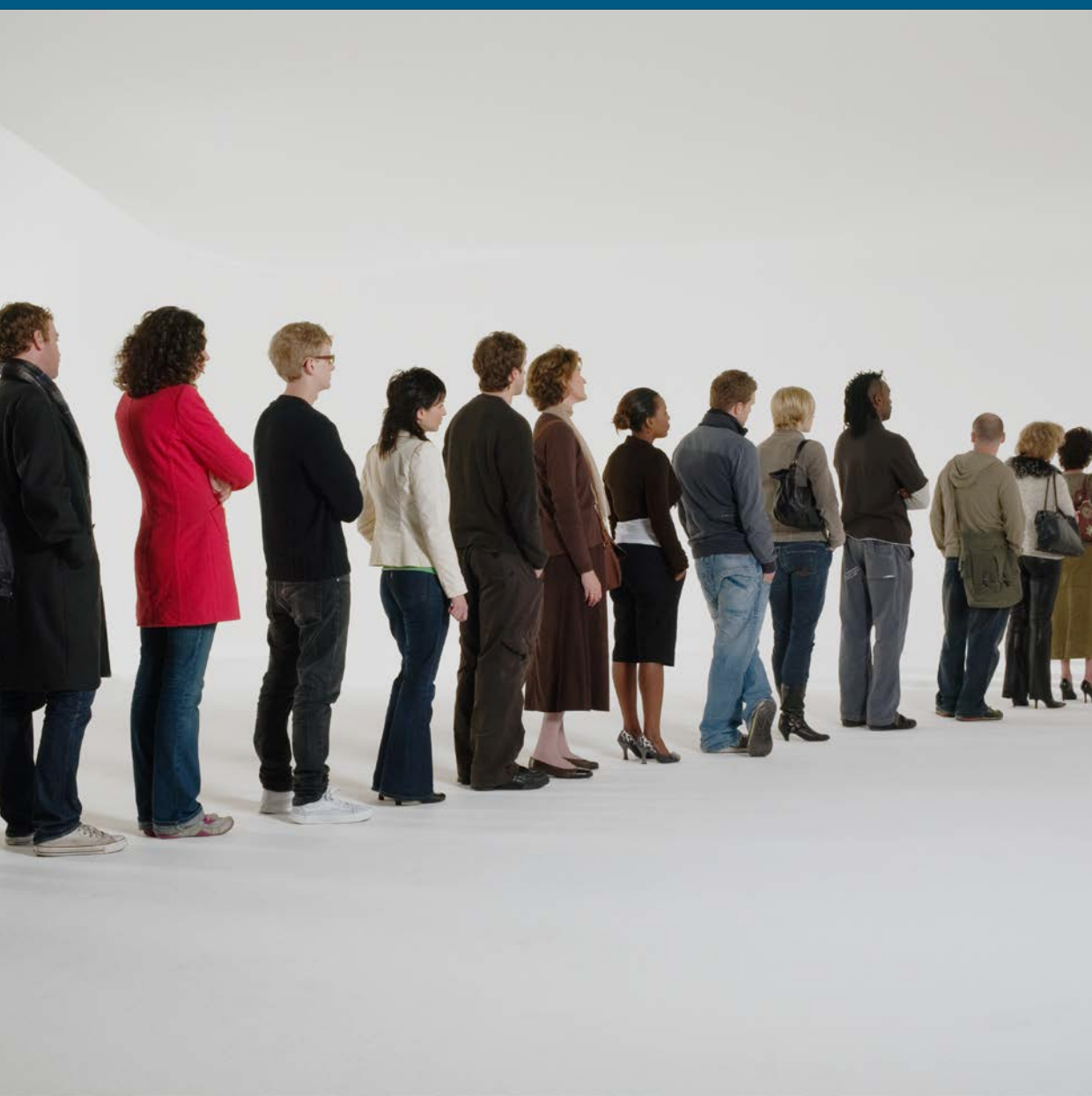


In de wachtstand

Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ





In de wachtstand

Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ

Colofon

Auteurs

Veerle Schutjens, Trimbos-instituut
Jasper Nuijen, Trimbos-instituut
Tessa Magnée, onderzoeksinstituut Nivel

Met dank aan

Hans Kroon, Trimbos-instituut
Bart Knottnerus, onderzoeksinstituut Nivel
Christina van der Hoeven, MIND

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut
Tessa Magnée, onderzoeksinstituut Nivel

Financier

ZonMw, Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde, projectnummer: 10060012210007

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages

Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl
Artikelnummer: AF2172

©2024, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

Samenvatting	7
1 Aanleiding en doel	9
2 Methode	13
3 Resultaten	15
3.1 Impact van ggz-wachttijden op patiënten	15
3.1.1 Mogelijke gevolgen tijdens het wachten	15
3.1.2 Mogelijke gevolgen nadat de ggz-behandeling is gestart	18
3.1.3 Patiëntgroepen met verhoudingsgewijs lange wachttijden	19
3.2 Impact van de wachttijden op naasten	20
3.3 Impact van de ggz-wachttijden op de huisartsenzorg	20
3.3.1 Impact van de wachttijden op huisartsen	20
3.3.2 Impact van de wachttijden op POH's-GGZ	21
4 Beschouwing	23
4.1 Resultaten samengevat	23
4.2 Sterke en zwakke punten	24
4.3 Conclusies, implicaties en vervolg	24
Referenties	27
Bijlage 1	33





Hoewel de wachttijdenproblematiek in de ggz sinds 2017 nadrukkelijk op de beleidsagenda staat, blijkt het terugdringen van de wachttijden een uitdaging te zijn. Dit heeft er mee te maken dat de wachttijden in stand worden gehouden door een complex samenspel van problemen en factoren in de samenleving en in de financiering en organisatie van zorg en ondersteuning, zowel binnen als buiten de ggz. Om de impact van de wachttijden voor patiënten, hun naasten, en op huisartsen en praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz (POH's-GGZ) in kaart te brengen, is voor dit rapport (inter)nationale literatuur uit de afgelopen tien jaar geraadpleegd. In totaal zijn 19 wetenschappelijke artikelen en 21 (beleids)rapporten en andersoortige publicaties meegenomen in de literatuurinventarisatie.

De literatuur belicht verschillende gevolgen van de wachttijden voor patiënten. Zo blijken de meeste wachtenden een verergering van hun klachten te ervaren tijdens het wachten. Daarnaast zien zij door de wachttijden vaker af van behandeling. De wachttijd blijkt ook na de start van de behandeling in de ggz 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, 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 wachttijden in de ggz. Zij zijn namelijk genoodzaakt om zorg te verlenen aan patiënten met complexe(re) of ernstige(re) psychische problemen ter overbrugging van de wachttijd, hoewel dit niet binnen hun takenpakket en expertisegebied valt. Daarnaast bemoeilijken de ggz wachttijden en de verlening van overbruggingszorg het voor huisartsen en POH's-GGZ om hun rol als poortwachter van de ggz goed te vervullen¹. Tevens lopen de wachttijden voor de POH-GGZ zelf op.

De brede impact van de ggz wachttijden op patiënten, naasten en zorgverleners benadrukt allereerst het belang van het adequaat aanpakken van de wachtlijstproblematiek. Dit hardnekkige en complexe probleem zal niet worden opgelost door slechts te focussen op de wachttijden zelf, maar vraagt om meervoudige actie. Ondanks de inspanningen in verschillende regio's is het niet realistisch om op korte termijn een substantiële afname van de lange wachttijden te verwachten. Daarom benadrukt deze literatuurinventarisatie het belang van het bieden van adequate overbruggingszorg om zo de negatieve impact van wachten op patiënten en naasten zoveel mogelijk te beperken of te voorkomen. Daarnaast dient overbruggingszorg zodanig te worden georganiseerd dat huisartsen en POH's-GGZ worden ontlast. Als vervolg op deze literatuurinventarisatie zal daarom een brede veldinventarisatie worden gedaan onder patiënten, naasten, huisartsen, POH's-GGZ en andere betrokkenen en een overzicht worden gecreëerd van veelbelovende initiatieven voor overbruggingszorg in Nederland².

1 Waarbij verwijzingen van de POH-GGZ worden afgestemd met, en formeel verlopen via de huisarts.

2 Waarbij het ook kan gaan om initiatieven die een volwaardig alternatief voor ggz-zorg zijn (en waarvoor de term 'overbruggingszorg' minder passend is).



1 Aanleiding en doel



De afgelopen jaren zijn de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toegenomen. Volgens de meest recente cijfers waren er in december 2023 in Nederland 97.450 wachtplekken³, waarbij het in ruim de helft van de gevallen (56,8%) ging om een wachttijd langer dan de vastgestelde maximaal aanvaardbare treeknorm van veertien weken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024). De wachttijdenproblematiek in de ggz staat sinds 2017 nadrukkelijk op de beleidsagenda, maar is hardnekkig gebleken. Diverse analyses wijzen erop dat de wachttijden in de ggz in stand worden gehouden door een complex samenspel van problemen en factoren in de samenleving en in de financiering en organisatie van zorg en ondersteuning, zowel binnen als buiten de ggz (o.a. Algemene Rekenkamer, 2020; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023). In het kader op pp. 10-11 wordt ingegaan op een aantal van de genoemde oorzaken.

De complexiteit van de wachttijdenproblematiek vraagt om meervoudige actie. Zo benoemt het Trimbos-instituut zes oplossingsrichtingen ('bouwstenen'), lopend van meer aandacht voor promotie en preventie, laagdrempelige hulp en zelfhulpinitiatieven, via triage en domein-overstijgende samenwerking tot aan betere ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Trimbos-instituut, 2023). In veel regio's wordt al langere tijd door betrokken partijen gewerkt aan aanpakken van de wachttijden en het toegankelijker maken van de ggz in de regio (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd & Nederlandse Zorgautoriteit, 2023; Landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid & Wachttijden ggz, 2024). Deze initiatieven worden momenteel versterkt en verbreed door uitvoering te geven aan de afspraken die zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Tegen deze achtergrond richt deze literatuurinventarisatie zich op het in kaart brengen van de (mogelijke) gevolgen van de wachttijden in de ggz. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de impact voor de patiënt⁴ en diens naasten, maar ook naar de impact voor de huisarts en de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ). De huisarts fungeert, ondersteund door de POH-GGZ, als poortwachter voor de ggz. Zij hebben te maken met verwezen patiënten die moeten wachten op ggz en waarvan een deel in de tussentijd behoefte zal hebben aan zorg of ondersteuning, ook wel overbruggingszorg genoemd.

De literatuurinventarisatie dient als opmaat voor een breder onderzoek⁵, waarin de ervaringen

3 De NZa spreekt van aantal wachtplekken in plaats van aantal wachtenden omdat iemand bij meerdere zorgaanbieders tegelijk op een wachtlijst kan staan en daardoor dubbel kan worden meegeteld. Uit een panelonderzoek uitgevoerd in 2022 kwam naar voren dat circa 1 op de 5 wachtenden met dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten stond.

4 In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In de huisartsenzorg is de term patiënt gebruikelijk. In deze publicatie is daarom voor de benaming patiënt gekozen.

5 <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/towards-more-appropriate-care-patients-waiting-list-mental-health-care-study-good-practices>

met overbruggingszorg van patiënten en naasten en van huisartsen en POH's-GGZ in kaart zullen worden gebracht. Ook zal in dit bredere vervolgonderzoek een overzicht worden gemaakt van bestaande veelbelovende initiatieven op het gebied van overbruggingszorg. Op deze manier poogt dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het reduceren van de nadelige effecten van de ggz wachttijden op patiënten, naasten en zorgverleners in de huisartsenzorg.

Waarom zijn er (lange) wachttijden in de ggz? Een greep uit genoemde factoren

Een belangrijke factor is dat een groeiende groep mensen te maken heeft met psychische problemen. Uit de landelijk representatieve NEMESIS-studies van het Trimbos-Instituut blijkt het jaarlijks vóórkomen van psychische aandoeningen bij volwassen Nederlanders (18-64 jaar) te zijn gestegen van 17,4% (2007-2009) naar 26,1% (2019-2022) (ten Have et al., 2023)⁶. In absolute aantallen hebben volgens de meest recente NEMESIS-3 studie uit 2019-2022 bijna 3,3 miljoen volwassenen (18-75 jaar) in het afgelopen jaar een psychische aandoening gehad. Niet alleen de prevalentie van psychische aandoeningen steeg, ook het zorggebruik nam onevenredig toe. Zo steeg het percentage volwassenen dat in het afgelopen jaar gebruik maakte van ggz-zorg van 6,2% in 2007-2009 naar 10,0% in 2019-2022 (ten Have et al., 2023). Ook het gebruik van algemene gezondheidszorg⁷ vanwege psychische problemen nam in dezelfde periode toe: van 9,0% naar 15,0% (ten Have et al., 2023). Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen bevestigen dat in de afgelopen jaren steeds meer mensen de huisartsenpraktijk bezoeken vanwege psychische problemen. Zo nam het aantal consulten bij de POH-GGZ tussen 2019 en 2022 met 12% toe naar 169 consulten per 1.000 ingeschreven patiënten (Nivel, 2023).

Tegelijkertijd groeide het ggz-budget minder sterk in verhouding tot de toename van de prevalentie van psychische aandoeningen en de hiermee samenhangende stijgende zorgvraag. Tussen 2012 en 2017 was er zelfs een daling in het budget⁸ te zien die gepaard ging met een krimp van de personeelsformatie (Trimbos-instituut, 2023). Naar verwachting zal het personeelstekort bij ongewijzigd beleid in de toekomst verder stijgen (Stichting FWG, 2023). Ten opzichte van 2022 zal het personeelstekort in 2032 naar verwachting meer dan verdubbeld zijn van 4.200 naar 9.300 medewerkers (Stichting FWG, 2023). Aldus kan worden gesteld dat de groeiende zorgvraag in combinatie met de beperkte capaciteit eraan heeft bijgedragen dat de toegankelijkheid van de ggz steeds meer onder druk is komen te staan.

6 De 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS) is niet opgezet om verklaringen te geven voor de stijging in het vóórkomen van psychische aandoeningen in de volwassen bevolking. Het is dus niet zeker wat de oorzaken zijn van de stijgende prevalentie tussen 2007-2009 en 2019-2022. Diverse mogelijke factoren kunnen een rol spelen, zoals voortschrijdende individualisering, het in toenemende mate ervaren van prestatiedruk, het verminderen van stigma rond psychische klachten, een complexer wordende samenleving, toenemende zorgen over de toekomst en toenemende financiële onzekerheid. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor een invloed van de coronapandemie. Zo geven verdiepende analyses aan dat de stijgende prevalentie van psychische aandoeningen al ruim voor de start van NEMESIS-3 (november 2019) lijkt te zijn ingezet.

7 Huisartsenzorg (inclusief praktijkondersteuner GGZ of GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk) en overige zorg, namelijk bedrijfsarts of ARBO-arts, maatschappelijk werker, instelling voor thuiszorg of wijkverpleging, fysiotherapeut of haptonoom, medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de algemene gezondheidszorg.

8 Uitgaande van reële kosten, dus na correctie voor inflatie.

Daarnaast worden door verschillende partijen diverse andere mogelijke factoren naar voren gebracht die bijdragen aan de instandhouding van de wachttijden in de ggz (Algemene Rekenkamer, 2020; MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023). Omdat het te ver voert om hier alle factoren uitputtend te behandelen, benoemen we enkele ter illustratie. Zo kunnen de budgetplafonds waarmee zorgverzekeraars werken ertoe leiden dat zorgaanbieders een aanmeldstop voor nieuwe patiënten hanteren wanneer een plafond wordt bereikt gedurende het jaar (Algemene Rekenkamer, 2020). Dit zorgt er niet alleen voor dat de patiënt minder keuzevrijheid heeft, maar is met name problematisch wanneer er geen volwaardig, dichtbijgelegen alternatief gevonden kan worden (Bureau Lenz, 2023; MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018).

Een voorbeeld van een andere factor die wordt benoemd is het stijgende aantal zelfstandige professionals (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023). Doordat steeds meer behandelaren voor zichzelf beginnen, is er minder personeel beschikbaar in grotere ggz-instellingen, wat kan bijdragen aan het oplopen van de wachttijden. Tevens kunnen kleinere, zelfstandige instellingen exclusiecriteria voor zwaardere problematiek hanteren, waardoor de werkdruk in grote ggz-instellingen toeneemt vanwege gebrek aan personeel voor crisisdiensten en onregelmatige diensten (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023). Weer een ander voorbeeld van een factor die wordt aangehaald, is dat naasten te weinig worden betrokken in het herstelproces vanwege onder andere tijdgebrek en capaciteitsproblemen, terwijl dit de druk op de zorg mogelijk zou kunnen verlichten (Trimbos-instituut, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023).



2 Methode



Voor de literatuurinventarisatie is tussen december 2023 en april 2024 gezocht naar zowel 'witte' als 'grijze' literatuur. De zoektocht naar relevante, peer-reviewed artikelen in wetenschappelijke tijdschriften is uitgevoerd via PubMed. Relevante rapporten en andersoortige publicaties (i.e., 'grijze' literatuur) zijn geïdentificeerd door het raadplegen van websites van onder andere (kennis) instituten, brancheverenigingen, koepelorganisaties en initiatieven rondom wachttijdverkortingen die onderzoeken hebben uitgevoerd naar de aanpak van wachttijden in de ggz. Daarnaast diende Google (Scholar) als een extra bron voor het vinden van mogelijk relevante literatuur. Diverse combinaties van zoektermen werden toegepast (zie onderstaand kader), waarbij literatuur werd geselecteerd die in de afgelopen tien jaar werd gepubliceerd. De literatuur moest informatie bevatten over aanpak rondom wachttijden in de ggz en/of de impact daarvan op de patiënt, diens naasten of de zorgverleners in de huisartsenzorg (d.w.z. de huisarts of de POH-GGZ). Bij het zoeken is specifiek aandacht besteed aan het identificeren van literatuur die is gericht op specifieke patiëntgroepen of doelgroepen met een verhoogd risico op psychische problemen (zie onderstaand kader). Dit vanuit het idee dat de wachttijden op hen een mogelijk grotere impact hebben. De sneeuwbalmethode werd gebruikt om aanvullende relevante studies over de impact van de wachttijdenproblematiek in de ggz te identificeren door de referentielijsten van de gevonden studies na te lopen.

Witte literatuur

Pubmed

Zoekopdracht: wachttijd of -lijst en geestelijke gezondheid:

- ((waiting time[Title]) OR (waiting list[Title])) AND (mental [Title/Abstract])

Voor elk van de negen van tevoren geïdentificeerde risicogroepen (ouderen, vrouwen, mannen en mensen met een migratie-achtergrond, lage SES, licht verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek, suïcidale gedachten, acute problematiek) (Smeeke et al., 2022):

- Impact wait(ing) lists mental health care on ..
- Risks of wait(ing) lists mental health care for ..
- Disparities/inequities/inequality in wait time mental health care

Grijze literatuur

Websites van de volgende landelijke initiatieven, (kennis)instituten, brancheverenigingen, koepelorganisaties e.a.:

- www.wegvandewachttijst.nl, Pharos, NZa, Vektis, ROS-netwerk, ZonMw, MIND, GGZ Nederland, Akwa GGZ, NHG, LHV, LV POH-GGZ, InEen, RIVM, Nivel, Trimbos-Instituut

Google (Scholar)

- Knelpunten ggz
- Impact/gevolgen/risico's wachttijden ggz

Negentien relevante wetenschappelijke publicaties werden geïdentificeerd via PubMed. Daarnaast werden 21 rapporten en andere publicaties van onafhankelijke (kennis)instituten, brancheverenigingen, belangenorganisaties, initiatieven rondom wachttijdenaanpak, e.a. meegenomen in de inventarisatie. Een overzicht van deze geïnccludeerde witte en grijze 'primaire' literatuur, met een specifieke focus op de aanpak rondom en/of impact van de wachttijden in de ggz, is te vinden in bijlage 1 (Tabel 1 & 2). Om de bevindingen uit de primaire literatuur te onderbouwen, werden 12 aanvullende studies⁹ uit de afgelopen tien jaar geïnccludeerd. Deze onderbouwende literatuur werd geïdentificeerd via het doorzoeken van de inleidingen van de primaire studies.

9 Aangezien deze studies niet primair gingen over de (impact van de) wachttijdenproblematiek zijn deze studies alleen opgenomen in de referentielijst, en niet ook in Tabel 1 of 2.

3 Resultaten



3.1 Impact van ggz-wachttijden op patiënten

3.1.1 Mogelijke gevolgen tijdens het wachten

3.1.1.1 Afzien van de behandeling

Lange wachtlijsten voor de ggz blijken een barrière te kunnen vormen voor het zoeken naar hulp bij mentale gezondheidsproblemen voor zowel jongeren als ouderen (Leijdesdorff et al., 2021; Polacsek et al., 2019). Als er toch naar hulp wordt gezocht, kan een lange wachttijd voor een eerste consult bij de ggz voor patiënten een doorslaggevende reden zijn om af te zien van een behandeling (Krendl & Lorenzo-Luaces, 2022; Leijdesdorff et al., 2021; Rens et al., 2020; Ruesch et al., 2017; Wang et al., 2023). Onderzoek wijst uit dat de duur van de wachttijd direct van invloed is op de bereidheid van patiënten om naar de eerste afspraak te komen; voor iedere week langer wachten, neemt de kans dat de patiënt daadwerkelijk verschijnt met 5% af (Wang et al., 2023). Bij mensen met verslavingsproblematiek kan een lange wachttijd verlies van motivatie veroorzaken, aangezien de motivatie om het probleem aan te pakken vaak op een hoogtepunt is op het moment van hulp zoeken. Door dit verlies van motivatie daalt de kans dat een patiënt komt opdagen (Stewart et al., 2019).

3.1.1.2 Verergering van de klachten

(Wacht)tijd blijkt wonden meestal niet te helen. Zo werd op basis van meta-analyses naar de ontwikkeling van depressieve klachten en sociale angststoornissen bij wachtlijst-controles¹⁰ geconcludeerd dat er geen verbetering optrad gedurende de wachttijd (Furukawa et al., 2014; Steinert et al., 2017). In meerdere studies werd aangetoond dat patiënten zelfs een verergering van de klachten ervaren wanneer zij op een wachtlijst staan (Bureau Lenz, 2023; Cuijpers et al., 2021; Dijk et al., 2023; Jennings et al., 2023; Leijdesdorff et al., 2021; Punton et al., 2022; Reichert & Jacobs, 2018; Rens et al., 2020; Samartzis & Talias, 2019; Stichting FWG, 2023; Yang et al., 2022). In de recente studie van Jennings et al. (2023) gaf bijvoorbeeld bijna de helft (47%) van de 334 wachtenden aan dat hun klachten verergerden tijdens de wachtperiode. Uit deze studie kwam ook naar voren dat mensen die zich identificeren als LHBTQI+ een groter aantal klachten en ernstigere symptomen ervaren gedurende de wachttijd dan mensen die zich niet als zodanig identificeren (Jennings et al., 2023). Omgekeerd werd aangetoond dat een verergering van klachten voorkomen kan worden wanneer wachtenden tijdig toegang krijgen tot behandeling in de ggz (Ewen et al., 2018).

Naast mensen die zich identificeren als LHBTQI+, wijst de gevonden literatuur op andere specifieke (patiënt)groepen voor wie klachtenverergering tijdens het wachten in het bijzonder een

10 Beide meta-analyses onderzochten Randomized Controlled Trials (RCTs), waarbij werd gefocust op de mentale gezondheid van patiënten die geen interventie kregen aangeboden, maar in plaats daarvan op de wachtlijst voor ggz-zorg stonden (i.e. 'wachttijd-controles').

grote impact kan hebben. Zo kan de wachttijd ernstige gevolgen hebben voor mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een eerste psychose (Adamson et al., 2018; Kirkbride et al., 2017; Reichert & Jacobs, 2018). Vroege interventie is noodzakelijk bij deze patiëntgroep, omdat zij binnen twee jaar een verhoogde kans hebben om een eerste psychotische episode te ontwikkelen wanneer zij niet worden behandeld (Adamson et al., 2018; Kempton et al., 2015). De helft van deze groep mensen ontwikkelt een psychose al binnen acht maanden nadat de eerste klachten zich presenteren (Kempton et al., 2015). Vervolgens ontstaan vaak problemen met arbeidsre-integratie, sociale isolatie en depressie wanneer een eerste psychose toch is opgetreden (Early Psychosis Intervention Program, 2024). Hoe langer de wachttijd, hoe slechter de gezondheidsuitkomsten voor patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een eerste psychose, ook na de start van de behandeling (Reichert & Jacobs, 2018).

Ook voor vrouwen in de perinatale fase (i.e., zwangerschap tot een jaar na de geboorte) kan de verergering van psychische klachten tijdens de wachttijd een grote impact hebben (Kristjanson et al., 2022). Een aanzienlijk deel van de vrouwen in de perinatale fase rapporteert angst (10-20%) of depressie (26%), hoewel de daadwerkelijke prevalenties waarschijnlijk hoger liggen vanwege barrières bij het zoeken van hulp, zoals schaamte en onzekerheid (Al-abri et al., 2023; Dennis et al., 2017; Jones, 2019). Zonder het tijdig ontvangen van effectieve hulp kan prenatale angst van negatieve invloed zijn op de motorische en cognitieve ontwikkeling van het kind (Irwin et al., 2020). Na de geboorte kan perinatale angst en depressie meerdere jaren voortduren wanneer niet tijdig wordt ingegrepen, wat zowel de moeder-kind relatie als de cognitieve ontwikkeling van het kind kan schaden (Irwin et al., 2020; Jones, 2019). In een kleine, kwalitatieve studie naar de ervaringen van wachttijden in de perinatale fase, benoemden sommige vrouwen teleurstelling en onrust te ervaren vanwege het moeten wachten op een behandeling in de ggz. Ook maakten vrouwen zich er zorgen over of de timing van de start van de behandeling niet zou overlappen met hun uitgerkende datum (Kristjanson et al., 2022). Formele of informele overbruggingszorg werd door vrouwen aangedragen als mogelijke oplossing om de verergering van klachten tijdens de wachttijd te voorkomen (Kristjanson et al., 2022).

Tevens ervaren jongeren een verergering van de klachten tijdens de wachtperiode (JongPIT, 2023; Leijdesdorff et al., 2021; Punton et al., 2022; Rens et al., 2020; YoungMinds, 2018). In een Britse enquête onder circa 2.000 ouders van jongeren die ondersteuning zochten in de ggz uit 2018, rapporteerde driekwart (76%) van de ouders klachtenverergering bij hun kind tijdens de wachttijd (YoungMinds, 2018). Hoe langer jongeren op de wachtlijst stonden, hoe groter de kans dat hun mentale gezondheid tijdens het wachten achteruitging. Van jongeren die langer dan zes maanden op de wachtlijst stonden, rapporteerden 85% van de ouders een verergering van de klachten van hun kind (YoungMinds, 2018). In de praktijk hield dit in dat jongeren overgingen tot zelfbeschadiging, suïcidale gedachten kregen, of stopten met school vanwege de klachtenverergering (Rens et al., 2020; YoungMinds, 2018). Deze bevindingen werden bevestigd in een enquête onder circa 14.000 Britse jongeren tot 25 jaar uit 2022, waarin 58% aangaf dat hun klachten verergerden tijdens de wachtperiode en 26% aangaf een poging tot suïcide te hebben gedaan vanwege het lange wachten (YoungMinds, 2022).

Opvallend is verder dat mensen met complexere psychische problemen het langst op de wachtlijst voor de ggz staan, terwijl zij de hulp het hardste nodig hebben (Algemene Rekenkamer, 2020; Trimbos-instituut, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023). In publicaties wordt aangegeven dat dit onder andere wordt veroorzaakt en in stand gehouden door capaciteitsproblemen bij

geïntegreerde ggz-instellingen en een gebrekkige uitstroom van patiënten (Algemene Rekenkamer, 2020; Smeekes et al., 2022; Trimbos-instituut, 2023). Ook wordt erop gewezen dat marktwerking de instroom van mensen met een (relatief) lichte zorgvraag stimuleert ten opzichte van degenen met een zwaardere zorgvraag en dat domein-overstijgend samenwerken door deze averechtse financieringsprikkels wordt bemoeilijkt (Algemene Rekenkamer, 2020; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023).

Tijdige toegang tot zorg blijkt dus ingewikkelder naarmate de nood hoger is, met alle gevolgen van dien (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023). Enerzijds kunnen patiënten met complexe problematiek geweigerd worden voor een behandeling wanneer de zorgverlener van mening is dat de patiënt niet in aanmerking komt voor therapie, tenzij een specifiek deel van de problemen eerst elders wordt aangepakt (Bureau Lenz, 2023; MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018). Anderzijds kan de patiënt opnieuw worden doorverwezen, omdat de huidige behandeling toch als onvoldoende passend wordt ervaren, waarna er een nieuw traject van diagnostiek en behandeling moet worden opgestart. Door deze 'getrapte zorg' (stepped care) benadering staat de patiënt met meervoudige/ complexe problematiek vaak herhaaldelijk op lange wachtlijsten en stapelen problemen zich op, waardoor mensen onnodig lang met leed rondlopen (Bureau Lenz, 2023; Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022; Leijdesdorff et al., 2021; Trimbos-instituut, 2023).

Juist voor de groep patiënten met complexe problematiek kan een verergering van de klachten ernstige consequenties hebben, in het bijzonder voor mensen die lijden onder suïcidaliteit, agressie en zelfbeschadiging (Bureau Lenz, 2023; MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018; Samartzis & Talias, 2019; Stichting FWG, 2023). Ook voor patiënten met verslavingsproblematiek blijkt de wachttijd te leiden tot klachtenverergering, waarbij de complexiteit van de klachten een rol speelt. Er werd aangetoond dat het risico op een terugval in volledig gebruik toeneemt tijdens de wachttijd (Kirkbride et al., 2017; Samartzis & Talias, 2019; Trimbos-instituut, 2023). Echter, de wachttijd blijkt langer te worden naarmate er meerdere middelen tegelijkertijd worden gebruikt (Kirkbride et al., 2017). Er lijkt een vicieuze cirkel te zijn ontstaan door de focus op toegesneden, specialistische zorg, waar patiënten met complexe problematiek de gevolgen van dragen wanneer zij onvoldoende passende zorg krijgen (Trimbos-instituut, 2023).

3.1.1.3 Verbetering van de klachten

Uit de literatuur kwam naar voren dat het merendeel van de patiënten een verergering van de klachten ervaart tijdens de wachtperiode. In twee studies werd echter ook gevonden dat bij een klein deel van de wachtenden juist een verbetering van de klachten optrad. In een Australische studie gaf 16,8% van de volwassenen met psychische problemen (n=338) aan dat hun mentale gezondheid een beetje of veel was verbeterd tijdens het wachten (Jennings et al., 2023). In een Vlaams onderzoek rapporteerde 2,3% van de volwassenen (n=1.156) dat hun klachten minder erg werden tijdens de wachtperiode, terwijl 2,9% van de ouders (n=441) aangaf dat de problemen van hun kind minder erg werden tijdens de wachtperiode (Rens et al., 2020). Deze studies gaven echter geen verklaringen voor de opgetreden verbetering. Mogelijk was dit het natuurlijk beloop van de klachten, trad de verbetering spontaan op, of ontstond deze door het vinden van alternatieve zorg tijdens het wachten. Een beter inzicht in de oorzaken van de opgetreden verbetering zou kunnen helpen bij het ontwikkelen van passend aanbod tijdens het wachten op ggz-behandeling, waarmee de nadelige impact van het wachten zou kunnen worden verminderd.

3.1.2 Mogelijke gevolgen nadat de ggz-behandeling is gestart

3.1.2.1 Hoger risico op uitval tijdens behandeling en langere/intensievere behandeling

De wachtperiode blijkt niet alleen op het moment zelf een nadelige impact te hebben op de patiënt, deze impact werkt nog door na aanvang van de behandeling (Krendl & Lorenzo-Luaces, 2022; Peipert et al., 2022). Zo werd aangetoond dat een langere wachttijd gepaard gaat met een hogere uitval van patiënten tijdens de behandeling (Krendl & Lorenzo-Luaces, 2022; Williams & Bretteville-Jensen, 2022). Daarnaast blijken de groeiende wachtlijsten niet alleen voor klachtenverergering te zorgen tijdens de wachtperiode, maar er ook aan bij te dragen dat de behandeling zelf minder succesvol is (Reichert & Jacobs, 2018; Steinert et al., 2017; Stichting FWG, 2023). In een Noorse studie van Williams & Bretteville-Jensen (2022) werden vergelijkbare effecten gemeten bij patiënten met verslavingsproblematiek. Zo werd gevonden dat de gemiddelde wachttijd¹¹ van 100 dagen tot behandeling de kans dat patiënten de behandeling binnen zes maanden afronden met 29% deed dalen, terwijl de kans op afronding binnen een jaar met 12% daalde, en de kans op afronding binnen twee jaar met 6% daalde (ten opzichte van het niet hoeven wachten op behandeling). Daarnaast verhoogde de gemiddelde wachttijd van 100 dagen het aantal consulten met een specialist met 39% uitgaande van het jaar na de start van de behandeling, met 45% uitgaande van twee jaar na de start van de behandeling, en met 39% uitgaande van drie jaar na de start van de behandeling (wederom ten opzichte van het geen wachttijd hebben) (Williams & Bretteville-Jensen, 2022). Dat een langere wachtperiode gepaard gaat met een langere en intensievere behandeling kan onder meer worden verklaard door het optreden van klachtenverergering bij patiënten tijdens het wachten.

3.1.2.2 Problematische arbeidsparticipatie en -re-integratie

Dat de nadelige impact van de wachtperiode langer aanhoudt, blijkt ook uit onderzoeken die hebben gekeken naar het verband met de arbeidsparticipatie en -re-integratie van patiënten (Early Psychosis Intervention Program, 2024; European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; Prudon, 2023; Rens et al., 2020). Uit een studie naar de wachttijd voor de specialistische ggz (s-ggz) waarvoor de data over de periode 2012 – 2019 van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) werden gebruikt van een half miljoen Nederlanders, kwam naar voren dat de kans om betaald te (blijven) werken door het wachten op hulp daalt (Prudon, 2023). In het algemeen is er bij deze hulpzoekers een daling in het percentage betaald werkenden die al twee jaar voor het eerste behandelcontact inzet, maar hoe langer men moet wachten, hoe groter de kans op baanverlies; voor iedere maand langer wachten, daalt de kans op werk met 2% (Prudon, 2023). De effecten van de wachttijd zijn acht jaar later zelfs nog meetbaar (Prudon, 2023). Als mogelijke verklaringen voor dit lange termijn effect worden een achteruitgang van de gezondheid en een toenemende afstand tot de arbeidsmarkt genoemd. Door de wachttijd zitten mensen immers langer thuis, wat de terugkeer naar werk bemoeilijkt. Noemenswaardig is verder dat Prudon et al. (2023) vond dat de negatieve effecten van wachttijden niet hetzelfde waren voor alle bevolkingsgroepen: de impact was het grootst voor mensen met een migratieachtergrond en praktisch opgeleide mensen.

11 De studie vergeleek wachttijden in verschillende regio's in heel Noorwegen. De gemiddelde wachttijd tot een eerste consult in de ggz bedroeg 100 dagen. Deze gemiddelde wachttijd werd vervolgens gebruikt om de effecten op behandeluitkomsten (i.e. duur van de behandeling, aantal behandelingen, arbeidsparticipatie en het aantal strafrechtelijke vervolgingen) te schatten.

Ook de eerder genoemde studie van Williams & Bretteville-Jensen (2022) die zich specifiek richtte op mensen met verslavingsproblematiek bleek de wachttijd de kans op werk te verminderen. Gevonden werd dat de gemiddelde wachttijd van 100 dagen tot behandeling de kans op het hebben van een baan een jaar na de start van de behandeling met 30% deed dalen (ten opzichte van het niet hoeven wachten op behandeling). De kans op werk drie jaar na de start van de behandeling was met 25% gedaald door de gemiddelde wachttijd (Williams & Bretteville-Jensen, 2022).

3.1.2.3 Criminaliteit bij verslavingsproblematiek

In dezelfde studie werd bij mensen met verslavingsproblematiek ook een verband gevonden tussen wachttijd en een verhoogde kans op crimineel gedrag (Williams & Bretteville-Jensen, 2022). Het bleek dat de 100 dagen die patiënten gemiddeld op de wachtlijst stonden de kans op strafrechtelijke vervolging tijdens de wachttijd met 45% deed toenemen (ten opzichte van degenen die niet hoefden te wachten). Verder hadden patiënten met de gemiddelde wachttijd van 100 dagen in het jaar na aanvang van de behandeling te maken met 35% meer niet-drugs gerelateerde aanklachten en met 69% meer drugs gerelateerde aanklachten. Twee jaar nadat de behandeling startte hadden zij te maken met 44% meer drugs gerelateerde aanklachten (ten opzichte van degenen zonder wachttijd) (Williams & Bretteville-Jensen, 2022). Voor de patiënten die al vanuit het strafrechtstelsel verwezen werden naar de ggz, bleek de wachtlijst langer dan wanneer dit niet het geval was (Stewart et al., 2019). Deze patiënten kampen dus met een dubbele last; doordat zij al vanuit het strafrechtstelsel worden verwezen, staan zij langer op de wachtlijst, wat op zijn beurt het risico verhoogt om opnieuw in aanraking te komen met criminaliteit tijdens de wachtperiode.

3.1.3 Patiëntgroepen met verhoudingsgewijs lange wachttijden

Hoewel niet specifiek onderzocht, kan het zijn dat de hierboven beschreven negatieve gevolgen van de wachttijden vaker voorkomen, of het sterkst zijn bij de patiëntgroepen die gemiddeld langer moeten wachten op ggz-behandeling. De meest recente Nederlandse cijfers (december 2023) wijzen erop dat de landelijk gemiddelde totale wachttijd (aanmeld- plus behandelwachttijd) voor bijna alle zestien onderscheiden hoofddiagnosegroepen buiten de maximaal aanvaardbare treeknorm van veertien weken valt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024)¹². Uitgaande van de drie meest recente peilmomenten (december 2022, mei 2023 en december 2023) is voor zes diagnosegroepen consistent sprake van een gemiddelde totale wachttijd van 20 weken of langer: eetstoornissen, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en een restgroep¹³ (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024). Daarnaast blijken de wachttijden voor de jeugd-ggz in Nederland langer te zijn dan de wachttijden voor de volwassenen-ggz (European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; Sociaal-Economische Raad, 2021). Een factor die hierbij een rol kan spelen is dat er voor minderjarigen geen wettelijk vastgestelde treeknormen bestaan (Patiëntenfederatie Nederland, 2024).

12 Alleen voor de diagnosegroepen schizofrenie en andere problemen is de landelijke gemiddelde totale wachttijd minder dan veertien weken (peildatum: december 2023).

13 In de diagnosegroep 'restgroep' vallen onder andere de wachttijden van transgenderzorg. Van deze zorg is bekend dat de wachttijden vaak veel langer zijn dan bij andere diagnoses (Nederlandse Zorgautoriteit, 2024).

3.2 Impact van de wachttijden op naasten

De wachttijd heeft niet alleen effect op de patiënt zelf, maar ook op diens omgeving (Akwa GGZ, 2021; Bureau Lenz, 2023; Punton et al., 2022; Rens et al., 2020; YoungMinds, 2022). Naasten krijgen immers ook met de lijdensdruk en hulpvraag van de patiënt te maken. Daardoor hebben zij zelf een verhoogde kans om psychische problemen te ontwikkelen, terwijl zorgverleners hen zelden handvaten bieden (Akwa GGZ, 2021; Bureau Lenz, 2023; Punton et al., 2022). In de eerder genoemde enquête onder 14.000 Britse jongeren tot 25 jaar uit 2022, gaf 71% aan problemen te hebben ervaren binnen relaties met familie en vrienden door het lange wachten (YoungMinds, 2022). Een Vlaams onderzoek naar de impact van de wachttijden waaraan 1.156 wachtende volwassenen en 441 ouders van wachtende kinderen deelnamen, draagt mogelijke verklaringen aan voor deze problemen (Rens et al., 2020). Zo gaven de wachtende volwassenen aan dat naasten vaak stress ervaren rondom de zoektocht naar hulp en dat de empathie die zij bij aanvang van de wachttijd uitten vaak omsloeg naar onbegrip en frustratie richting de wachtende naarmate de wachttijd opliep (Rens et al., 2020). Bij wachtende kinderen benoemden de ouders dat hun draagkracht door het wachten werd overschreden omdat zij het gevoel hadden er alleen voor te staan als mantelzorgers. In sommige gevallen leidde dit tot psychische problemen bij de ouder zelf, zoals een burn-out, of tot psychisch lijden bij andere gezinsleden vanwege stress en ruzies (Rens et al., 2020). Deze negatieve impact op de gezinsdynamiek kan vervolgens weer leiden tot klachtenverergering bij de patiënt, waardoor men in een vicieuze cirkel terechtkomt (Rens et al., 2020).

3.3 Impact van de ggz-wachttijden op de huisartsenzorg

3.3.1 Impact van de wachttijden op huisartsen

Door de wachttijden stijgt niet alleen de druk op de ggz, maar ook op de huisartsenzorg. In een ledenpeiling die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in 2017 heeft uitgevoerd, gaf 75% van de 1.303 responderende huisartsen aan dat zij meer patiënten met psychische klachten op het spreekuur kregen dan in het voorgaande jaar (LHV, 2017). Ook gaf 78% aan een stijging in de complexiteit van de klachten te zien. Het merendeel (80%) van de huisartsen zag daarnaast een toename in de hoeveelheid patiënten die door hen werd overgenomen uit de s-ggz, terwijl 77% aangaf de patiënt bij een verergering van de klachten niet zonder wachttijd te kunnen terugverwijzen naar de ggz-behandelaar. De wachttijden voor de s-ggz werden dan ook als grootste knelpunt ervaren door huisartsen (LHV, 2017). Voor zover ons bekend, is er geen recentere peiling onder huisartsen uitgevoerd. Echter, gegeven dat de wachtlijstproblematiek in de ggz sinds 2017 groter is geworden, is het niet onwaarschijnlijk dat vandaag de dag negatievere resultaten gevonden zullen worden.

Volgens de meest recente 'Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problemen', opgesteld door de LHV, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), PsyHAG en InEen, wordt de zorg voor patiënten steeds minder toegankelijk door de knelpunten in de ggz (Smeekes et al., 2022). In de visie wordt gesteld dat huisartsen daardoor taken opgelegd krijgen die niet tot hun takenpakket behoren (Smeekes et al., 2022). Er wordt benadrukt dat huisartsen geen expert zijn op het gebied van complexe, ernstige, of chronische psychiatrische aandoeningen, maar slechts

een van de schakels zijn voor patiënten met psychische problematiek. Aangegeven wordt dat er daarom in de basis binnen de huisartsenzorg geen plaats is voor aanbod voor mensen met complexe, ernstige of chronische problematiek¹⁴. Doordat de zorg in de generalistische basis ggz (gb-ggz) en s-ggz stagneert, wordt het echter moeilijker voor huisartsen om hun rol als poortwachter en verwijzer goed te vervullen en moet soms noodgedwongen zware zorg worden verleend binnen de huisartsensetting voor een te lange tijd (Smeekes et al., 2022; Zorginstituut Nederland, 2023). Hierdoor wordt, volgens de visie, de werkdruk voor huisartsen verhoogd (Smeekes et al., 2022).

3.3.2 Impact van de wachttijden op POH's-GGZ

In de meest recente ledenpeiling van de Landelijke Vereniging POH-GGZ (uitgevoerd in 2022) naar de werkervaringen van POH's-GGZ, gaf 60% van de respondenten aan een hoge tot zeer hoge werkdruk te ervaren (Sinnema et al., 2024). Dit percentage komt overeen met de eerdere ledenpeiling uit 2018 en een kleinschaliger onderzoek naar de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ (Magnée et al., 2020; Nuijen et al., 2021). Het leveren van overbruggingszorg wordt door POH's-GGZ benoemd als een factor die de werkdruk verhoogt en wordt benoemd als grootste knelpunt in de samenwerking met de ggz, in het bijzonder de s-ggz (Nuijen et al., 2021). Wanneer de wachttijden voor de s-ggz lang zijn, wordt de patiënt in sommige gevallen weer terugverwezen naar de POH-GGZ. De gb-ggz mag deze patiënten namelijk niet opvangen ter overbrugging, aangezien de patiënt daar geen aparte indicatie voor heeft gekregen. Van de huisartsen en POH's-GGZ wordt daarom creativiteit gevraagd in het leveren van overbruggingszorg (Nuijen et al., 2021). Net als huisartsen gaven POH's-GGZ aan zich niet altijd comfortabel te voelen bij het leveren van overbruggingszorg, omdat zij over het algemeen niet zijn opgeleid om patiënten met zwaardere problematiek te behandelen (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022; Nuijen et al., 2021).

Als mogelijk gevolg van het uit noodzaak moeten aanbieden van overbruggingszorg aan patiënten op de wachtlijst voor de ggz wordt benoemd dat POH's-GGZ geen maximaal aantal gesprekken per patiënt hanteren, aangezien de patiënt niet altijd verwezen kan worden na een specifiek aantal consulten (Sinnema et al., 2024). Het ontbreken van een maximaal aantal consulten wordt vervolgens genoemd als factor die mogelijk bijdraagt aan een verhoogde werkdruk (Magnée et al., 2020; Nuijen et al., 2021). Daarnaast draagt het bij aan wachttijden voor de POH-GGZ, die volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Landelijke Vereniging POH-GGZ verder oplopen (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2022; Magnée et al., 2020; Sinnema et al., 2024). Een wachttijd tot een intakegesprek van drie weken of langer was bij 15% van de responderende POH's-GGZ aan de orde in de ledenpeiling in 2018; dit percentage steeg naar 27% van de respondenten in de ledenpeiling in 2022 (Sinnema et al., 2024). De langere wachttijden gaan ten koste van het laagdrempelige en toegankelijke karakter van de functie POH-GGZ binnen de huisartsenzorg (Nuijen et al., 2021).

14 De visie stelt dat een uitzondering hierop wordt gevormd door de zorg voor stabiele chronisch psychiatrische patiënten. Een huisarts kan bij deze patiëntengroep in sommige gevallen de begeleiding van de ggz overnemen, mits de huisarts zich voldoende bekwaam voelt en als er aan randvoorwaarden is voldaan, zoals voldoende zorgcapaciteit in de huisartsenpraktijk om de verantwoording voor de betreffende zorg te dragen.

De huidige wachttijden voor de ggz hebben ook invloed op het verwijsgedrag van POH's-GGZ (waarbij verwijzingen worden afgestemd met, en formeel verlopen via de huisarts). Uit de ledenpeiling van 2022 bleek dat een derde (33%) van de POH's-GGZ zich genoodzaakt voelt de patiënt minder vaak te verwijzen naar de ggz (Sinnema et al., 2024). Patiënten worden eerder naar hulpverlening buiten de ggz (23%) of pas op een later moment naar de ggz (11%) verwezen. Daarnaast verwijst de POH-GGZ vaker naar een plek verder weg (18%) en wordt langer gezocht naar een geschikte plaats om de patiënt naar te verwijzen (58%) (Sinnema et al., 2024). Tevens geeft een kwart (26%) van de respondenten aan vaker naar de gb-ggz te verwijzen, terwijl een verwijzing naar de s-ggz gepaster was geweest. Dergelijke aanpassingen in het verwijsgedrag leiden er mogelijk toe dat de zorg onvoldoende aansluit op de behoeften van de patiënt (Sinnema et al., 2024).

4 Beschouwing



4.1 Resultaten samengevat

Uit deze literatuurinventarisatie komt naar voren dat wachttijden in de ggz impact hebben op zowel de patiënt en diens naasten, als de zorgverlener in de huisartsenzorg. Patiënten zien vaker af van hun behandeling als blijkt dat zij moeten wachten. Daarnaast wordt in meerdere studies een associatie aangetoond tussen het staan op de wachtlijst en een verergering van de klachten. Hoewel door het grootste deel van de patiënten klachtenverergering wordt ervaren, verbeteren bij een klein deel van de patiënten de klachten tijdens het wachten. De gevonden literatuur wijst op verschillende (patiënt)groepen die bovengemiddeld veel risico lopen op klachtenverergering tijdens de wachttijd: mensen die zich identificeren als LHBTQI+, mensen met een verhoogd risico op het ontstaan van een eerste psychose, vrouwen met perinatale angst of depressie, mensen met verslavingsproblematiek, jongeren en mensen met acute en/of complexe psychische problematiek. Verder blijkt uit de gevonden literatuur dat de wachttijd ook na de start van de behandeling in de ggz nog impact kan 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 van de patiënt ook onder de nadelige gevolgen van de wachttijden lijden. De verhoogde druk op de naaste kan ontaarden in psychische problematiek bij de naaste zelf, omdat deze zich verantwoordelijk voelt en het gevoel heeft er alleen voor te staan. Wanneer de draagkracht van de naaste afneemt, kunnen toegenomen spanningen leiden tot klachtenverergering bij de patiënt. Hierdoor komt men in een vicieuze cirkel terecht.

Tevens geven huisartsen en POH's-GGZ aan dat de wachttijden in de ggz tot een verhoogde werkdruk hebben geleid, vanwege het noodgedwongen aanbieden van overbruggingszorg aan patiënten met complexe(re) of ernstige(re) psychische problemen, terwijl deze zorg eigenlijk niet binnen hun takenpakket en expertisegebied valt. Het uit noodzaak moeten aanbieden van overbruggingszorg draagt mogelijk bij aan het minder vaak hanteren van een maximumaantal gesprekken per patiënt door POH's-GGZ, waardoor niet alleen de werkdruk toeneemt, maar ook de wachtlijsten voor de POH-GGZ stijgen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de wachttijden in de ggz leiden tot aanpassingen in het verwijsgedrag van POH's-GGZ¹⁵, die er mogelijk voor zorgen dat het aanbod waarnaar een patiënt wordt verwezen niet altijd goed aansluit op zijn of haar zorgbehoefte of hulpvraag.

15 Waarbij verwijzingen worden afgestemd met, en formeel verlopen via de huisarts.

4.2 Sterke en zwakke punten

Naar ons weten is dit de eerste studie waarin de bestaande literatuur met betrekking tot de impact van wachttijden in de ggz in kaart is gebracht, zowel vanuit het perspectief van de patiënt en diens naasten als vanuit dat van de huisarts en POH-GGZ. Daarbij is zowel witte als grijze literatuur geraadpleegd, wat een breed scala aan nationale en internationale bronnen opleverde. Echter, er is geen systematische literatuurreview uitgevoerd waarbij een allesomvattende literatuursearch met alternatieve zoektermen voor wachttijden is gedaan en waarbij de kwaliteit van de geïdentificeerde studies is beoordeeld en gegradeerd. Wellicht heeft dit geresulteerd in het missen van relevante studies en een beperkter overzicht van het beschikbare bewijsmateriaal. De gevonden wetenschappelijke literatuur had deels betrekking op onderzoek uitgevoerd in Nederland, en deels op onderzoek uitgevoerd in een andere Westerse landen, waaronder Groot-Brittannië, Duitsland, Noorwegen, de Verenigde Staten, Canada en Australië. De resultaten van deze niet-Nederlandse studies zijn mogelijk niet volledig generaliseerbaar naar de Nederlandse context. Met uitzondering van een Vlaamse publicatie (Rens et al., 2020), had de gevonden grijze literatuur uitsluitend betrekking op de Nederlandse situatie.

Daarnaast was het merendeel van de geïnccludeerde studies gericht op specifieke doel- of patiëntgroepen. Daarvan kwamen vrouwen (met perinatale angst of depressie), mensen met verslavingsproblematiek, mensen met suïcidale gedachten en mensen met acute problematiek overeen met de door ons van tevoren geïdentificeerde risicogroepen. Mogelijk bestaan er nog andere doel- of patiëntgroepen waarop de wachttijden een bovengemiddelde impact hebben, maar die hebben wij vooralsnog niet in de literatuur kunnen vinden.

Qua zorgverleners lag de focus van dit onderzoek op de impact van de wachttijden op de huisarts en POH-GGZ. Het perspectief van ggz-zorgverleners is niet meegenomen, aangezien dit buiten de scope van het onderzoek viel. Het is waarschijnlijk dat de wachttijden ook op hen een impact hebben. Zo krijgen ggz-zorgverleners voor een deel patiënten te zien die zij pas na een lange wachttijd zorg kunnen bieden en die hierdoor bijvoorbeeld lijden onder ernstiger problematiek of minder gemotiveerd zijn voor behandeling.

4.3 Conclusies, implicaties en vervolg

De inzichten uit deze literatuurinventarisatie benadrukken allereerst het belang van het adequaat aanpakken van wachttijden in de ggz om de potentieel grote en langdurige negatieve impact van het wachten op patiënten, naasten én zorgverleners zoveel mogelijk te beperken en te voorkómen. De wachttijdenproblematiek is hardnekkig en complex en zal niet worden opgelost door alleen te focussen op de wachttijden zelf. Het wordt beschouwd als een probleem met bredere, meervoudige oorzaken, waarop dus ook meervoudige actie nodig is (o.a. Algemene Rekenkamer, 2020; Stichting FWG, 2023; Trimbos-instituut, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023). Zo wijst het Trimbos-instituut (2023) op een zestal oplossingsrichtingen ('bouwstenen'): van meer aandacht voor promotie en preventie, laagdrempelige hulp en zelfhulpinitiatieven, via triage en domein-overstijgende samenwerking tot aan betere ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In veel regio's zijn betrokken partijen al sinds enige jaren bezig met wachttijdenaanpakken en het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz

(Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd & Nederlandse Zorgautoriteit, 2023; Landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid & Wachttijden ggz, 2024). Deze initiatieven worden momenteel versterkt en verbreed door uitvoering te geven aan de afspraken die zijn gemaakt in het IZA en GALA.

Omdat de wachttijdenproblematiek naar verwachting niet op korte termijn zal zijn opgelost, wijst de literatuurinventarisatie verder op het belang van het organiseren en bieden van adequate overbruggingszorg tijdens het wachten. Het toont tevens aan dat specifieke groepen patiënten wellicht extra ondersteuning nodig hebben tijdens het wachten om de impact van de wachttijd zoveel mogelijk te reduceren. Wanneer passende overbruggingszorg voor deze patiënten kan worden aangeboden buiten de huisartsenzorg (bijvoorbeeld via ervaringsdeskundigheid of eHealth), of wanneer huisartsen en POH's-GGZ meer en beter ondersteund kunnen worden (bijvoorbeeld vanuit de ggz, het sociaal domein of zelfregie- en herstelinitiatieven) bij het bieden van overbruggingszorg, zou dit mogelijk kunnen bijdragen aan betere uitkomsten voor wachtende patiënten. Tegelijkertijd zou daarmee de toename van de werkdruk in de huisartsenzorg, alsook het oneigenlijk gebruik daarvan, zoveel mogelijk kunnen worden beperkt. Dit kan bijdragen aan het waarborgen van een sterke eerstelijnszorg voor de toekomst (Actiz et al., 2023).

Daarom zal in het vervolg op deze literatuurinventarisatie een brede veldinventarisatie¹⁶ worden gedaan met vragenlijsten onder patiënten en naasten, huisartsen en POH's-GGZ, en andere betrokkenen naar hun ervaringen met overbruggingszorg. De resultaten van de literatuur- en veldinventarisatie worden vervolgens gebundeld om tot een overzicht van veelbelovende initiatieven te komen op het gebied van overbruggingszorg in Nederland. Hierbij zal aandacht zijn voor de lopende hervorming binnen de zorg om een betere onderlinge samenwerking tussen de huisartsenzorg, de ggz en het sociaal domein te bewerkstelligen bij de zorg en ondersteuning voor patiënten met psychische problemen. Het overzicht van veelbelovende initiatieven¹⁷ wordt getoetst onder patiënten, naasten en professionals om daarmee uiteindelijk als handreiking voor deze doelgroepen te kunnen dienen. Zodoende beoogt dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het verminderen van wachtlood en het verlagen van de druk op de huisartsenzorg.

16 <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/towards-more-appropriate-care-patients-waiting-list-mental-health-care-study-good-practices>

17 Waarbij het ook kan gaan om initiatieven die een volwaardig alternatief voor ggz-zorg zijn (en waarvoor de term 'overbruggingszorg' minder passend is).





Actiz, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Paramedisch Platform Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Sociaal Werk Nederland, Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). *Visie eerstelijnszorg 2030*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/12/13/visie-eerstelijnszorg-2030>.

Adamson, V., Barrass, E., Mcconville, S., Irikok, C., Taylor, K., Pitt, S., Duyn, R. Van, Bennett, S., Jackson, L., Carroll, J., Andrews, M., Parker, A., Wright, C., Greathead, K., & Price, D. (2018). Implementing the access and waiting time standard for early intervention in psychosis in the United Kingdom: An evaluation of referrals and post-assessment outcomes over the first year of operation. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 979–986. <https://doi.org/10.1111/eip.12548>.

Akwa GGZ (2021). *Zorg voor naasten: samenwerking en ondersteuning*. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_08c41e92-41e6-4ca5-9f27-f45575659774_samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek_authorized-at_02-08-2021.pdf.

Al-abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(11), 1581–1590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>.

Algemene Rekenkamer (2020). *Geen Plek voor Grote Problemen: Aanpak van Wachttijden in de Specialistische GGZ*. <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>.

Bureau Lenz (2023). *Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg*. <https://mindplatform.nl/media/7515/download/Rapportage%20onderzoek%20toegankelijkheid%20ggz%20sept%202023.pdf?v=1>.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>.

Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>.

Dijk, D. A. Van, Meijer, R. M., Boogaard, T. M. Van Den, Spijker, J., Ruh, H. G., & Peeters, F. P. M. L. (2023). Worse off by waiting for treatment? The impact of waiting time on clinical course and treatment outcome for depression in routine care. *Journal of Affective Disorders*, 322, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.011>.

Early Psychosis Intervention Program (2024). *Why intervene early?* <https://www.earlypsychosis.ca/why-intervene-early/>.

European Observatory on Health Systems and Policies (2023). The Netherlands: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. In *OECD Publishing*.

Ewen, V., Mushquash, A. R., Mushquash, C. J., Bailey, S. K., Haggarty, J. M., & Stones, M. J. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health*, 16(5), 573–589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>.

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 nocebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 181–192. <https://doi.org/10.1111/acps.12275>.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd & Nederlandse Zorgautoriteit (2023). *Rapportbrief Toezicht op regionale aanpak wachttijden*. <https://www.igj.nl/publicaties/brieven/2023/03/23/rapport-brief-toezicht-op-regionale-aanpak-wachttijden-ggz>.

Irwin, J. L., Davis, E. P., Hobel, C. J., Coussons-Read, M., & Dunkel Schetter, C. (2020). Maternal prenatal anxiety trajectories and infant developmental outcomes in one-year-old offspring. *Infant Behavior & Development*, 60, 101468. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101468>.

Jennings, C., Singh, B., Oni, H., Mazzacano, A., & Maher, C. (2023). A needs assessment for self-management services for adults awaiting community-based mental health services. *BMC Public Health*, 23(1), 570. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15382-8>.

Jones, A. (2019). Help Seeking in the Perinatal Period: A Review of Barriers and Facilitators. *Social Work in Public Health*, 34(7), 596–605. <https://doi.org/10.1080/19371918.2019.1635947>

JongPIT (2023). *Verkenning: Behoeften van jongeren die wachten op psychische hulp*. https://jongpit.nl/wp-content/uploads/2023/11/Rapport_Verkenning_Behoeften-van-jongeren-die-wachten-op-psychische-hulp-wachtlijsten-psychische-hulp-uitslagen.pdf.

Kempton, M. J., Bonoldi, I., Valmaggia, L., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2015). Speed of Psychosis Progression in People at Ultra-High Clinical Risk. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 622. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0094>.

Kirkbride, J. B., Hameed, Y., Wright, L., Russel, K., Knight, C., Perez, J., & Jones, P. B. (2017). Waiting time variation in Early Intervention Psychosis services: longitudinal evidence from the SEPEA naturalistic cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 563–574. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1343-7>.

Krendl, A. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2022). Identifying peaks in attrition after clients initiate mental health treatment in a university training clinic. *Psychological Services, 19*(3), 519–526. <https://doi.org/10.1037/ser0000469>.

Kristjanson, A. J., Hardman, M. P., Penner, K. E., Gornik, M. E., Pryor, T. A. M., Petty, S. K., Alcolado, G. M., Furer, P., & Reynolds, K. A. (2022). “There is always a waitlist”: The experiences of perinatal women randomized to a waitlist condition in a trial evaluating a novel online self-directed intervention for perinatal anxiety. *Frontiers in Health Services, 2*, 957368. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.957368>.

Landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid & Wachttijden ggz (2024). *Monitor Toegankelijkheid & Wachttijden ggz - tweede helft 2023*. <https://wegvandewachtlijst.nl/monitor-toegankelijkheid-en-wachttijden-ggz-tweede-helft-2023-2>.

Landelijke Vereniging POH-GGZ (2022). *Lange wachtlijsten bij ggz zorgen ook voor drukte bij de praktijkondersteuner*. <https://poh-ggz.nl/nieuws/lange-wachtlijsten-bij-ggz-zorgen-ook-voor-drukke-bij-de-praktijkondersteuner>.

Leijdesdorff, S., Klaassen, R., Wairata, D.-J., Rosema, S., van Amelsvoort, T., & Popma, A. (2021). Barriers and facilitators on the pathway to mental health care among 12-25 year olds. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 16*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1963110>.

LHV (2017). *Peiling van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over GGZ*.

Magnée, T., Sinnema, H., van Weelderen, G., Nuijen, J., & Kenter, A. (2020). Hoe denken poh's-ggz over hun werk? *Huisarts En Wetenschap, 63*(5), 34–41. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0571-3>.

MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (2018). *Dossier wachttijden volwassenen ggz*. <https://mindkorrelatie.nl/media/2843/download/dossier-wachttijden.pdf?v=1>.

Nederlandse Zorgautoriteit (2024). *Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/.

Nivel (2023). *Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022*. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004432.pdf>.

Nuijen, J., Kenter, A., & Ringoir, L. (2021). *Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/12/AF1936-Organisatie-en-uitvoering-van-de-functie-POH-GGZ-in-de-praktijk.pdf>.

Patiëntenfederatie Nederland (2024). *Wachtlijst minderjarigen in de ggz*. https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1949/~/_wachtlijst-minderjarigen-in-de-ggz.

Peipert, A., Krendl, A. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2022). Waiting Lists for Psychotherapy and Provider Attitudes Toward Low-Intensity Treatments as Potential Interventions: Survey Study. *JMIR Formative Research*, 6(9), e39787. <https://doi.org/10.2196/39787>.

Polacsek, M., Boardman, G. H., & McCann, T. V. (2019). Help-seeking experiences of older adults with a diagnosis of moderate depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 278–287. <https://doi.org/10.1111/inm.12531>.

Prudon, R. (2023). Kans op werk daalt door lange GGZ-wachlijsten. *Economisch Statistische Berichten*, 108(4826), 464–466.

Punton, G., Dodd, A. L., & McNeill, A. (2022). 'You're on the waiting list': An interpretive phenomenological analysis of young adults' experiences of waiting lists within mental health services in the UK. *PLoS ONE*, 17(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265542>.

Reichert, A., & Jacobs, R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Economics*, 27(11), 1772–1787. <https://doi.org/10.1002/hec.3800>.

Rens, E., Glazemakers, I., & Van den Broeck, K. (2020). *Wachten op psychische hulp: de lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg* (Issue December). https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/01/Uitgebreid-rapport-wachttijden_Def2.pdf.

Ruesch, M., Helmes, A., & Bengel, J. (2017). Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1494-9>.

Samartzis, L., & Talias, M. A. (2019). Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>.

Sinnema, H., Schouten, S., Heemrood, W., & Magnée, T. (2024). *Hoe poh-ggz hun werk ervaren en zich verhouden tot de wachtlijstproblematiek in de ggz*. <https://poh-ggz.nl/storage/m8IHP-TaotmiLe3TI2C98vle2aj1U1empwDLCdf17.pdf>.

Smeeke, D., Hogendorp, J., Van der Gaarden, N., & Claassen, N. (2022). *Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek*. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/11/Definitief-Visie-Huisartsenzorg-voor-patiënten-met-psychische-problematiek.pdf>.

Sociaal-Economische Raad (2021). *Jeugdzorg: van systemen naar mensen*. <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/van-systemen-naar-mensen.pdf>.

Steinert, C., Stadter, K., Stark, R., & Leichsenring, F. (2017). The Effects of Waiting for Treatment: A Meta-Analysis of Waitlist Control Groups in Randomized Controlled Trials for Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(3), 649–660. <https://doi.org/10.1002/cpp.2032>.

Stewart, M. T., Reif, S., Dana, B., Nguyen, A., Torres, M., Davis, M. T., Ritter, G., Hodgkin, D., & Horgan, C. M. (2019). Incentives in a Public Addiction Treatment System: Effects on Waiting time and selection. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.002>.Incentives.

Stichting FWG (2023). *Op het tweede gezicht: Een blik op ontwikkelingen in de ggz*. <https://fwg.nl/trendrapport-ggz-2023/>.

ten Have, M., Tuithof, M., van Dorselaer, 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 (2023). *Ggz uit de knel*. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2059-ggz-uit-de-knel/>.

Wang, J., Knitter, A. C., Staab, E. M., Beckman, N., Araújo, F. S., Vinci, L. M., Ari, M., Yohanna, D., & Laiteerapong, N. (2023). Association between wait time and behavioral health appointment attendance across patient characteristics. *Psychological Services*, 20(4), 983–987. <https://doi.org/10.1037/ser0000768>.

Williams, J., & Bretteville-Jensen, A. L. (2022). What's Another Day? The Effects of Wait Time for Substance Abuse Treatment on Health-Care Utilization, Employment and Crime. In *SSRN Electronic Journal* (Issue 15083). <https://doi.org/10.2139/ssrn.4114629>.

Yang, F., Wangen, K. R., Victor, M., Solbakken, O. A., & Holman, P. A. (2022). Referral assessment and patient waiting time decisions in specialized mental healthcare: an exploratory study of early routine collection of PROM (LOVePROM). *BMC Health Services Research*, 22(1), 1533. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08877-4>.

YoungMinds (2018). *A new era for young people's mental health*. <https://www.youngminds.org.uk/media/5dilibjw/a-new-era-for-young-peoples-mental-health.pdf>.

YoungMinds (2022). *Mental health waiting times harming young people*. <https://www.youngminds.org.uk/about-us/media-centre/press-releases/mental-health-waiting-times-harming-young-people/>.

Zorginstituut Nederland (2023). *Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/11/22/signalement-passende-zorg-ggz>.



Bijlage 1



Tabel 1. Aanvullende informatie geïnccludeerde primaire witte literatuur

Eerste auteur, jaartal van publicatie, titel	Land	Studiepopulatie; (leeftijd) ^a ; (N)	Studiedesign
Adamson et al. (2018). Implementing the access and waiting time standard for early intervention in psychosis in the United Kingdom	Verenigd Koninkrijk	Psychose (N = 406)	Kwantitatieve studie Cohortonderzoek 3 jaar
Ewen et al. (2018). Single session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning.	Canada	Volwassenen op ggz wachtlijst (N = 109)	Kwantitatieve studie Experimenteel onderzoek
Furukawa et al. (2014). Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis.	Divers	Unipolaire depressie (N = 2.730)	Kwantitatieve studie Meta-analyse van 49 RCTs
Jennings et al. (2023). A needs assessment for self-management services for adults awaiting community-based mental health services.	Australië	Patiënten op de wachtlijst (N = 334)	Kwantitatieve studie Cross-sectioneel onderzoek
Kirkbride et al. (2017). Waiting time variation in Early Intervention Psychosis services: longitudinal evidence from the SEPEA naturalistic cohort study	Verenigd Koninkrijk	Psychose (16-35 jaar) (N = 798)	Kwantitatieve studie Cohortonderzoek 3,5 jaar
Kristjanson et al. (2022). "There is always a waitlist": The experiences of perinatal women randomized to a waitlist condition in a trial evaluating a novel online self-directed intervention for perinatal anxiety.	Canada	Perinatale angst en/of depressie (N = 20)	Kwalitatieve studie Interviews
Leijdesdorff et al., (2021). Barriers and facilitators on the pathway to mental health care among 12-25 year olds.	Nederland	Jongeren (12-25 jaar) (N = 15)	Kwalitatieve studie Interviews
Magnée et al. (2020). Hoe denken POH's-GGZ over hun werk?	Nederland	POH's-GGZ (N = 407)	Kwantitatieve studie Cross-sectioneel onderzoek
Peipert et al. (2022). Waiting Lists for Psychotherapy and Provider Attitudes Toward Low-Intensity Treatments as Potential Interventions: Survey Study.	Verenigde Staten	Ggz zorgverleners (N = 141)	Kwantitatieve studie Cross-sectioneel onderzoek
Punton et al. (2022). You're on the waiting list: an interpretive phenomenological analysis of young adults' experiences of waiting lists within mental health services in the UK.	Verenigd Koninkrijk	Jongvolwassenen (19-22 jaar) (N = 7)	Kwalitatieve studie Interviews
Reichert & Jacobs (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: evidence from early intervention in psychosis services in England	Verenigd Koninkrijk	Psychose (N = 8.949)	Kwantitatieve studie Cohortonderzoek 3 jaar
Ruesch et al. (2017). Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy (RCT)	Duitsland	Depressie of aanpassingsstoornis (N = 76)	Kwantitatieve studie RCT
Sinnema et al. (2024). Hoe POH-GGZ hun werk ervaren en zich verhouden tot de wachtlijstproblematiek in de ggz.	Nederland	POH's-GGZ (N = 332)	Kwantitatieve studie Cross-sectioneel onderzoek

Steinert et al. (2017). The Effects of Waiting for Treatment: A Meta-Analysis of Waitlist Control Groups in Randomized Controlled Trials for Social Anxiety Disorder.	Divers	Sociale angststoornis (N = 2.470)	Kwantitatieve studie Meta-analyse van 30 RCTs
Stewart et al. (2018). Incentives in a Public Addiction Treatment System: Effects on Waiting time and Selection	Verenigde Staten	Verslavingsproblematiek (N = 38.932)	Kwantitatieve studie Quasi-experiment (pre-post)
ten Have et al. (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)	Nederland	Gehele Nederlandse bevolking (N = 6.194)	Longitudinaal onderzoek
Van Dijk et al. (2023). Worse off by waiting for treatment? The impact of waiting time on clinical course and treatment outcome for depression in routine care	Nederland	Depressie (N = 715)	Kwantitatieve studie Cohortonderzoek 6 maanden
Wang et al. (2023). Association between wait time and behavioral health appointment attendance across patient characteristics.	Verenigde Staten	Gedragsstoornissen (N = 1.587)	Kwantitatieve studie Cohortonderzoek 3 jaar
Yang et al. (2022). Referral assessment and patient waiting time decisions in specialized mental healthcare: an exploratory study of early routine collection of PROM (LOVePROM)	Noorwegen	Depressie (N = 1.583)	Kwantitatieve studie Exploratief onderzoek

Afkortingen: RCT = Randomized Controlled Trial. ^aAlleen in tabel wanneer er een specifieke leeftijdsgroep werd geïnccludeerd

Tabel 2. Aanvullende informatie geïnccludeerde primaire grijze literatuur

Eerste auteur/organisatie, jaartal van publicatie, titel	Land	Doelstelling	Methode	Type publicatie
Algemene Rekenkamer. (2020). Geen Plek voor Grote Problemen: Aanpak van Wachttijden in de Specialistische GGZ.	Nederland	Aanbevelingen voor aanpak rondom wachttijden in de s-ggz aan Tweede Kamer	Literatuurstudie & veldonderzoek met deskundigen in 6 regio's	Adviesrapport
Bureau Lenz (i.o.v. MIND). (2023). Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.	Nederland	Toegankelijkheid van de ggz (o.a. wachttijdenproblematiek) in kaart brengen	Veldonderzoek: vragenlijsten (MIND panel) & verdiepende interviews	Rapport
European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). The Netherlands: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. In OECD Publishing.	Frankrijk	Inventarisatie van gezondheidssystemen in Europese landen t.b.v. vergelijking	Literatuurstudie: data van Eurostat en OECD, IHME, WHO, e.a.	Rapport
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd & Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). Rapportbrief Toezicht op regionale aanpak wachttijden.	Nederland	Aanbevelingen regio's met lange wachttijden in de ggz voor volwassenen	Inventarisatie (vorderingen, belemmeringen, resultaten) regionale taskforces wachttijden	Rapportbrief
Landelijke Vereniging POH-GGZ. (2022). Lange wachtlijsten bij ggz zorgen ook voor drukte bij de praktijkondersteuner. Landelijke Vereniging POH-GGZ.	Nederland	Toenemende druk op POH's-GGZ onder de aandacht brengen	Interview met voorzitter van de LV POH-GGZ	Nieuwsbericht
LHV. (2017). Uitkomsten LHV peiling ggz.	Nederland	Peiling onder huisartsen naar ervaringen met de ggz in het afgelopen jaar	Veldonderzoek: Ledenpeiling middels survey	n.v.t. ^a
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. (2018). Dossier wachttijden volwassenen ggz.	Nederland	Verkenning over de (aanpak rondom de) wachttijden in de ggz voor volwassenen	Veldonderzoek (Interviews met cliënten en naasten) & casuïstiek-onderzoek (Significant)	Dossier
Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024	Nederland	Inzichtelijk maken van de aard, omvang en ontwikkeling van de wachttijden in de ggz	Analyse over aantal wachtenden, gegevens aangeleverd door ggz-aanbieders	Informatiekaart
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2018). Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde.	Nederland	Onderwerpen aansnijden die van belang zijn voor (onderzoek naar) de toekomst van de huisartsgeneeskundige zorg	Literatuurstudie & veldonderzoek (inbreng kennisvragen vanuit stakeholders)	Onderzoeksagenda

Nivel. (2023). Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022.	Nederland	Inzichtelijk maken van de ontwikkelingen in gezondheid en zorg in de eerste lijn	Analyse over gezondheidsproblemen en (kwaliteit van) zorg in de eerste lijn	Rapport
Nuijen et al. (2021). Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk.	Nederland	In kaart brengen van variatie tussen POH's-GGZ, succesfactoren en verbeterpunten	Longitudinaal onderzoek m.b.v. vragenlijsten, focusgroepen	Rapport
Prudon, R. (2023). Kans op werk daalt door lange GGZ-wachlijsten.	Nederland	Inzichtelijk maken van de gevolgen van de ggz wachttijden voor de arbeidsmarktstatus	Empirische analyse met data van Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)	Artikel
Rens et al. (2020). Wachten op psychische hulp: de lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg.	België	(Beleving van de) lengte van de wachttijden in kaart brengen	Vragenlijsten (open en gesloten vragen) Zorgvragers en ouders van zorgvragers ^b	Rapport
Sociaal-Economische Raad. (2021). Jeugdzorg: van systemen naar mensen. Tien aanbevelingen voor de korte termijn.	Nederland	Advies (inclusief knelpuntennotitie) over Jeugdzorg aan Tweede Kamer	Literatuurstudie & veldonderzoek (interviews)	Adviesrapport
Smeekes et al. (2022). Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek.	Nederland	Beschrijven van kernpunten en kaders voor de rol van de huisartsenzorg in de aanpak van psychische problematiek.	Literatuurstudie & veldonderzoek (inbreng vanuit landelijke huisartsenverenigingen)	Visiedocument
Stichting FWG. (2023). Op het tweede gezicht: Een blik op ontwikkelingen in de ggz.	Nederland	Inventariseren van ontwikkelingen in de ggz (verwevenheid, reikwijdte, prioriteiten)	Literatuurstudie & veldonderzoek (interviews experts, bezoek congressen & webinars)	Tendrapport
Trimbos-Instituut. (2023). Ggz uit de knel.	Nederland	Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief	Literatuurstudie & veldonderzoek (interviews)	Rapport
Williams, J., & Bretteville-Jensen (2022). What's Another Day? The Effects of Wait Time for Substance Abuse Treatment on Health-Care Utilization, Employment and Crime.	Noorwegen	Onder de aandacht brengen van impact van wachttijden op mensen met verslavingsproblematiek	Desk research: data van Noors patiëntenregister	Discussie document
YoungMinds (2018). A new era for young people's mental health.	Verenigd Koninkrijk	Aanbevelingen voor verbeteren toegankelijkheid jeugd-ggz	Desk research: data van NHS, CAHMS en YoungMinds enquêtes onder jongeren	Informatiekaart
YoungMinds (2022). Mental health waiting times harming young people.	Verenigd Koninkrijk	Onder de aandacht brengen van negatieve impact van de wachttijden op jongeren	Desk research: data van NHS, CAHMS en YoungMinds enquêtes onder jongeren	Nieuwsbericht
Zorginstituut Nederland. (2023). Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen.	Nederland	Benoemen knelpunten in de ggz en advies over oplossingsrichtingen	Literatuurstudie & veldonderzoek (interviews met deskundigen ggz & sociaal domein)	Adviesrapport

^aGeen openbare publicatie meer beschikbaar. ^bIngevuld door ouders van kinderen onder de 18 jaar.

