht.nl of www.naastentraining.nl

²² Zie ook: www.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.

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. Andere regio’s zijn bezig met het implementeren en doorontwikkelen van (deels) andere aanpakken, zoals een Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM²³). Meer onderzoek is nodig naar hoe binnen deze ontwikkelingen wordt omgegaan met ondersteuning tijdens ggz-wachttijden, en in hoeverre huisartsenzorg professionals, en bovenal patiënten en hun naasten, hier positieve effecten van ondervinden, zowel op de korte als op de langere termijn.

²³ <https://www.psychosenet.nl/gem/wat-is-gem/>

Het onderzoek

Dit eenjarige onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde. Het onderzoek werd uitgevoerd in 2024 en bestond uit: 1) een literatuur scan (Schutjens et al., 2024) en desk research naar initiatieven voor wachttijd-ondersteuning 2) een online vragenlijstonderzoek onder 321 volwassen patiënten met wachttijd ervaring, 83 naasten van patiënten met wachttijd ervaring, 127 POH's-GGZ, 48 huisartsen en 9 overige professionals, en 3) groepsinterviews en individuele interviews met 7 experts uit huisartsenzorg, ggz en cliëntenorganisaties, 5 patiënten, 1 naaste, 6 POH's-GGZ en 2 huisartsen.

Sterke en zwakke punten onderzoek

De belangrijkste sterke punten van dit onderzoek zijn dat het perspectief van zowel patiënten en naasten als van huisartsenzorg professionals is meegenomen, en dat verschillende, elkaar aanvullende, methodieken zijn gecombineerd. De ervaringen van een groep patiënten met ernstige psychische problematiek die wachtten op gespecialiseerde ggz zijn in kaart gebracht. Zij vormen een belangrijke doelgroep, omdat zij juist te maken lijken te hebben met de langste wachttijden voor de ggz, vermoedelijk het meeste impact ervaren van de wachttijden en voor (extra) druk zorgen op de huisartsenpraktijk. Ook is een eerste overzicht gemaakt van vormen van overbruggingszorg die in de dagelijkse praktijk worden ingezet, waar eerder nog geen zicht op was. De belangrijkste kanttekening bij het onderzoek is dat er mogelijk sprake is geweest van selectie bias, met name onder patiënten. Vooral vrouwelijke en hoger-opgeleide patiënten namen deel aan het onderzoek. Mogelijk zijn de ervaringen van andere patiënten (nog) negatiever, bijvoorbeeld doordat zij minder zelfredzaam zijn of een kleiner sociaal netwerk hebben, of ieder geval anders. Het is ook mogelijk dat vooral personen met veel negatieve ervaringen met de ggz-wachttijden geneigd waren om deel te nemen aan het onderzoek, al is het thema ggz-wachttijden iets wat zowel bij patiënten- als beroepsverenigingen al langere tijd hoog op de agenda staat en dus als een breed ervaren probleem kan worden gezien.

Meer weten

Het Nivel levert de 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. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: 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.

Literatuur

Akwa GGZ. Generieke Module Samenwerkingsafspraken (volwassenen). Utrecht: Akwa GGZ, 2016.

Akwa GGZ. Rapport. Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ – Overbruggingszorg. Utrecht: Akwa GGZ, 2024.

Coalitie Leefstijl in de zorg. Teachable moment ggz-wachtlijsten. Een handreiking met praktische adviezen en voorbeelden om leefstijlverandering te stimuleren rondom de wachtlijsten voor de ggz waarmee je patiënten en naasten kunt informeren en motiveren. Utrecht: Coalitie Leefstijl in de zorg, 2025.

Magnée, T., Nuijen, J., Hoeven, C. van der, Knottnerus, B. 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. Utrecht: Nivel, 2025.

MIND. Samenwerken als huisarts en zelfregie-/herstelinitiatief: hoe doe je dat? Een handreiking. Amersfoort: MIND, 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)

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.

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.