

Onderzoek dubbelwachtenden in de GGZ

in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit

BDO Advisory & Miles research

Juli 2022



Inhoud

01

Samenvatting

02

Introductie & onderzoeksopzet

03

Resultaten

04

Bijlagen



1. Samenvatting

Dit rapport beschrijft het onderzoek naar het aantal mensen dat op meerdere wachtlijsten staat (de dubbelwachtenden) voor diagnose/intake voor dezelfde zorgvraag. Aanleiding voor het onderzoek is dat sommige mensen al jaren te lang moeten wachten op de benodigde zorg. Ondanks veel inspanningen vanuit alle partijen om de wachttijden terug te brengen, is deze bij een aantal stoornissen nog steeds langer dan de treetnorm.

Met het onderzoek wordt beoogd meer inzicht te krijgen in het aantal dubbelwachtenden in de ggz en om het ontstaan van dubbelwachtenden beter te begrijpen. De resultaten moet handvatten bieden om het beeld van het aantal wachtenden in de ggz nader te duiden.

Het onderzoek is afgebakend tot wachtlijsten voor intake. De wachtlijsten voor behandeling worden buiten beschouwing gelaten. Hiervoor is gekozen om te voorkomen dat deze anders door elkaar gaan lopen. Bovendien worden meer inzichten in het proces verwacht door de focus te leggen op de intake. Aanmelding voor een intake bij een ggz-aanbieder is vaker een bewuste keuze en veelal ook korter geleden dan de aanmelding voor een behandeling.

Er is gekozen om gebruik te maken van een panel voor dit onderzoek naar de dubbelwachtenden. In mei 2022 is allereerst een screeningsonderzoek uitgevoerd onder het panel om de juiste steekproefselectie te kunnen maken, namelijk personen die zich aangemeld hebben bij een ggz-aanbieder in de periode mei 2021-mei 2022. In dezelfde maand is aan ruim 2000 personen die binnen de doelgroep vielen een online vragenlijst voorgelegd over hun aanmelding bij een of meerdere ggz-aanbieders. 700 personen hebben de vragenlijst volledig ingevuld, waarvan 447 een ggz-gerelateerde zorgvraag hebben en zich aangemeld hebben voor een intake. Deze 447 personen vormen de doelgroep van het onderzoek, waar de focus op ligt in dit rapport.

In mei 2022 is een vragenlijst uitgezet onder 2018 personen die zich in de periode mei 2021- mei 2022 aangemeld hebben bij een ggz-aanbieder. 700 personen hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Hiervan hebben 447 een ggz-gerelateerde zorgvraag en zich aangemeld voor intake. 350 personen staan op 1 wachtlijst; 97 op meerdere wachtlijsten tegelijkertijd. Deze 447 personen vormen de doelgroep van het onderzoek, waar de focus op ligt in dit rapport.

Onderzoeksvraag 1: Welk percentage van de mensen op intake-wachtlijsten in de ggz staat op meerdere wachtlijsten voor dezelfde zorgvraag?

21% staat op meerdere wachtlijsten voor intake en 79% op één wachtlijst.

Er is echter een groep (26%; zie onderzoeksvraag 2 hieronder) die aangegeven heeft zich vanwege meerdere zorgbehoeften bij meerdere aanbieders aangemeld te hebben. Mogelijk dat deze groep of een aantal daarvan voor verschillende zorgvragen bij deze aanbieders ingeschreven staan en dus geen echte 'dubbelwachtenden' zijn. Hiermee rekening houdend hanteren we een ondergrens van 16% dubbelwachtenden; ofwel een marge van 5% naar beneden. Het aantal dat op meerdere wachtlijsten staat voor dezelfde zorgvraag ligt daarmee tussen de 16% en 21% procent.

Onderzoeksvraag 2: Wat zijn redenen waarom patiënten zich inschrijven bij meerdere zorgaanbieders?

De meeste genoemde redenen om op meerdere wachtlijsten te staan, zijn: vanwege lange wachttijden (49%), meer kans om sneller geholpen te worden (35%) en vanwege meerdere behoeften die niet door een GGZ-aanbieder beantwoord kunnen worden (26%).

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn redenen dat patiënten zich niet inschrijven bij meerdere zorgaanbieders?

De meeste genoemde reden om op één wachtlijst te staan, zijn: dat dit een specifieke GGZ-aanbieder is en er daarom geen andere keuze was (29%). 24% geeft aan dat zij per se deze GGZ-aanbieder wilden en eveneens 24% dat zij er vooraf niet over nagedacht hadden.

Onderzoeksvraag 4: Bij hoeveel zorgaanbieders hebben patiënten zich ingeschreven als dit bij meer dan één is?

- Van de 97 dubbelwachtenden staat 82% op 2 wachtlijsten; 15% staat op 3 wachtlijsten.

Onderzoeksvraag 5: Hoe liep het proces tussen de eerste inschrijving en een tweede en volgende?

- 76% van de dubbel- en enkelwachtenden is bij de eerste aanmelding verwezen door de huisarts.
- 14% is bij de eerste aanmelding doorverwezen via de GGZ-aanbieder; 28% bij de tweede aanmelding.
- Dubbelwachtenden hebben zich vaker (9%) rechtstreeks aangemeld bij een ggz-aanbieder dan enkelwachtenden (3%).
- Bij 54% van de dubbelwachtenden is bij de eerste aanmelding de diagnose al gesteld; bij enkelwachtenden is dit veel minder vaak het geval (45%).
- De tweede aanmelding volgt bij 49% van de dubbelwachtenden binnen een maand; bij 19% van de dubbelwachtenden vond dit zelfs binnen een week plaats.

Onderzoeksvraag 6: Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen?

Dubbelwachtenden hebben vaker dan enkelwachtenden eet-, verslavings- en persoonlijkheidsproblemen. Depressie wordt door beide groepen het meest genoemd, gevolgd door angstproblematiek (45%). Dubbelwachtenden hebben vaker meerdere zorgvragen dan enkelwachtenden. Daaruit kan afgeleid worden dat bij deze groep (dubbelwachtenden) mogelijk complexere problematiek speelt.

Onderzoeksvraag 7: Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen tussen achtergrondkenmerken van patiënten (denk aan leeftijd, opleiding, geslacht)?

- Onder dubbelwachtenden zijn relatief veel jongeren (47% versus 40% onder enkelwachtenden);
- Onder dubbelwachtenden zijn relatief veel mannen (51% versus 40% enkelwachtenden).

Onderzoeksvraag 8: Zijn er regionale verschillen in het aantal dubbelwachtenden?

Er zijn weinig regionale verschillen tussen dubbel- en enkelwachtenden. Het is niet mogelijk om op het niveau van de zorgkantoorregio's conclusies te trekken; daarvoor zijn de aantallen te klein.

2. Introductie & onderzoeksopzet

De ggz is een sector met verschillende al langer bestaande issues. Grootste issue is al jaren dat sommige mensen te lang moeten wachten op de benodigde zorg. Ondanks veel inspanningen vanuit alle partijen om de wachttijden terug te brengen, is deze bij een aantal stoornissen nog steeds langer dan de norm.

De inzichten rond de wachttijden zijn de afgelopen jaren wel sterk toegenomen. Sinds een aantal jaren zijn ggz-aanbieders verplicht hun wachttijden aan te leveren, zodat de cijfers en de trends daarover bekend zijn. Sinds januari 2021 leveren ggz-aanbieders ook aantallen wachtenden aan en worden deze cijfers ook regelmatig gepubliceerd. Uit de laatste informatiekaart van de NZa volgde dat er bijna 85.000 mensen in Nederland blijken te wachten op geestelijke gezondheidszorg (gebaseerd op de cijfers voor de maand december 2021).

Huidige vraagstukken

Ieder inzicht leidt ook weer tot nieuwe vragen en discussie. Bij het aantal wachtenden leven er op dit moment twee verdiepende vraagstukken:

- hoeveel van de wachtenden kiezen er zelf voor om op een wachtlijst te blijven staan, ondanks dat er ergens anders plaats is (de zogenaamde 'voorkeurswachtenden');
- hoeveel mensen staan er op meerdere wachtlijsten (de dubbelwachtenden)?

Door te nuanceren voor deze twee groepen krijgen de partijen in de ggz een nog beter beeld van de situatie rond de wachttijden en wachtenden en kunnen daardoor gerichte acties worden ondernomen.

Om inzicht te krijgen in de vraagstukken, heeft de NZa een onderzoek laten uitvoeren. In de discussies over de wachttijden en het aantal wachtenden wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen die wachten op een diagnose/intake (en daarbij de aanmeldwachttijden) en degenen die wachten op een behandeling (en daarbij de behandelwachttijden). In het voorliggende onderzoek is besloten om de focus te richten op degenen die wachten op een intake/diagnose.

Hiervoor waren de volgende twee redenen:

- Het is belangrijk om in het onderzoek scherp af te bakenen waar je het onderzoek op richt. Er is anders kans dat de verschillende wachttijden door elkaar gaan lopen en er van beide wachttijden geen goed beeld wordt verkregen. We hebben gekozen voor een duidelijke afbakening van het onderzoek door alleen wachten op een diagnose/intake te onderzoeken. Een bredere onderzoeksvraag (bijv. het onderzoeken van zowel wachten op intake/diagnose als op behandeling) kan onduidelijkheid bij de respondenten tot gevolg hebben, met het risico op minder betrouwbare cijfer. Met de huidige afbakening hopen we de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten.
- Verondersteld wordt dat wachtenden op de een intake/diagnose een bewuste keuze maken voor waar en hoe vaak zij zich inschrijven bij een zorgaanbieder. In deze fase van het proces heeft een wachtende meer eigen regie over zijn inschrijving dan in de fase van behandeling. Verondersteld wordt dat de wachtenden op een behandeling al eerder in het proces hebben besloten om al dan niet op meerdere wachtlijsten te gaan staan. Het is dus langer geleden, en minder vaak een bewuste keuze dan bij de intake.

Dit rapport beschrijft het onderzoek naar de volgende vraag: hoeveel mensen staan er op meerdere wachtlijsten (de dubbelwachtenden) voor een intake/diagnose?

Het is niet eenvoudig om een *totaal* inzicht in de dubbelwachtenden te verkrijgen. Daarvoor zouden alle ggz-aanbieders al alle wachtenden aan moeten leveren en dat leidt tot privacy-issues en hoge administratieve lasten. De wens was om inzicht te krijgen in het aantal dubbelwachtenden, zonder een extra verdergaande verplichting bij ggz-aanbieders neer te leggen rond het aanleveren van data.

Er zijn verschillende onderzoeksopties waarmee een goede indicatie van het aantal dubbelwachtenden kan worden gerealiseerd:

1. Gebruikmaken van een panel. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een groot online panel, waar mensen worden geselecteerd die op een wachtlijst in de ggz staan of recent hebben gestaan. Zij doen dan mee aan een online vragenlijst, waarbij wordt gevraagd op hoeveel wachtlijsten zij staan en hoe dit proces is gelopen.
2. Gegevens van mensen op de wachtlijst opvragen en koppelen bij een geselecteerd aantal ggz-aanbieders, bijvoorbeeld in een of in een beperkt aantal regio's. Hiervoor moeten ggz-aanbieders hun gegevens aanleveren, zodat deze bestanden met elkaar kunnen worden gekoppeld.
3. Mensen op de wachtlijst nabellen. Ook hiervoor moeten ggz-aanbieders gegevens van de mensen op hun wachtlijsten aanleveren. Deze mensen kunnen dan worden nagebeld waarbij wordt gevraagd of ze ook op andere wachtlijsten staan.

Er is gekozen om gebruik te maken van een panel (optie 1) voor dit onderzoek naar de dubbelwachtenden. De afwegingen zijn daarbij de volgende:

- We willen de administratieve lasten beperken in de ggz. Bij de paneloptie hoeven ggz-aanbieders geen data aan te leveren, omdat dataverzameling via de wachtenden zelf verloopt;
- Bij het gebruik van een panel is de wet- en regelgeving rond privacy en AVG geborgd. De panelleden geven toestemming om anoniem hun gegevens te verwerken en vanuit de onderzoeksorganisatie wordt alle data standaard volgens de juiste beveiligingsnormen opgeslagen. Dataverzameling via ggz-aanbieders zou grote privacy gevolgen hebben voor zowel de aanbieders als de wachtenden. Zowel het verkrijgen van persoonsgegevens om wachtlijsten van aanbieders aan elkaar te koppelen als het verkrijgen van contactgegevens van wachtenden om deze na te bellen heeft grote privacy gevolgen. Dit brengt niet alleen risico's voor wachtenden en aanbieders met zich mee, ook de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten kunnen in het geding komen wanneer respondenten afhaken vanwege deze privacyrisico's
- We willen ook een aantal vragen stellen over het proces rond de inschrijvingen bij de dubbelwachtenden. Bij onderzoek middels een panel is dat heel goed mogelijk; daar kunnen eenvoudig een aantal verdiepende vragen worden gesteld. Bij het opvragen en koppelen van data kan dit niet, tenzij aanvullend onderzoek wordt gedaan.
- Een laatste voordeel van het onderzoek laten lopen via een panel is dat deze relatief snel kan worden uitgevoerd.

Met panelonderzoek bedoelen we het uitvoeren van online marktonderzoek op, in dit geval, een panel van ongeveer 100.000 mensen. Deze mensen hebben aangegeven vaker deel te willen nemen aan onderzoek; over het algemeen doen zij dit door het invullen van online vragenlijsten. Zij doen gemiddeld twee keer per maand mee aan marktonderzoek, dat over verschillende onderwerpen kan gaan. Ze worden uitgenodigd voor deelname aan onderzoek via e-mail. De gemiddelde respons is 50%. Dat wil zeggen dat 50% van de mensen die uitgenodigd worden, deelneemt aan het onderzoek. Dit is het hoogste responspercentage van alle panels in Nederland. Met panelleden is een duidelijke overeenkomst aangegaan met afspraken over het delen van informatie en hoe er met deze data mag worden omgegaan. Door deel te nemen aan onderzoek weten zij daarom precies wat de afspraken zijn en committeren zij zich aan deze afspraken. In het geval van onderzoek op medisch terrein wordt dit nogmaals specifiek aangekondigd in de uitnodigingsmail voor deelname aan het onderzoek. Verder wordt de data geanonimiseerd aangeleverd en geanalyseerd. Resultaten kunnen nooit tot persoonsniveau worden herleid.

Om de panelkwaliteit optimaal te houden, worden gedurende het jaar allerlei maatregelen genomen. Mensen die vaker achter elkaar niet meedoen aan onderzoek worden aangeschreven, mensen met onbetrouwbare antwoordpatronen worden verwijderd. Dit kan bijvoorbeeld zijn als mensen vragenlijsten te snel invullen, wat blijkt kan geven van onzorgvuldig invulgedrag. Dergelijk verloop in de panelleden wordt continu aangevuld, ook door gericht te zoeken naar type respondenten waar ondervertegenwoordiging van dreigt in het panel.

Er zijn veel kenmerken beschikbaar als achtergrondinformatie van de panelleden. Daarom kunnen vragenlijsten vaak zeer gericht uitgezet worden onder een steekproef van mensen die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Wanneer een kenmerk niet bekend is, zoals bijvoorbeeld het geval is bij de vraag of ze op een ggz-wachtlister staan of hebben gestaan, wordt een screening ingezet. Bij een screening wordt aan alle panelleden een aantal vragen voorgelegd die deze kenmerken in kaart brengen. Dit is een vast maandelijks proces. Dit kan voor verschillende onderzoeken zijn die op dit moment lopen.

Afbakening

Het onderzoek is afgebakend tot wachtlijsten voor intake. De wachtlijsten voor behandeling vallen buiten de scope van dit onderzoek. Hiervoor is gekozen om te voorkomen dat deze anders door elkaar gaan lopen. Bovendien worden meer inzichten in het proces verwacht door de focus te leggen op de intake. Aanmelding voor een intake bij een ggz-aanbieder is vaker een bewuste keuze en veelal ook korter geleden dan de aanmelding voor een behandeling.

Doel van het onderzoek

Het eerste doel van het onderzoek is het inzichtelijk krijgen van het aantal dubbelwachtenden in de ggz. Het betreft zorgvragers die voor dezelfde zorgvraag op intakewachtlijsten van meerdere zorgaanbieders staan.

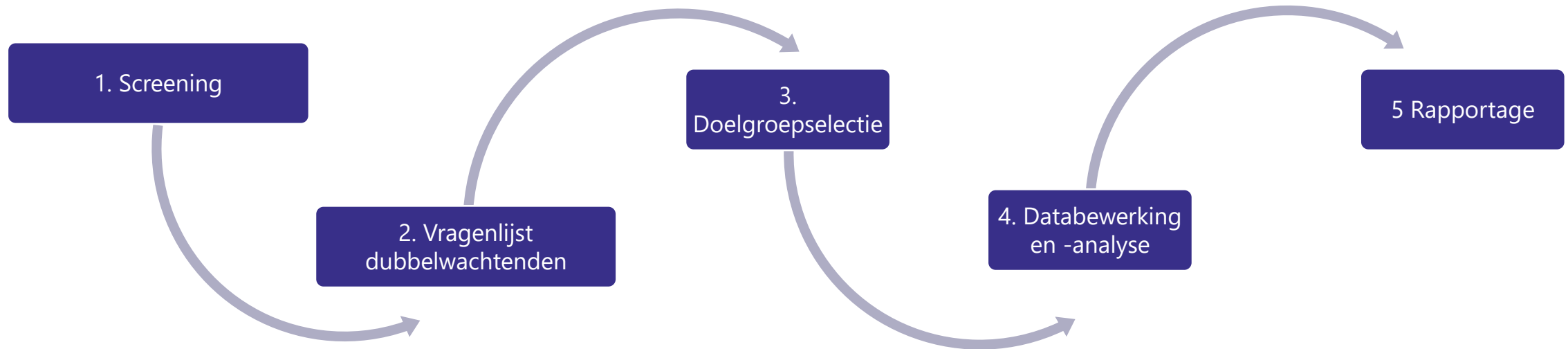
Een tweede doel is om het ontstaan van dubbelwachtenden beter te begrijpen. De resultaten moet handvatten bieden om het beeld van het aantal wachtenden in de ggz nader te duiden.

1. Welk percentage van de mensen op intake-wachtlijsten in de ggz staat op meerdere wachtlijsten voor dezelfde zorgvraag?
2. Wat zijn redenen waarom patiënten zich inschrijven bij meerdere zorgaanbieders?
3. Wat zijn redenen dat patiënten zich niet inschrijven bij meerdere zorgaanbieders?
4. Bij hoeveel zorgaanbieders hebben patiënten zich ingeschreven als dit bij meer dan één is?
5. Hoe liep het proces tussen de eerste inschrijving en een tweede en volgende?

Daarnaast willen we als mogelijk de volgende onderzoeksvragen beantwoorden op meer detailniveau:

6. Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen?
7. Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen tussen achtergrondkenmerken van patiënten (denk aan leeftijd, opleiding, geslacht)?
8. Zijn er regionale verschillen in het aantal dubbelwachtenden?

Het proces tijdens het onderzoek



Er is gebruik gemaakt van een online panel. Deelnemers hebben een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan het onderzoek over dubbelwachtenden in de ggz. Om in kaart te brengen of mensen op een ggz-wachtdienst staan of hebben gestaan de afgelopen twaalf maanden, is een screeningsvraag uitgezet onder het panel van het panelbureau. Om tot de juiste selectie te komen is tussen 1 tot en met 19 mei 2022 een screeningsvraag gesteld aan het online panel. Deze luidt als volgt:

Screeningvraag

Heeft u of een volwassen huisgenoot zich de afgelopen 24 maanden aangemeld voor Geestelijke Gezondheidszorg? (bijvoorbeeld bij een psycholoog, psychiater of GGZ instelling)? Aanmelding gaat meestal via verwijzing van de huisarts of andere zorginstelling maar kan soms ook direct. Let op: coaches en praktijkondersteuners vallen hier niet onder.

1. Ja, ik heb me de afgelopen 12 maanden aangemeld

- 2. *Ja, een volwassen huisgenoot of heeft zich de afgelopen 12 maanden aangemeld*
- 3. *Afgelopen jaar niet, maar het jaar ervoor heb ik me wel aangemeld*
- 4. *Afgelopen jaar niet, maar het jaar ervoor heeft een volwassen huisgenoot zich wel aangemeld*
- 5. *Nee*

Alle personen die **antwoord 1** hebben gegeven, zijn benaderd (2018 personen) om mee te doen aan een online vragenlijst, waarbij wordt gevraagd op hoeveel wachtlijsten zij staan en hoe dit proces is gelopen.

2018 personen zijn benaderd om deel te nemen aan het vragenlijstonderzoek (24 tot en met 30 mei 2022). Deze personen hebben zich in de periode mei 2021- mei 2022 ingeschreven bij een ggz-aanbieder. Het doel om **700** ingevulde vragenlijsten te ontvangen is behaald. Voor het onderzoek zijn we op zoek gegaan naar de groep die bij een of meerdere ggz-aanbieders op een wachtlijst stond voor een intake voor dezelfde ggz-gerelateerde zorgvraag. **447** mensen voldeden aan deze voorwaarden.

Om deze groep in beeld te krijgen, zijn aan het begin van de vragenlijst twee validatievragen gesteld:

1. "Is er een moment geweest dat u op wachtlijsten van meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd stond, voorafgaand aan de diagnose/intake, en zo ja, hoeveel?" (volledige vraag)

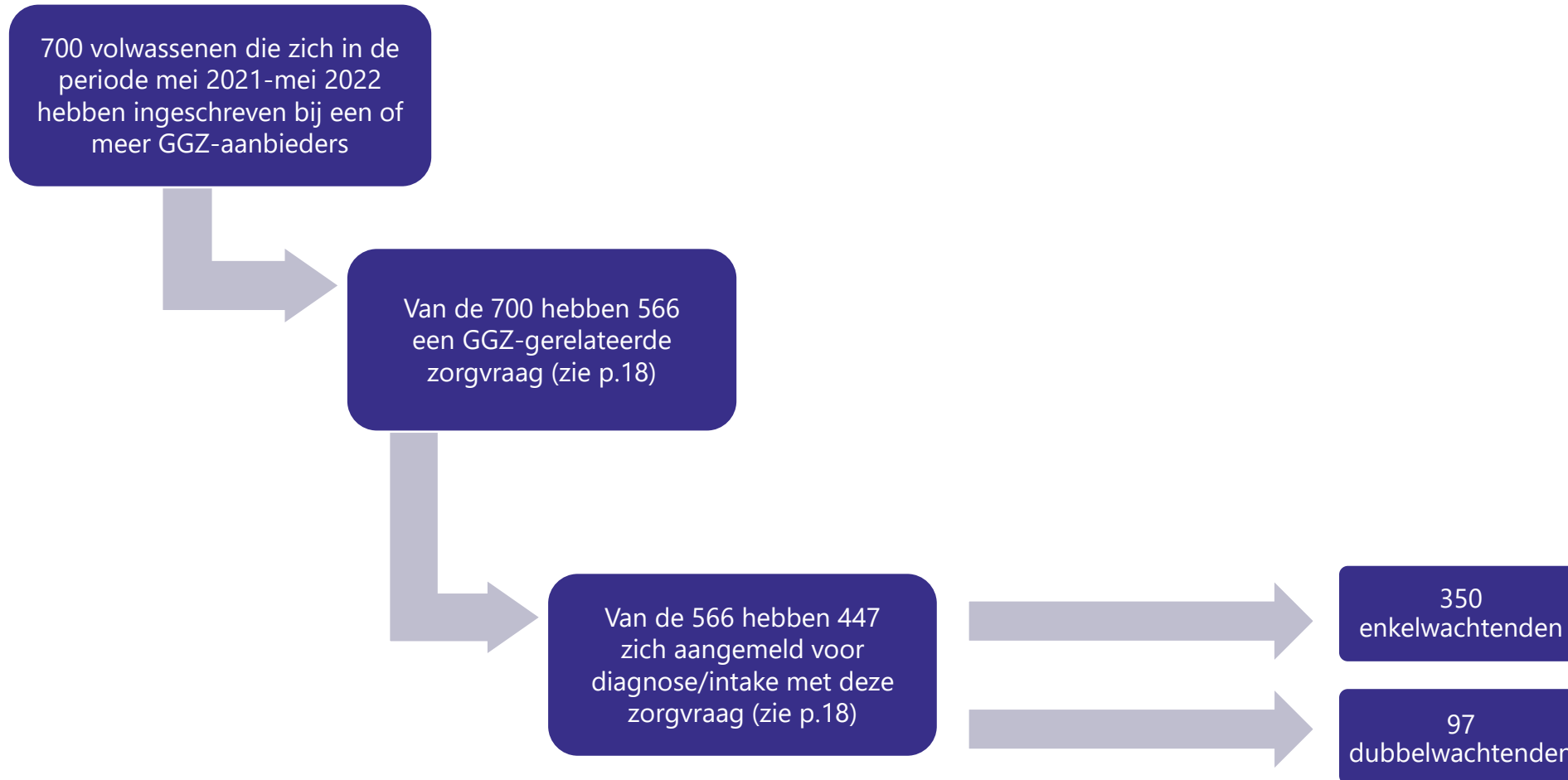
Geldige antwoorden: Ja, namelijk [aantal], Ja, maar ik weet niet op hoeveel, Nee, ik stond op 1 wachtlijst.

2. "Wat was de belangrijkste zorgvraag waarvoor u op deze wachtlijst(en) staat of heeft gestaan? Meerdere antwoorden mogelijk." (volledige vraag)

Geldige antwoorden zijn de ggz-gerelateerde zorgvragen: Depressie/somberheid, Persoonlijkheidsstoornissen, Eetproblemen, Verslaving gerelateerd aan alcohol en/of drugs, Autisme (of vermoeden van autisme), Aandachtstekort en hyperactiviteit (ADD/ADHD), Angstproblemen/angstigheid.

De personen die niet aan de criteria voldeden, zijn daarna uit de vragenlijst geleid. Dit zijn personen die niet voor dezelfde zorgvraag of niet voor een intake op meerdere wachtlijsten staan of geen ggz-gerelateerde zorgvraag hebben. De volledige vragenlijst bestaat uit 9 verschillende vragen: enkelwachtenden hebben 7 vragen gekregen; wachtenden op twee wachtlijsten 10 en op drie wachtlijsten 14 vragen (enkele vragen zijn herhaaldelijk gesteld tot een maximum van 3 keer). Deze vragen zijn bedoeld om een beter beeld te krijgen van elke aanmelding (zoals de totstandkoming en de tijd tussen inschrijvingen). Daarnaast is gevraagd naar redenen voor het inschrijven bij 1 ggz-aanbieder en reden voor het inschrijven bij meerdere ggz-aanbieders.

700 personen zijn aan de vragenlijst begonnen. 447 daarvan behoorde tot de doelgroep die binnen de scope van het onderzoek valt. Door de twee validatievragen te stellen zijn we stapsgewijs tot de afbakening van de doelgroep gekomen.



Bewerking databestand

Voordat resultaten gerapporteerd worden, worden de data bewerkt. Onder databewerking vallen het construeren van variabelen, wegen en toetsing.

- **Constructie van variabelen (klassen of subgroepen maken)**

Een voorbeeld hiervan is de postcode. Er zijn te weinig mensen met dezelfde postcode om te kijken of er verschillen tussen deze mensen zijn. De gegevens worden in dat geval bewerkt om de postcodes te groeperen tot regio's. Zo kunnen we kijken of er verschillen zijn tussen bijvoorbeeld dubbelwachtenden en enkelwachtenden naar regio. Hetzelfde geldt voor de leeftijd in jaren. Ook hiervan hebben we leeftijdsklassen gemaakt.

- **Weging**

Een andere bewerking is de weging van de respondenten. Om een goede weerspiegeling te hebben van de populatie naar leeftijd en geslacht is de responsgroep herwogen. Zo zaten er in de responsgroep 32% mannen, maar zijn dit er 43% in de populatie. Aan de mannen in het onderzoek is daarom een zwaarder gewicht (dan 1) toegekend in het onderzoek en aan de vrouwen iets minder (dan 1).

- **Toetsing**

Tot slot zijn verschillende toetsen uitgevoerd, zoals het toetsen van verschillen tussen dubbel- en enkelwachtenden, of het toetsen van het verband tussen het aantal zorgvragen en of men op één of meerdere wachtlijsten staat. Naast toetsing zijn van alle vragen in de vragenlijst frequentietabellen gemaakt waarin de absolute en procentuele aantallen per vraag zijn weergegeven.

Opbouw van het rapport

In dit hoofdstuk is de achtergrond en onderzoeksopzet beschreven. In het voorgaande hoofdstuk (hoofdstuk 1) is een samenvatting van de achtergrond en de antwoorden op de onderzoeksvragen.

In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksvragen beantwoord. Per onderzoeksvraag worden de resultaten weergegeven. In de kop wordt telkens de onderzoeksvraag genoemd, gevolgd door het antwoord. Het antwoord wordt ondersteund met een grafiek of diagram. Waar nodig wordt een toelichting gegeven in een kadertje: soms inhoudelijk, soms onderzoekstechnisch gerelateerd. In hoofdstuk 4 ten slotte staan de bijlagen (onderzoeksverantwoording en vragenlijst).

Bruikbaarheid van de resultaten en kanttekeningen bij het onderzoek

Voor elke onderzoeksmethode geldt dat er voor- en nadelen aan kleven. Zo ook bij een vragenlijstonderzoek. Voordelen zijn dat de vragen gestandaardiseerd zijn en er dus cijfermatige uitspraken mogelijk zijn en dat het onder een grote groep in korte tijd uitgezet kan worden. Een beperking van dit type onderzoek is dat vragenlijsten niet te lang mogen zijn. Dat was in dit onderzoek geen issue aangezien de lengte van de vragenlijst beperkt was. Een andere beperking is dat het in dit vragenlijstonderzoek om zelfrapportage (dus subjectieve ervaringen) van mensen ging. Dat heeft als bijkomend risico dat mensen onjuiste antwoorden kunnen geven, omdat ze zich bepaalde zaken niet meer of anders herinneren of de vraagstelling anders begrijpen. Zo geven enkele personen aan dat ze op meerdere wachtlijsten staan, maar niet meer precies weten op hoeveel. Ook zijn er enkelen die als reden voor meerdere aanmeldingen aangeven dat ze meerdere zorgbehoeften hebben. Dit betekent dat ze zich mogelijk niet voor dezelfde zorgvraag bij meerdere aanbieders hebben ingeschreven. Dit gegeven is overigens überhaupt moeilijk scherp in beeld te krijgen; ook in de databestanden van ggz-aanbieders zelf is dit niet (altijd) bekend en is vaak nog geen diagnose gesteld. Zeker indien sprake is van complexe problematiek kunnen er meerdere zorgbehoeften zijn binnen één zorgvraag.

Dit onderzoek pretendeert dan ook niet het sluitende antwoord te hebben gegeven op de actuele vraagstukken. Het resultaat van dit onderzoek geeft een nadere duiding en voorlopige indicaties ten aanzien van de wachttijdproblematiek onder patiënten die zich aangemeld hebben voor een intake. Het is aan te bevelen dit onderzoek jaarlijks te herhalen (waar mogelijk met enkele verdiepende vragen) om de betrouwbaarheid en validiteit te versterken.

3. Antwoorden op de onderzoeksvragen

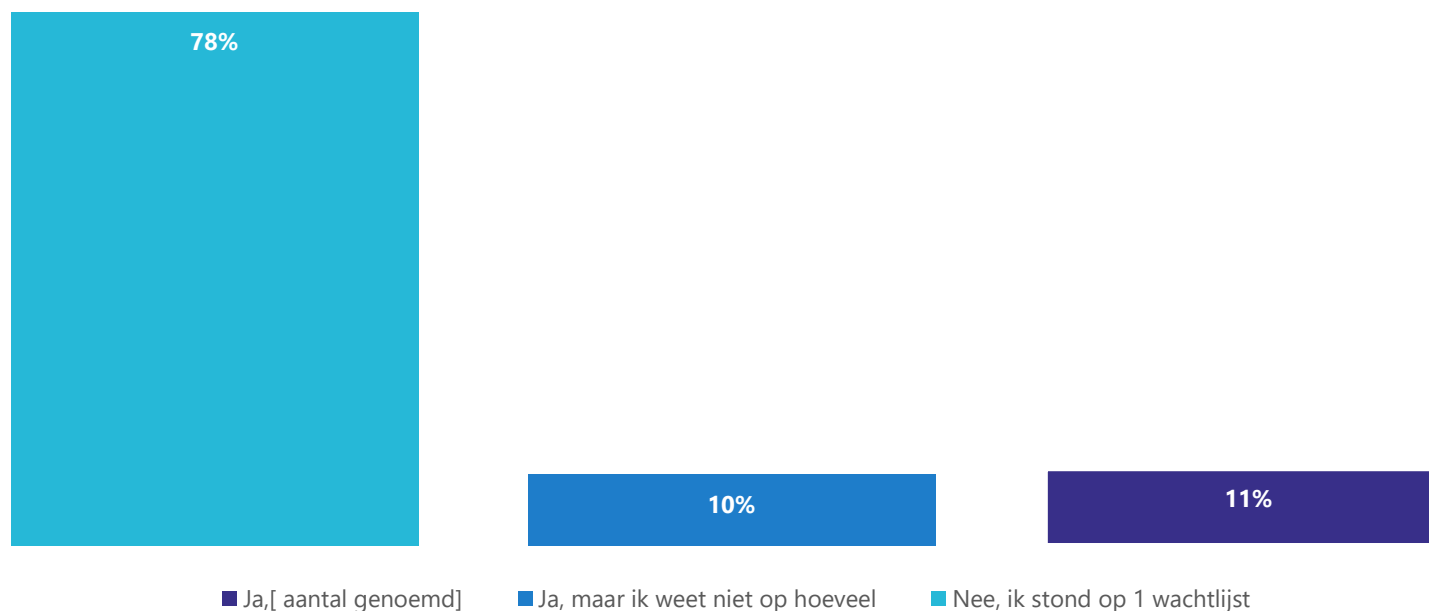
Gebaseerd op totaal aantal GGZ-gerelateerde zorgvragers die zich ingeschreven hebben voorafgaand aan de diagnose/intake in de periode mei 2021 – mei 2022 voor dezelfde zorgvraag (n=447)

Vraag 1: Welk percentage van de mensen op intake-wachttijsten in de ggz staat op meerdere wachtlijsten voor dezelfde zorgvraag?



22% staat op meerdere wachtlijsten voor dezelfde zorgvraag voor diagnose/intake

Is er een moment geweest dat u op wachtlijsten van meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd stond, voorafgaand aan de diagnose/intake en zo ja, hoeveel (n=447)



Toelichting

Ruim driekwart staat op één wachtlijst (350 personen); ongeveer 1 op de 5 staat op meerdere wachtlijsten (97 personen). Een aantal daarvan (47 personen) weet niet precies op hoeveel wachtlijsten zij staan.

Uit een nadere analyse blijkt dat deze personen zich vaker rechtstreeks bij een ggz-aanbieder hebben ingeschreven (zie p.27 voor meer resultaten over de verwijzing).

Methodiek

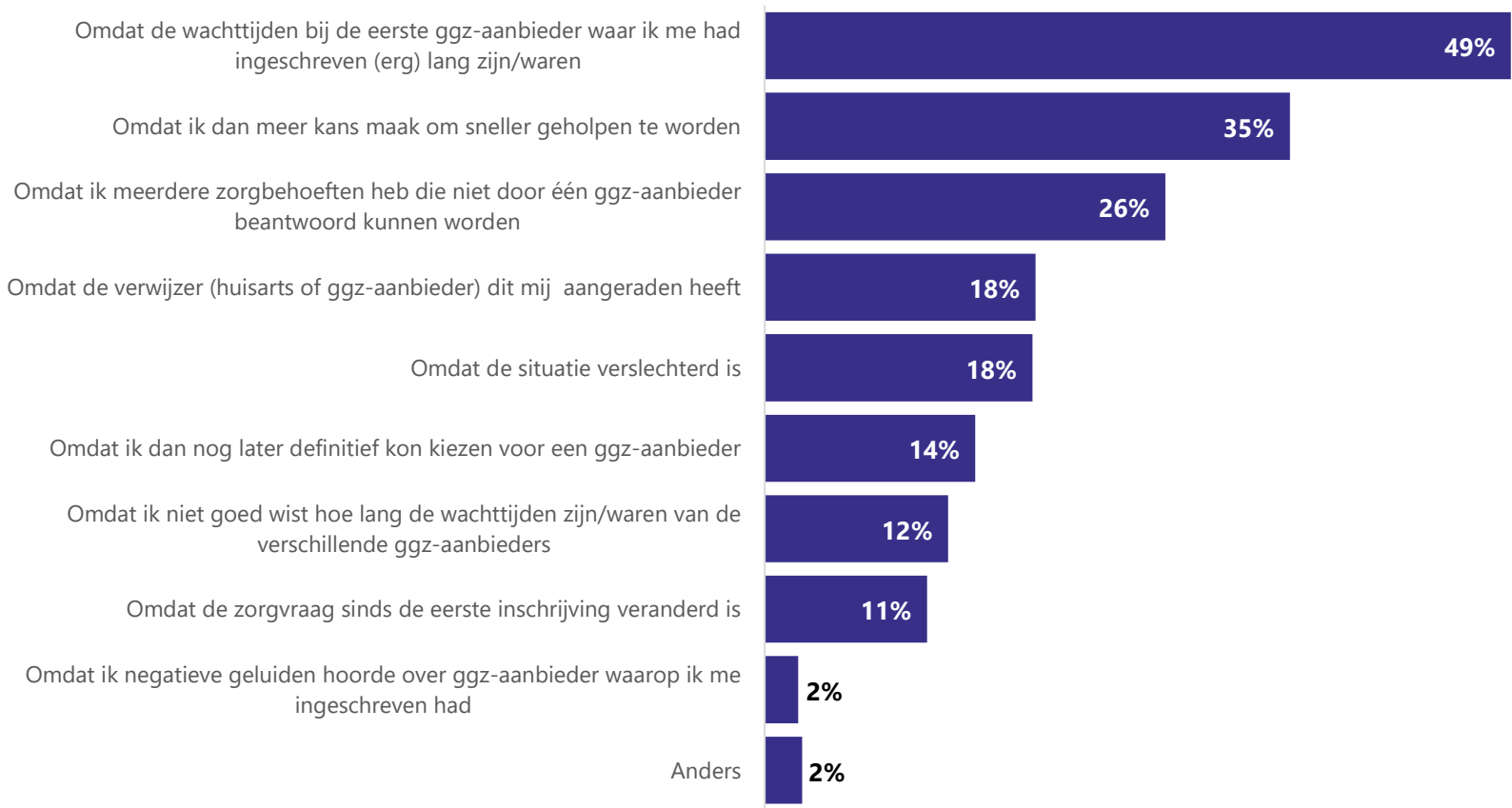
Het betreft hier de groep met een GGZ-gerelateerde zorgvraag die zich ingeschreven heeft voor diagnose/intake bij een of meerdere ggz-aanbieders. Dit zijn 447 personen. Daarvan staan **er 350 (78%) op één wachtlijst en 97 (21%) op twee of meer wachtlijsten**. Van deze 97 zijn er 51 (11,3%) die het aantal inschrijvingen weten te noemen en 47 weten het niet precies (10,4%).

Vraag 2: Wat zijn redenen waarom patiënten zich inschrijven bij meerdere zorgaanbieders?



Meest genoemde reden voor meerdere aanmeldingen zijn lange wachttijden volgens ongeveer de helft

Wat zijn de belangrijkste redenen (geweest) van u voor deze tweede inschrijving? (n=97)



Toelichting

Van de 97 personen die op meerdere wachtlijsten staan, geeft ongeveer de helft aan dat ze zich bij een tweede ggz-aanbieder hebben aangemeld omdat de wachttijden lang zijn. Ongeveer een derde denkt door meerdere aanmeldingen sneller geholpen te kunnen worden.

De meeste geven één a twee redenen op (49% geeft één reden op en 34% twee redenen).

Methodiek

21% staat op **meerdere wachtlijsten**, zoals op pagina 23 is weergegeven. Dat zijn in totaal 97 van de 447 personen.

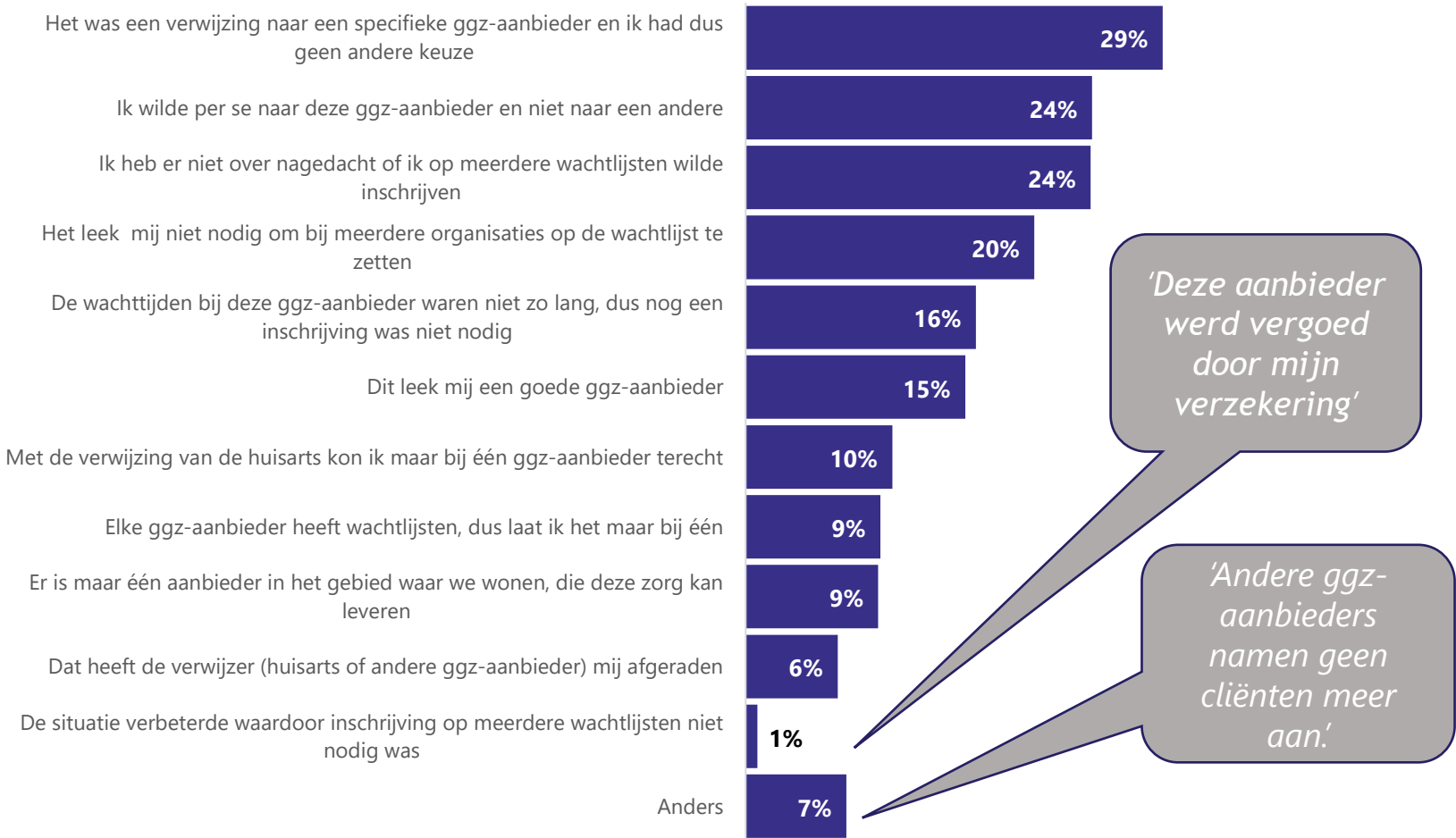
Bij deze vraag konden meerdere antwoorden gegeven worden. Het totaalpercentage telt daarom op tot boven 100%,

Vraag 3: Wat zijn redenen dat patiënten zich niet inschrijven bij meerdere zorgaanbieders?



Meest genoemde reden voor één aanmelding is dat mensen geen andere keuzes hadden (29%)

Waarom heeft u zich maar bij één ggz-aanbieder op de wachtlijst ingeschreven, en niet bij meerdere? (n=350)*



Toelichting

Van de 350 personen die op meerdere wachtlijsten staan, geeft 29% aan dat ze geen andere keuze hadden. Een kwart noemt dat ze per se naar deze aanbieder wilde en nog eens een kwart dat ze er niet over nagedacht hadden vantevoren.

De meeste geven één a twee redenen op (60% één reden; 21% twee redenen).

7% heeft een andere reden opgegeven. Zo hebben 4 personen aangegeven dat andere aanbieders geen cliënten meer aannamen (aanmeldstop) en noemden drie personen als reden dat deze aanbieder vergoed werd door de verzekering.

Methodiek

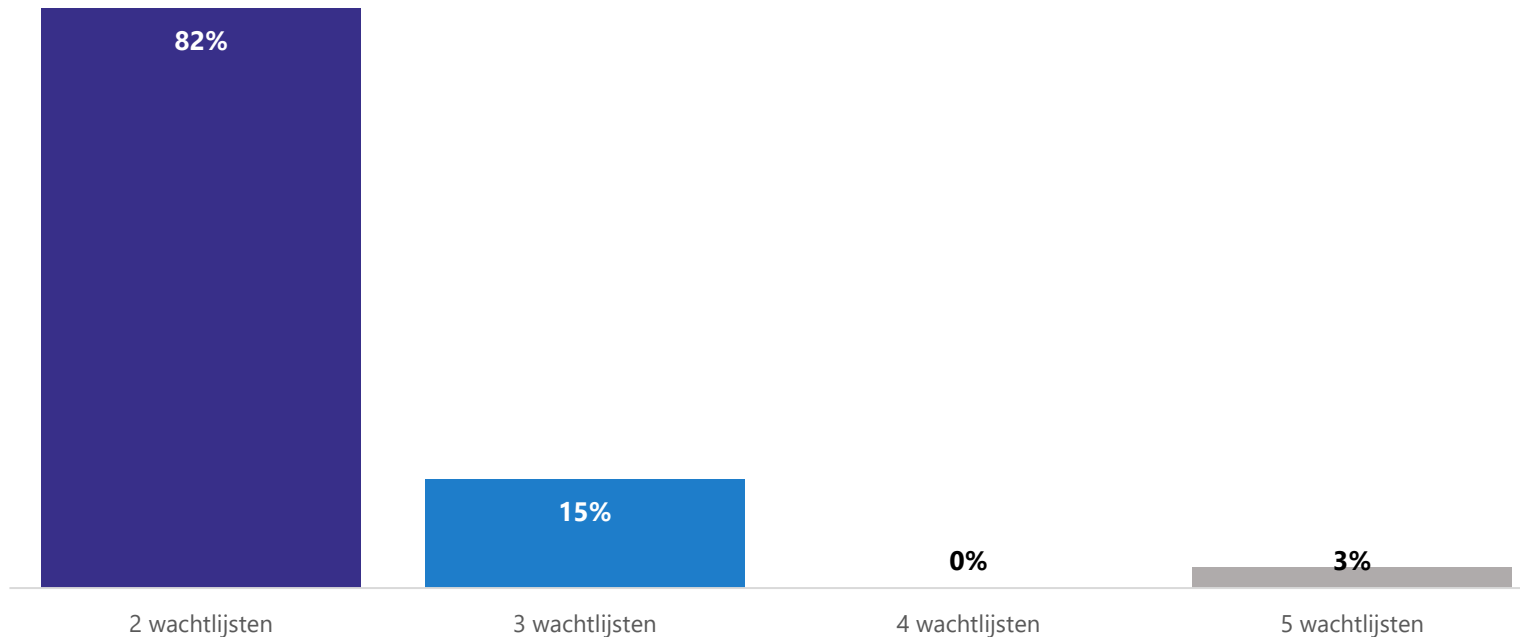
78% staat op **één wachtlijst**, zoals op pagina 23 is weergegeven. Dat zijn in totaal 350 van de 447 personen. Bij deze vraag konden meerdere antwoorden gegeven worden. Het totaalpercentage telt daarom op tot boven 100%,

Vraag 4: Bij hoeveel zorgaanbieders hebben patiënten zich ingeschreven als dit bij meer dan één is?



Gemiddeld staan dubbelwachtenden op twee wachtlijsten

Is er een moment geweest dat u op wachtlijsten van meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd stond, voorafgaand aan de diagnose/intake en zo ja, hoeveel? (n=51)



Toelichting

Van de 51 personen zegt 82% op twee wachtlijsten te staan. Dat zijn 41 personen.

Sommigen staan op meer wachtlijsten: 15% (8 personen) heeft zich bij een derde aanbieder aangemeld en één persoon heeft zich bij vijf aanbieders aangemeld.

Methodiek

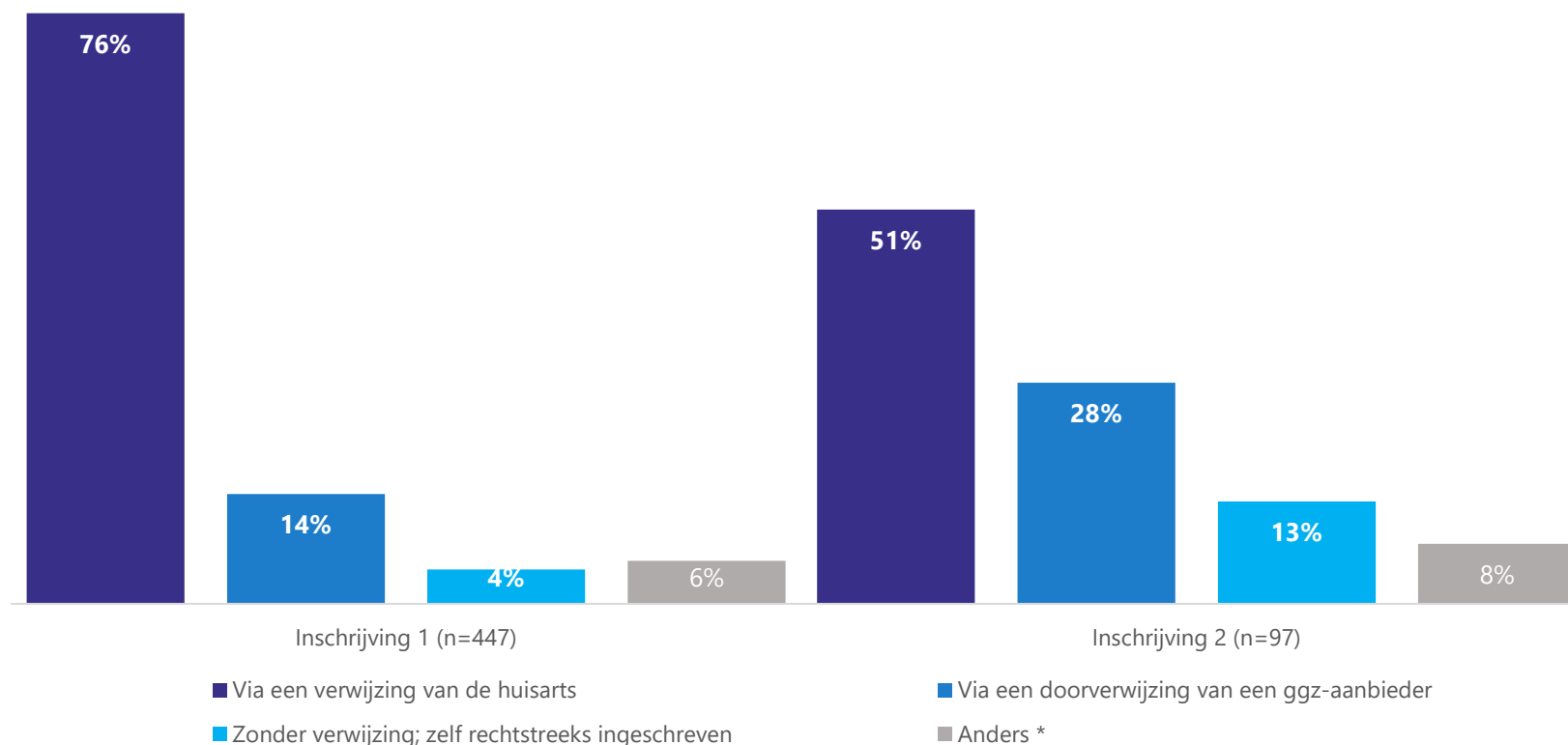
22% heeft in een vorige vraag aangegeven op meerdere wachtlijsten te staan (zie vorige pagina). Dat zijn 97 personen (**dubbelwachtenden**). 51 personen (11%) wisten aan te geven op hoeveel wachtlijsten zij staan.

Vraag 5: Hoe liep het proces tussen de eerste inschrijving en een tweede en volgende?

Bij de tweede aanmelding relatief hoog aantal doorverwijzingen via een ggz-aanbieder



Hoe is deze inschrijving tot stand gekomen? (n=447)



Toelichting

Overall vindt aanmelding vooral plaats via een verwijzing van de huisarts. Ruim driekwart is bij de eerste en 51% bij de tweede aanmelding verwezen door de huisarts.

Opvallend is het aantal doorverwijzingen door een ggz-aanbieder. Waar dit bij de eerste aanmelding nog 14% betreft, is dit bij de tweede opgelopen tot ruim een kwart (28%).

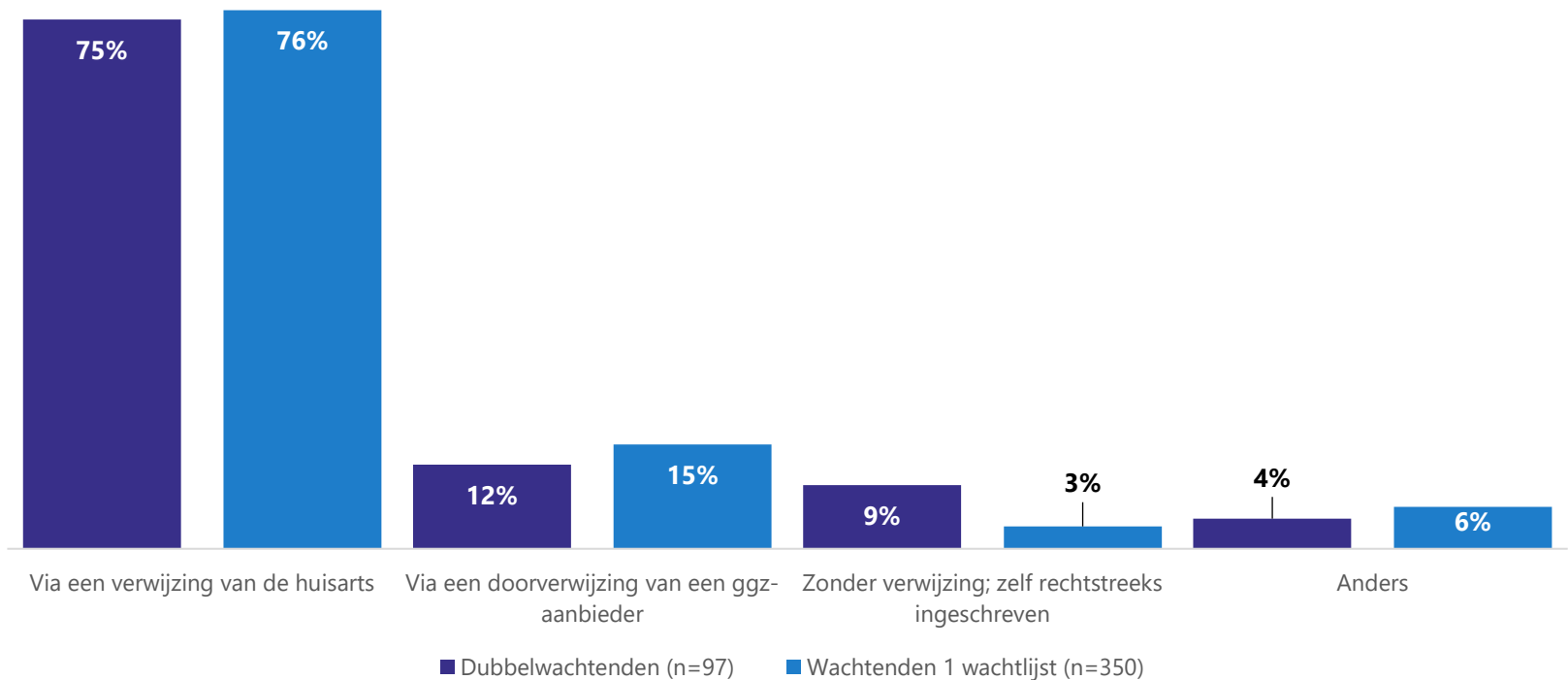
Methodiek

447 personen hebben zich bij (minimaal) één ggz-aanbieder aangemeld voor diagnose/intake (**dubbel- en enkelwachtenden bij elkaar**). 97 daarvan hebben zich ook bij een tweede aanbieder aangemeld en 9 hebben zich bij drie of meer aanbieders aangemeld. Omdat deze groep erg klein is (n=9) worden deze buiten beschouwing gelaten.

Overige inzichten bij onderzoeksvraag 5: verschillen dubbel- en enkelwachtenden (1)

Dubbelwachtenden hebben zich vaker rechtstreeks zonder verwijzing aangemeld

Hoe is de inschrijving tot stand gekomen? (n=447)



Toelichting

Opvallend is dat dubbelwachtenden zich vaker rechtstreeks bij een ggz-aanbieder hebben aangemeld dan enkelwachtenden (9% tegenover 3%). Verder zijn er nauwelijks verschillen tussen dubbel- en enkelwachtenden. Voor beide groepen geldt dat zij in de meeste gevallen verwezen zijn via de huisarts (75% en 76%).

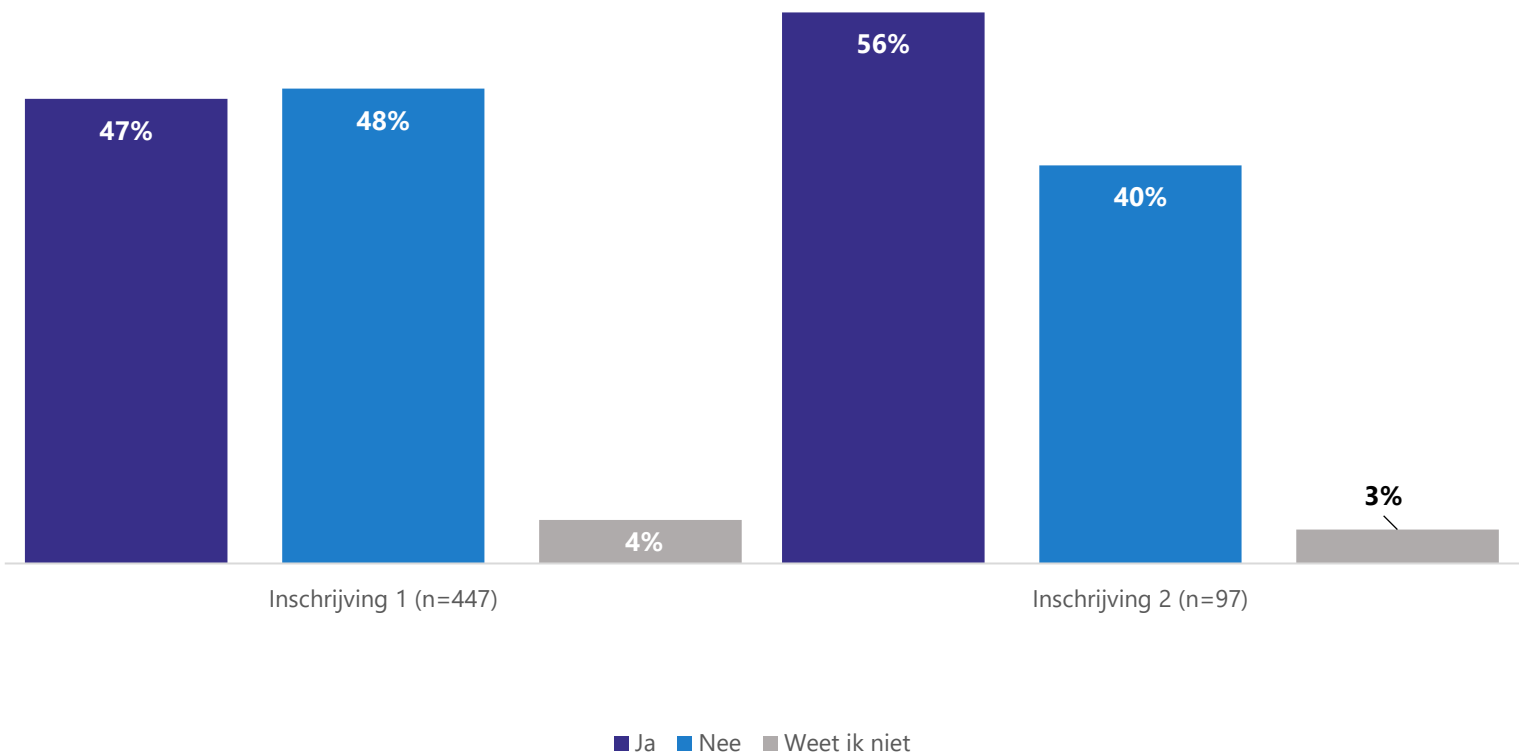
Methodiek

447 personen hebben zich bij minimaal één ggz-aanbieder aangemeld.

Overige inzichten bij onderzoeksvraag 5: was er al een diagnose gesteld?

In ongeveer de helft van de gevallen was er al een diagnose gesteld voorafgaand aan de aanmelding

Was er voor deze inschrijving al een diagnose gesteld? (n=447)



Toelichting

Bij de eerste aanmelding is bij 47% al een diagnose gesteld voorafgaand aan de intake. Het gaat hier om de totale groep (dubbel- en enkelwachtenden). Kijken we naar de afzonderlijke groepen dan valt op dat met name onder dubbelwachtenden de diagnose al gesteld was. Zie volgende pagina.

Methodiek

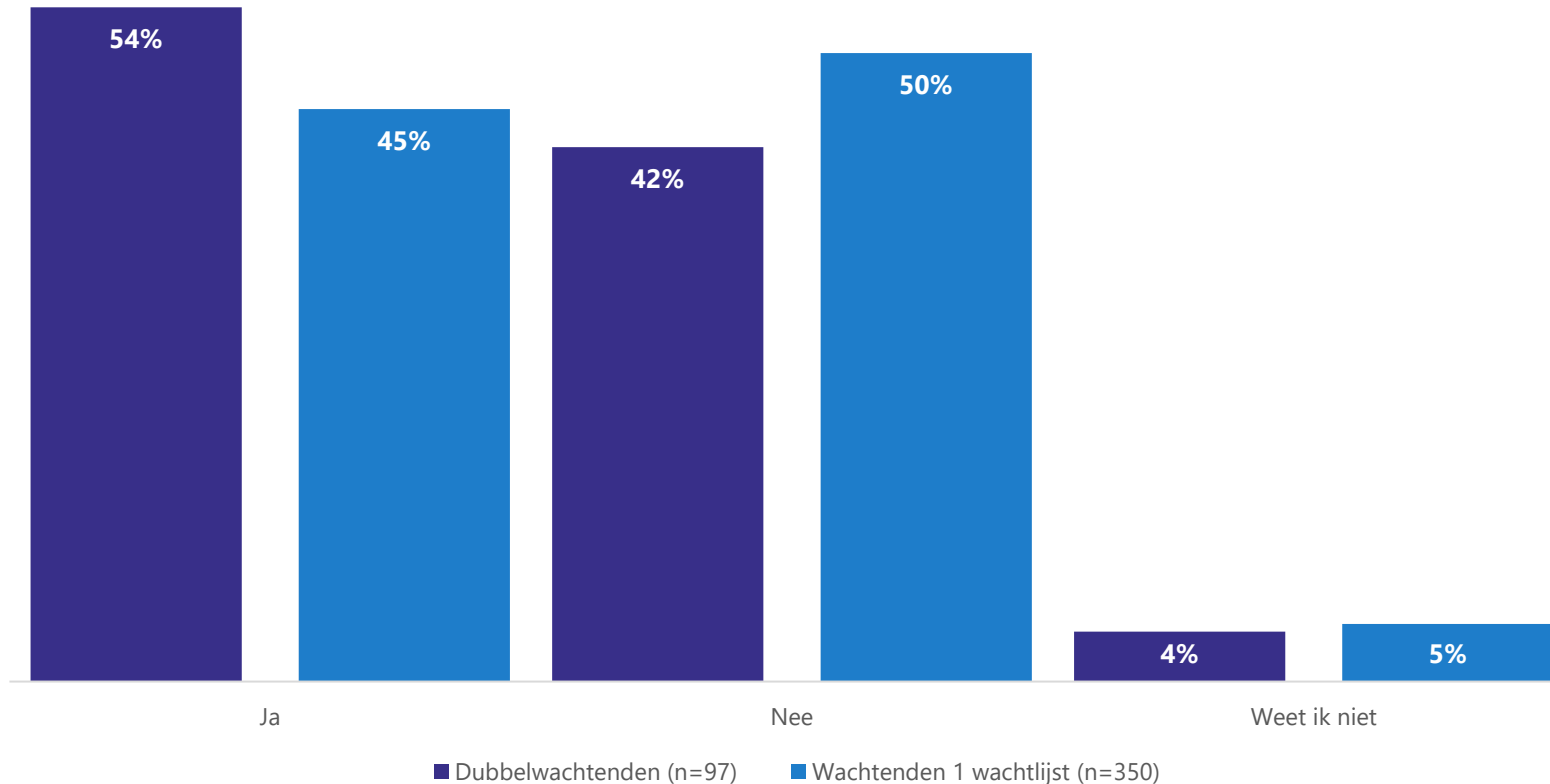
Er is gevraagd of er voorafgaand aan de intake al een diagnose gesteld was. Aan de linkerkant is de totale groep van 447 personen weergegeven. Hierin zitten dus **zowel enkel- als dubbelwachtenden**. Aan de rechterkant gaat het alleen om de dubbelwachtenden (97 personen). Deze vraag is voor elke aanmelding gesteld tot een maximum van 3. De uitkomsten m.b.t. de derde aanmelding is vanwege een te lage responsgrootte (n=9) buiten beschouwing gelaten.

Overige inzichten bij onderzoeksvraag 5: verschillen dubbel- en enkelwachtenden (2)



Bij meer dan de helft van de dubbelwachtenden was er bij de eerste aanmelding al een diagnose gesteld

Was er voor deze inschrijving al een diagnose gesteld? (n=447)



Toelichting

Bij dubbelwachtenden is vaker (54%) al een diagnose bekend bij de **eerste** aanmelding dan bij enkelwachtenden (45%).

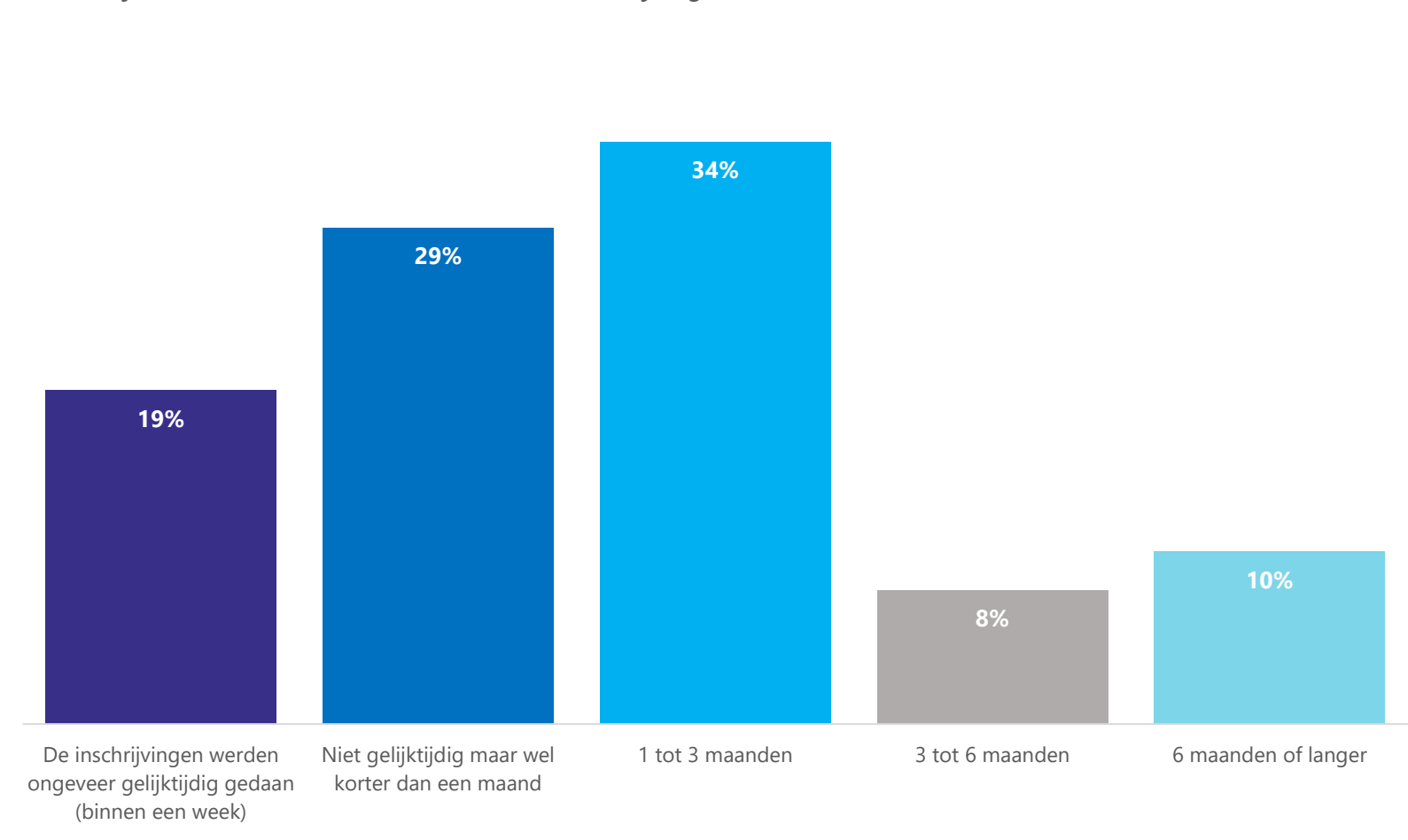
Methodiek

Er is gevraagd of er voorafgaand aan de intake al een diagnose gesteld was. De resultaten hiernaast gaan over de eerste aanmelding. De verschillen die hier getoond worden zijn niet statistisch significant.

Overige inzichten bij onderzoeksvraag 5: tijd tussen inschrijvingen

Tweede aanmelding volgt veelal binnen een maand; 1 op de 5 doet dat zelfs tegelijkertijd

Hoeveel tijd zat er tussen de eerste en tweede inschrijving? (n=97) *



Toelichting

Bijna de helft (19%+29%) heeft zich binnen een maand bij een tweede ggz-aanbieder aangemeld. 19% deed dat zelfs vrijwel tegelijkertijd.

Methodiek

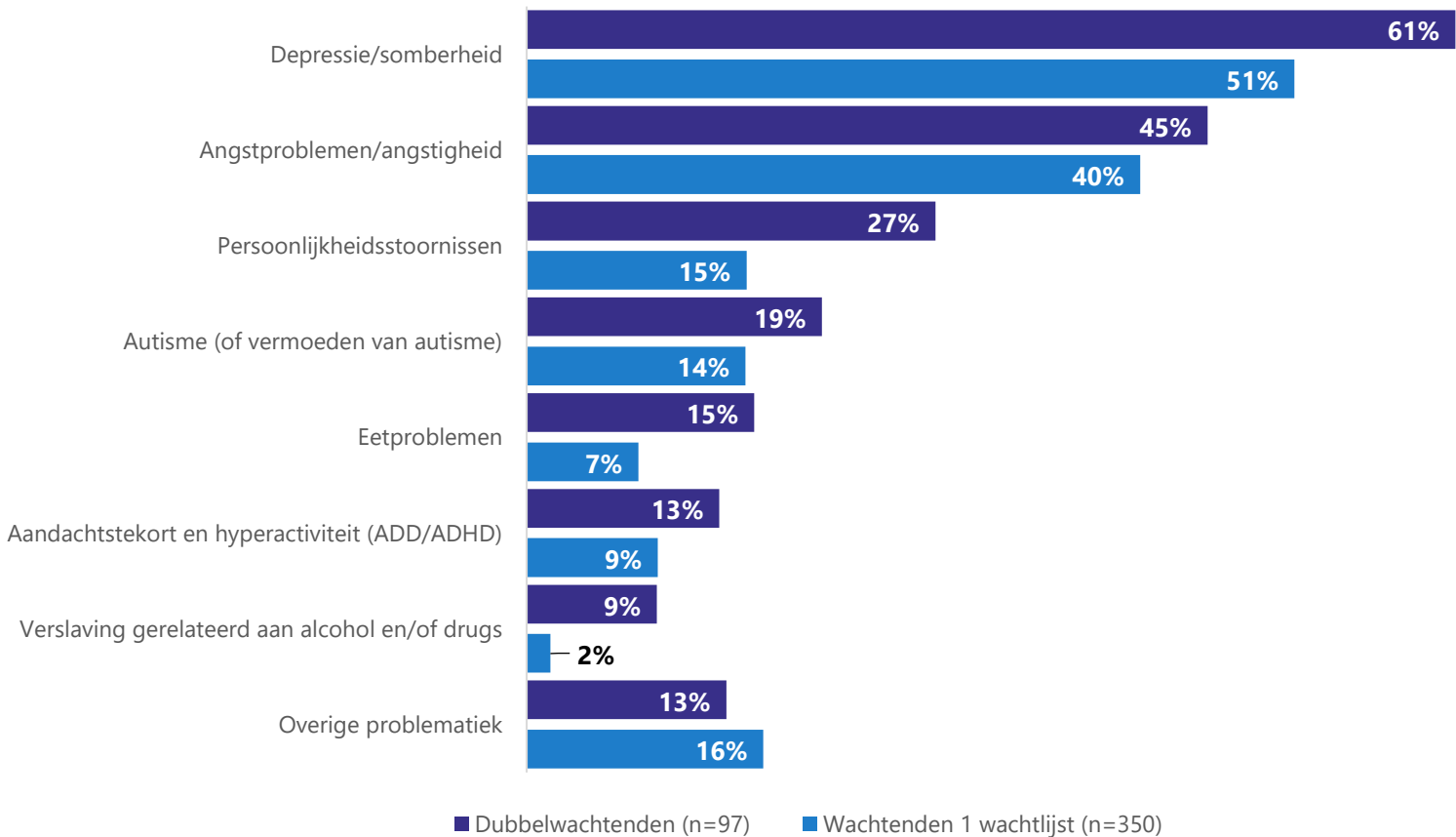
Deze vraag is (uiteraard) alleen voorgelegd aan **dubbelwachtenden**. Dit is beantwoord door 97 personen. Deze vraag is voor elke aanmelding gesteld (tot een maximum van 3). De uitkomsten m.b.t. de derde aanmelding is vanwege een te lage responsgrootte (n=9) buiten beschouwing gelaten. Het gaat hier dus om de tijd tussen de tweede en de eerste inschrijving.

Vraag 6: Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen?



Persoonlijkheids-, eet- en verslavingsproblemen komen beduidend vaker voor onder dubbelwachtenden

Wat was de belangrijkste zorgvraag waarvoor u op deze wachtlijst(en) staat of heeft gestaan?
Meerdere antwoorden mogelijk. (n=447)



Toelichting

Depressie wordt door beide groepen het meest genoemd, gevolgd door angstproblematiek (45%). Overige problematiek betreft veelal trauma's/PTSS (ggz-gerelateerd).

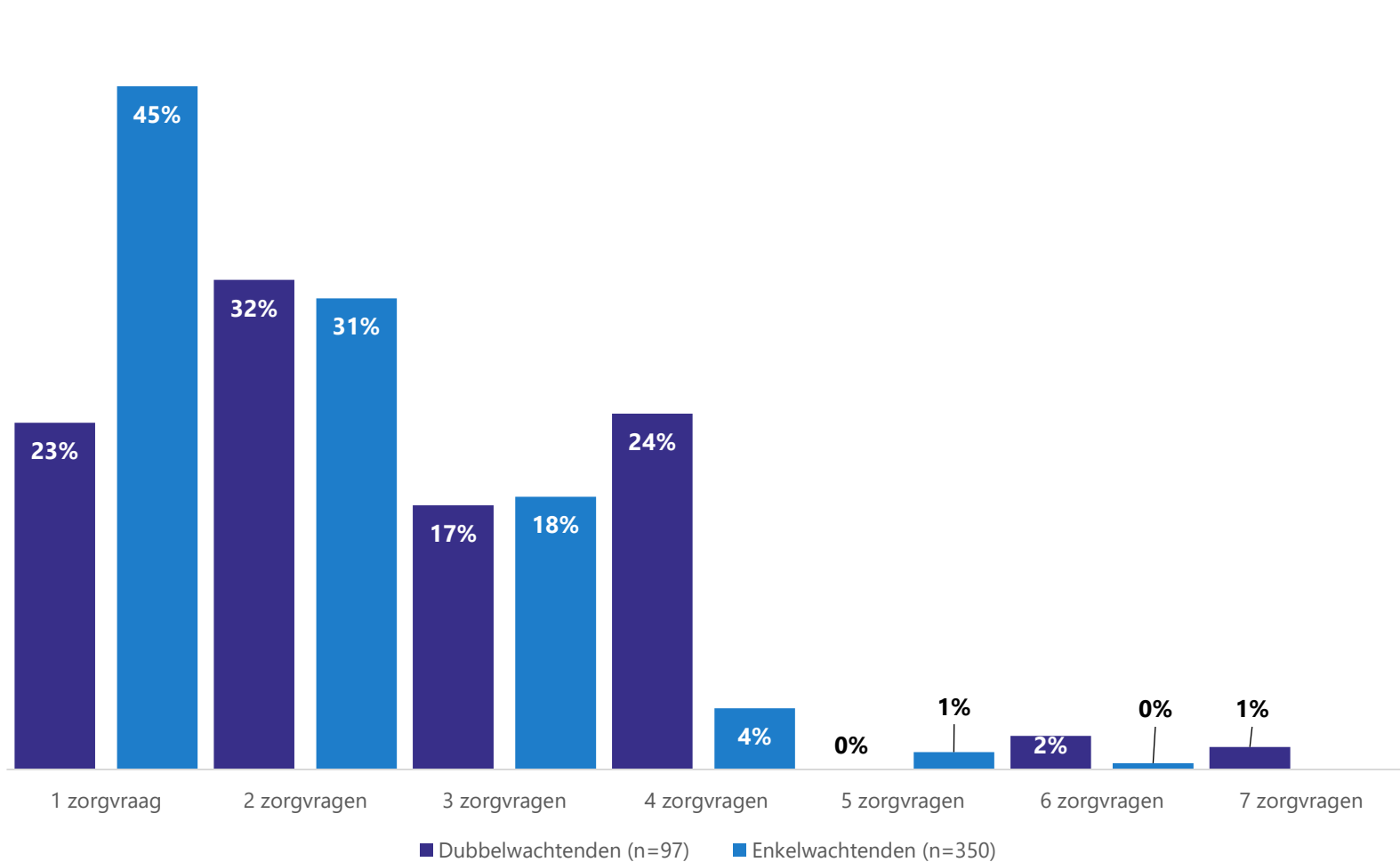
Methodiek

Er is een lijst van zowel ggz- als niet-ggz-gerelateerde zorgvragen voorgelegd als validatievraag. Er konden meerdere antwoorden worden gegeven, waardoor het optelt tot boven 100%. Niet ggz-gerelateerde zorgvragen waren bijv. burn-out, rouw, echtscheidingsproblemen. Indien personen uitsluitend niet-ggz-gerelateerde zorgvragen aanvinkten, werden ze uit de vragenlijst geleid. De resultaten die hier getoond worden zijn van de groep die ggz-gerelateerde zorgvragen heeft aangevinkt al dan niet in combinatie met andere zorgvragen.

Overige inzichten bij onderzoeksvraag 6: aantal zorgvragen dubbel- en enkelwachtenden

Dubbelwachtenden hebben vaker meerdere zorgvragen dan enkelwachtenden

Aantal zorgvragen dat aangegeven is (n=447)



Toelichting

Er zijn duidelijke verschillen tussen dubbel- en enkelwachtenden: 45% van de enkelwachtenden tegenover 23% van de dubbelwachtenden heeft één zorgvraag aangegeven. Bij de dubbelwachtenden heeft 32% twee zorgvragen en circa een kwart heeft er drie.

Methodiek

Zie vorige pagina. De resultaten die hier getoond worden betreft het aantal zorgvragen dat de groep die ggz-gerelateerde zorgvragen heeft, heeft aangekruist. De verschillen zijn statistisch significant ($p < .05$).

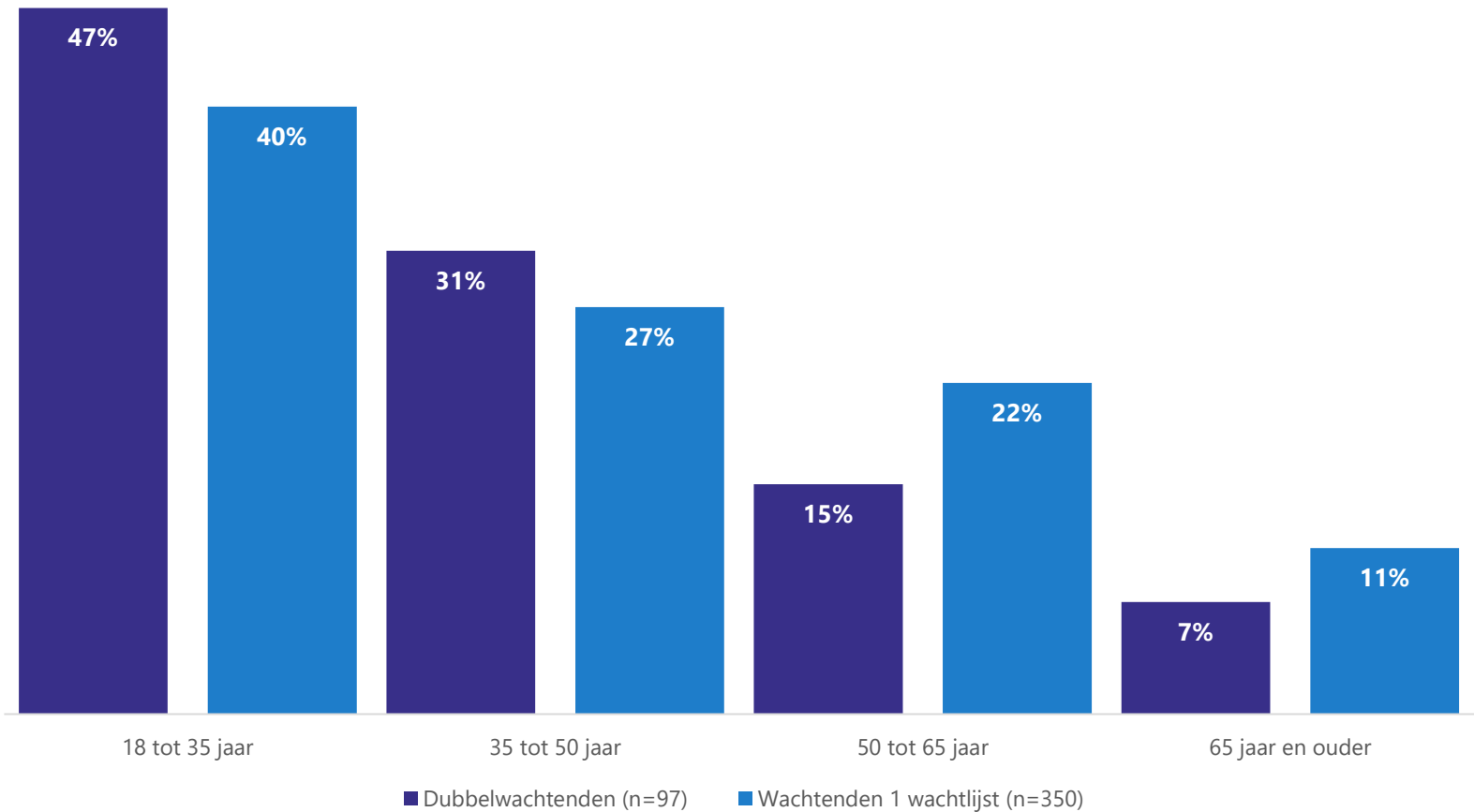
In de vragenlijst is doorgevraagd op de aanmelding(en) voor intake voor de dezelfde (dus één) zorgvraag.

Vraag 7: Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen tussen achtergrondkenmerken van patiënten (denk aan leeftijd, opleiding, geslacht)? (1)



Dubbelwachtenden zijn relatief jonger dan enkelwachtenden (47% tegenover 40%)

Leeftijdsgroepen (n=447)



Toelichting

Onder dubbelwachtenden bevinden zich relatief vaker de jongeren. Onder de enkelwachtenden zijn vaker de ouderen te zien. 33% enkelwachtenden is 50 jaar of ouder tegenover 22% onder de dubbelwachtenden.

Methodiek

De leeftijd is in aantal jaren gevraagd en samengevoegd tot 4 leeftijdsklassen: 18 tot 35 jaar, 35 tot 50 jaar, 50 tot 65 jaar en 65 jaar of ouder.

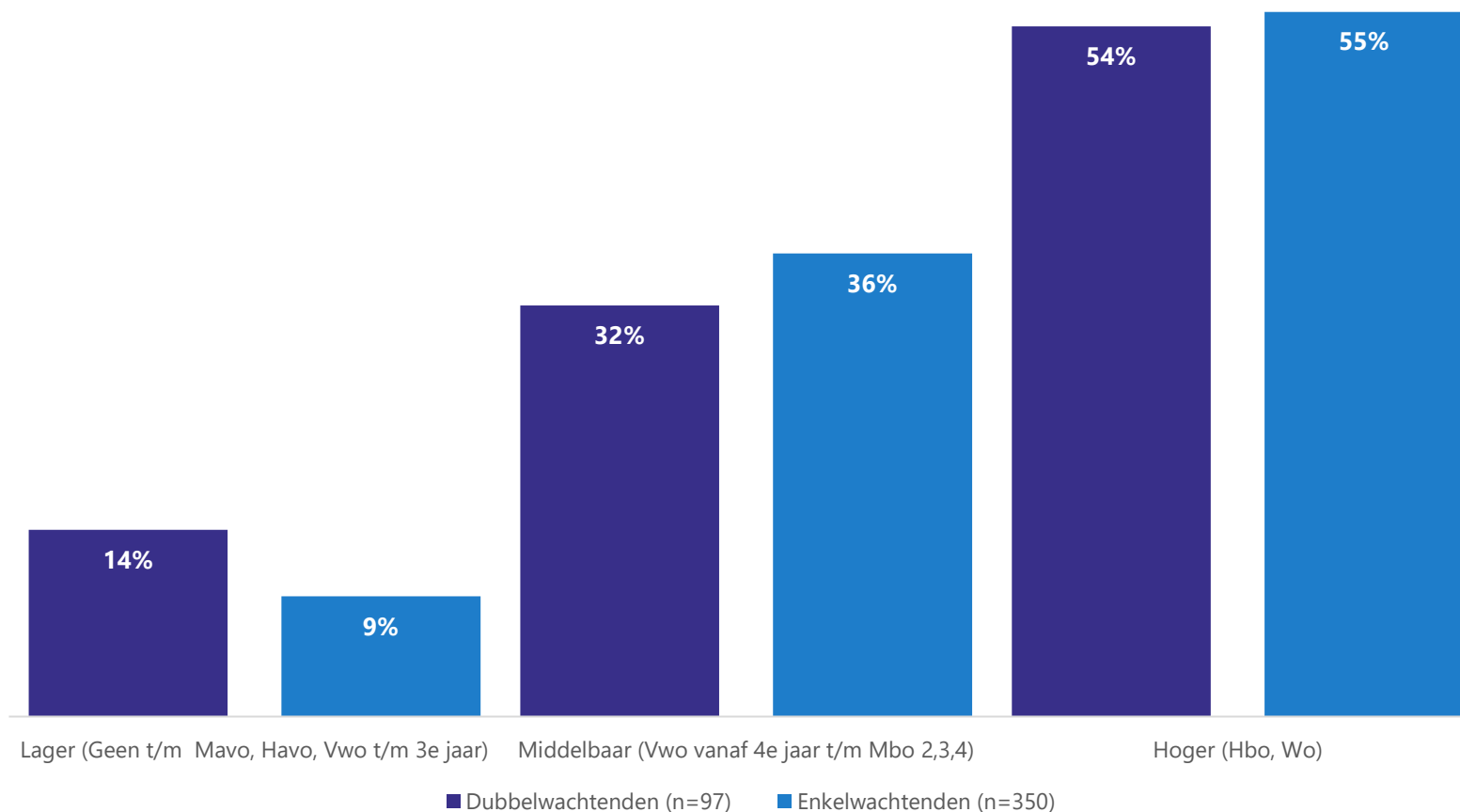
De responsgroep is herwogen naar geslacht. Zie hoofdstuk 3 voor meer uitleg hierover.

Vraag 7: Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aan- doeningen tussen achtergrondkenmerken van patiënten (denk aan leeftijd, opleiding, geslacht)? (2)



Meer dan de helft van de wachtenden (dubbel en enkel) zijn hoger opgeleid

Opleidingsniveau (n=447)



Toelichting

Er zijn weinig verschillen in opleidingsniveau tussen dubbel- en enkelwachtenden.

Dubbelwachtenden zijn wel iets vaker lager opgeleid (14%) dan enkelwachtenden (9%).

Verder valt op dat de meeste wachtenden hoger opgeleid zijn (meer dan de helft).

Methodiek

De opleidingsniveaus zijn samengevoegd tot drie klassen: lager, middelbaar en hoger. In de kolomdiagram zijn tussen haakjes onderliggende opleidingsniveaus te zien. Bijvoorbeeld hoger opgeleid = hbo en wo.

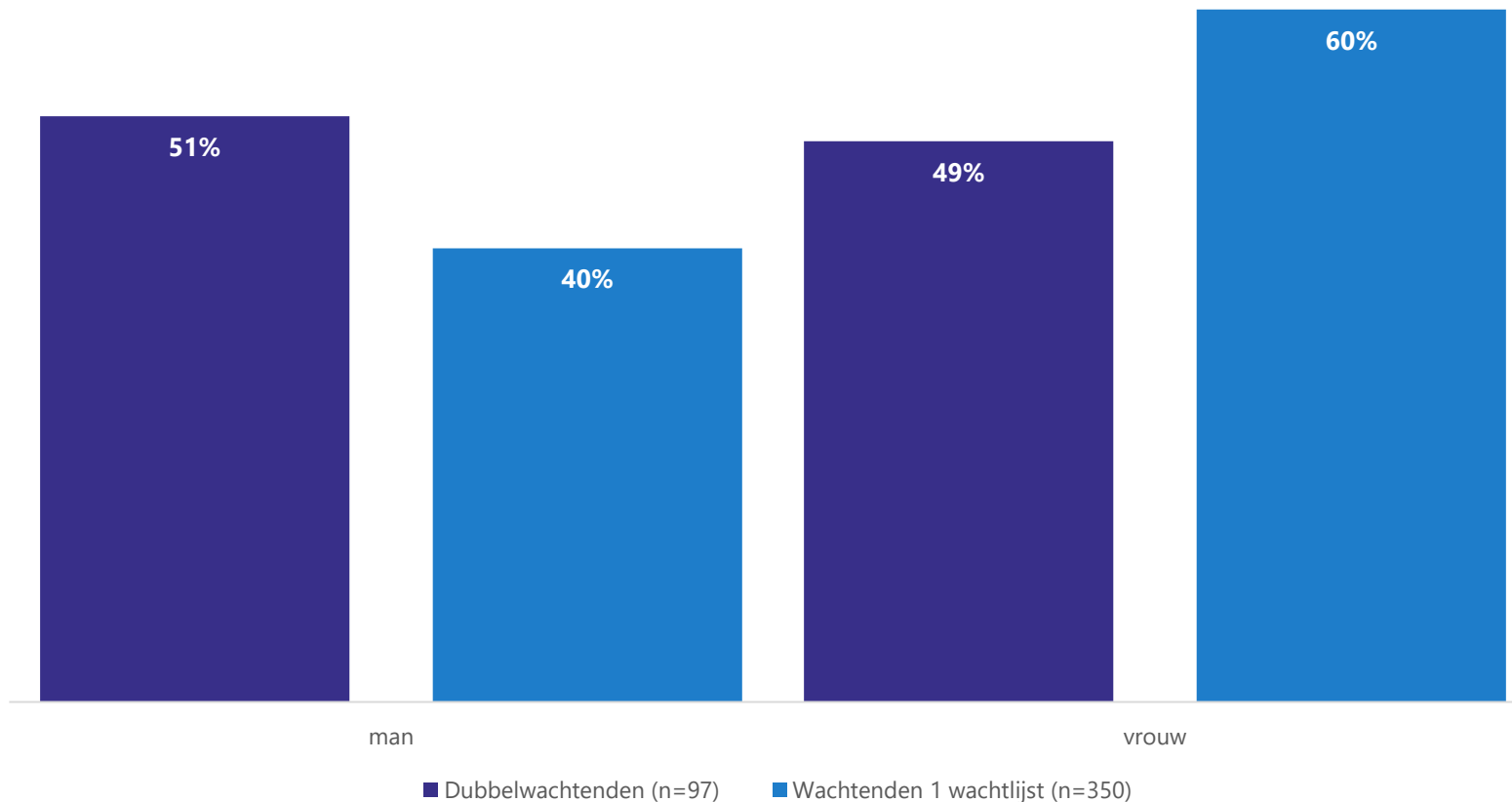
De verschillen zijn statistisch significant ($p < .05$).

Vraag 7: Zijn er verschillen in het percentage dubbelwachtenden voor verschillende aandoeningen tussen achtergrondkenmerken van patiënten (denk aan leeftijd, opleiding, geslacht)? (3)

Onder dubbelwachtenden zijn relatief meer mannen (51%) dan onder enkelwachtenden (40%)



Geslacht (n=447)



Toelichting

Er zijn duidelijke verschillen in geslacht. Er zijn meer mannen onder dubbelwachtenden.

Methodiek

De verschillen zijn statistisch significant ($p < .05$).

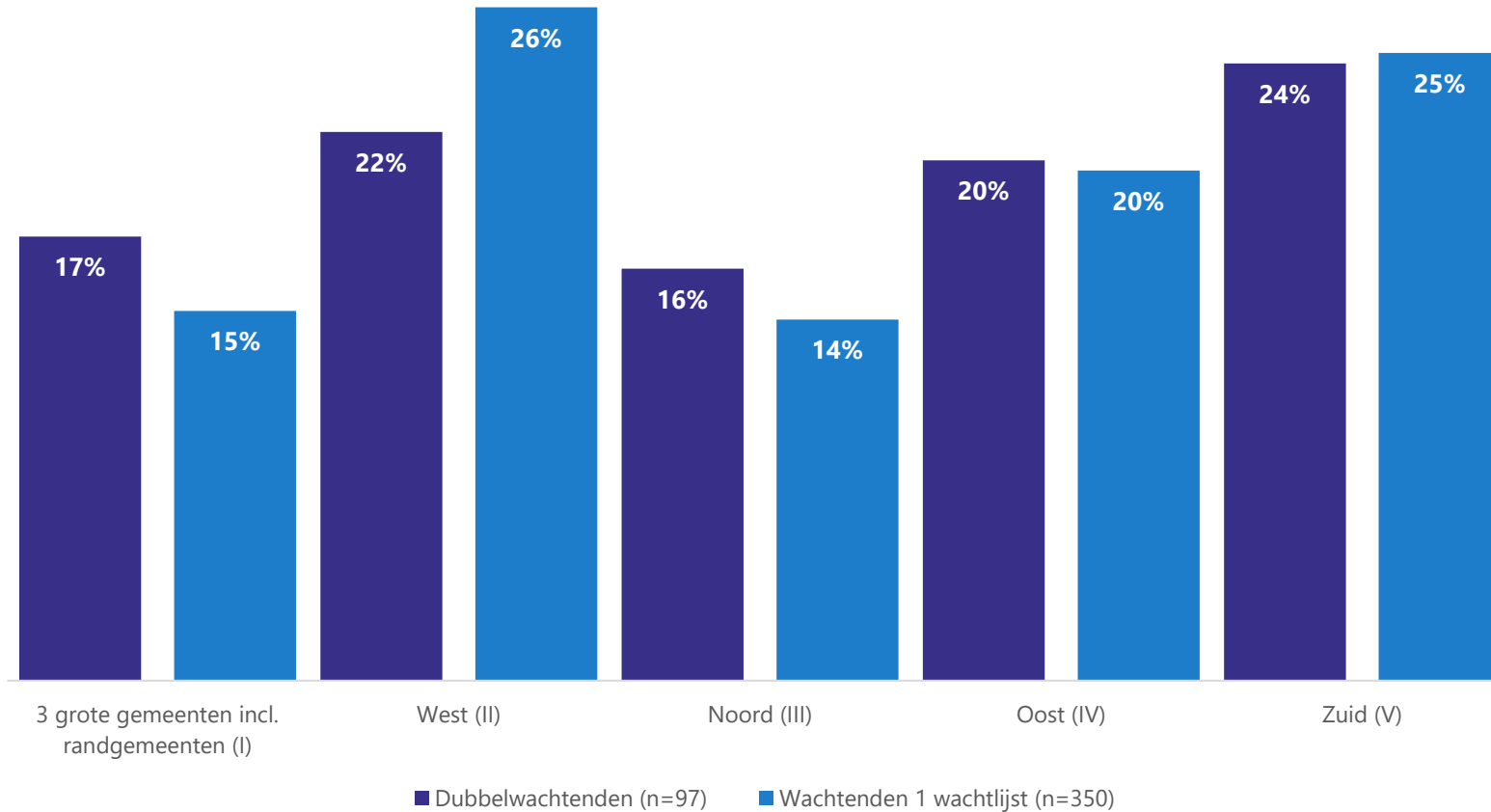
De responsgroep is herwogen naar geslacht. Zie hoofdstuk 3 voor meer uitleg hierover.

Vraag 8: Zijn er regionale verschillen in het aantal dubbelwachtenden?

Er zijn kleine regionale verschillen in aantal tussen dubbel- en enkelwachtenden



Regio naar Nielsenindeling (n=447)



Toelichting

Er zijn kleine regionale verschillen tussen dubbel- en enkelwachtenden. Wel zijn er relatief meer enkel- dan dubbelwachtenden in de regio west (Noord-/Zuid-Holland en Flevoland).

Methodiek

De Nielsenindeling is als volgt:
1= Drie grote steden + randgemeenten;
2= Noord- en Zuid-Holland, Utrecht;
3= Groningen, Friesland, Drenthe;
4= Overijssel, Gelderland, Flevoland;
5= Noord-Brabant, Zeeland, Limburg

De verschillen zijn niet statistisch significant.

4. Bijlagen

- Onderzoeksverantwoording
- Vragenlijst

Veldwerk screening (op basis van screeningvraag)

- Periode: 1-19 mei 2022
- Keuze screeningsgroep 1 (zie rechts); grootte: $N=2018$
- Doel responsgrootte screeningsgroep 1: $n=700$ (gerealiseerd)

Veldwerk uitvraag onder screeningsgroep 1

- Veldwerk uitvraag wachtenden screeningsgroep 1: 24-30 mei 2022.
- Screenout in deze uitvraag indien: aangemeld en minstens 1 inschrijving, maar niet meerdere inschrijvingen tegelijkertijd of niet bekend of belangrijkste zorgvraag onbekend of niet-GGZ-gerelateerde zorgvraag.
- Aantal vragen voor mensen die zich aangemeld hebben voor diagnose/intake en daarbij:
 - op één wachtlijst staan: 7 vragen
 - op twee wachtlijsten staan: 10
 - op drie of meer wachtlijsten staan: 14 (t/m de derde inschrijving bevraagd)

Screeningvraag

Heeft u of een volwassen huisgenoot zich de afgelopen 24 maanden aangemeld voor Geestelijke Gezondheidszorg? (bijvoorbeeld bij een psycholoog, psychiater of GGZ instelling)? Aanmelding gaat meestal via verwijzing van de huisarts of andere zorginstelling maar kan soms ook direct. Let op: coaches en praktijkondersteuners vallen hier niet onder.

- 1. Ja, ik heb me de afgelopen 12 maanden aangemeld**
2. *Ja, een volwassen huisgenoot of heeft zich de afgelopen 12 maanden aangemeld*
3. *Afgelopen jaar niet, maar het jaar ervoor heb ik me wel aangemeld*
4. *Afgelopen jaar niet, maar het jaar ervoor heeft een volwassen huisgenoot zich wel aangemeld*
5. *Nee*

Databewerking

- Weging naar leeftijd en geslacht: targets voor weging op basis van CBS-data over de personen die een behandeling hebben gehad in de DBC-gefinancierde GGZ (selectie 2019; hoofd- en nevendiaagnosen as I en as II). *
- Hercodering variabelen:
 - Leeftijd: leeftijdsklassen (18-35 jaar / 35-49 jaar / 50-65 jaar / 65+)
 - Postcode: Nielsenindeling (Randstad, Noord, Zuid, Oost, West)
 - Opleiding: opleidingsklassen (Laag-Midden-Hoog)
 - Q4: zorgvraag wel/niet GGZ-gerelateerd
 - Q2 en Q4: Doelgroep, te weten zorgvraag GGZ-gerelateerd en aangemeld voor intake.

Data analyse

- Beschrijvend: relatieve frequenties (percentages)
- Paarsgewijze toetsing van kolom proporties (p-level 0.05; Bonferroni post hoc test). Hiermee kunnen verschillen tussen groepen worden getoetst. De volgende groepen zijn vergeleken met elkaar:
 - Dubbel- en enkelwachtenden van doelgroepvariabele;
 - Binnen de groep dubbelwachtenden en enkelwachtenden:
 - ❖ Geslacht
 - ❖ Leeftijdsklassen
 - ❖ Opleidingsklassen
 - ❖ Regio (Nielsen)
 - ❖ Zorgvraag (q4)
 - ❖ Diagnosestelling (q5)
 - ❖ Totstandkoming verwijzing (q6)

Indien verschillen statistisch significant zijn, is dit aangegeven op de pagina.

* Zie: [DBC-gefinancierde geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\), hoofddiagnoses \(cbs.nl\)](#)

Vragenlijst

Onderzoek dubbelwachtenden in de GGZ

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit

BDO Advisory & Miles Research

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de wachtlijst(en) voor aanmelding bij de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz), bijvoorbeeld bij een psycholoog, psychiater of ggz-instelling.

Let op: coaches en praktijkondersteuners van de huisarts vallen hier niet onder.

I- Validatie wachtlijst intake, zorgvraagtype en inventarisatie aantal wachtlijsten

1. U [indien screeningsgroep 1] Uw volwassen huisgenoot [indien screeningsgroep 2] heeft zich in de afgelopen 12 maanden aangemeld bij een ggz-aanbieder. Heeft u [indien screeningsgroep 1] uw volwassen huisgenoot [indien screeningsgroep 2] ook bij een of meerdere ggz-aanbieders op de wachtlijst gestaan?

- ☐ Ja, op een wachtlijst voor een intakegesprek (voordat er een diagnose is gesteld) (1) → v2
- ☐ Ja, op een wachtlijst voor behandeling (nadat er een diagnose is gesteld) (2) → v3
- ☐ Ja, beiden (3) → v2, daarna v3
- ☐ Ja, maar ik weet niet precies of dit voor een intake of behandeling is (4) → v2
- ☐ Nee (5) → screenout

[indien v1=1 OR 3] We willen weten of mensen bij meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd op de wachtlijst staan of stonden. Let op: het gaat hier om een wachtlijst voor dezelfde zorgvraag.

2. Is er een moment geweest dat u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] op wachtlijsten van meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd stond, voorafgaand aan de diagnose/intake, en zo ja, hoeveel?

- ☐ Ja, namelijk (1) [open invulveld: geheel getal]
- ☐ Ja, maar ik weet niet op hoeveel (2)
- ☐ Nee, ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] stond op 1 wachtlijst (3)
- ☐ Nee, niet tegelijkertijd (4) → screenout
- ☐ Weet ik niet (5) → screenout

[indien v1=2 OR 3] We willen weten of mensen bij meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd op de wachtlijst staan of stonden. Let op: het gaat hier om een wachtlijst voor dezelfde zorgvraag.

3. Is er een moment geweest dat u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] bij meerdere ggz-aanbieders op de wachtlijst tegelijkertijd stond, voor een behandeling (dus na de diagnose), en zo ja, hoeveel?

- ☐ Ja, namelijk [open invulveld: geheel getal]

- ☐ Ja, maar ik weet niet op hoeveel
- ☐ Nee, ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] stond op 1 wachtlijst
- ☐ Nee, niet tegelijkertijd → screenout
- ☐ Weet ik niet → screenout

4. Wat was de belangrijkste zorgvraag waarvoor u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] op deze wachtlijst(en) staat of heeft gestaan? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. [MK; willekeurige volgorde]

- | | |
|---|---|
| ☐ Depressie/somberheid [ggz-gerelateerd] | ☐ Angstproblemen/angstigheid [ggz-gerelateerd] |
| ☐ Persoonlijkheidsstoornissen [ggz-gerelateerd] | ☐ Burn-out/overspannenheid |
| ☐ Eetproblemen [ggz-gerelateerd] | ☐ Rouwproblemen |
| ☐ Verslaving gerelateerd aan alcohol en/of drugs [ggz-gerelateerd] | ☐ Echtscheidingsproblemen |
| ☐ Autisme (of vermoeden van autisme) [ggz-gerelateerd] | ☐ Relatietherapie |
| ☐ Aandachtstekort en hyperactiviteit (ADD/ADHD) [ggz-gerelateerd] | ☐ Coaching, bijvoorbeeld op het gebied van werk of opvoeding |
| | ☐ Overige problematiek, namelijk...[invulveld] |
| | ☐ Weet ik niet (meer) → screenout |

II- Vragenset per wachtlijst voor aanmeldgesprek (zorgvraag, tussenliggende periode, verwijzingsroute, reden)

Hierna volgen enkele vragen over de wachtlijst(en) waar u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] op staat of stond.

[indien v2= 1 of 2] Deze vragen gaan over het moment dat u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] bij meerdere ggz-aanbieders tegelijkertijd op een wachtlijst staat of stond voor dezelfde zorgvraag voorafgaand aan de diagnose/intake. U krijgt per inschrijving op een wachtlijst bij een ggz-aanbieder steeds dezelfde vragen (maximaal 3 keer).

[indien v2= 1] U heeft aangegeven op [v2 aantal] wachtlijsten te staan of hebben gestaan.

[indien v2 = 1 of 2] De volgende vragen gaan over de inschrijving op de [n-de] wachtlijst bij de ggz-aanbieder voor dezelfde zorgvraag voorafgaand aan de diagnose/intake.

[!! Tot en met 3 inschrijvingen deze set doorlopen]

5. Was er voor deze inschrijving al een diagnose gesteld?

- ☐ Ja, namelijk....[invulveld]

- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

6. Hoe is deze inschrijving tot stand gekomen? [EK vraag]

- ☐ Via een verwijzing van de huisarts
- ☐ Via een doorverwijzing van een ggz-aanbieder
- ☐ Zonder verwijzing; zelf rechtstreeks ingeschreven
- ☐ Anders, namelijk...[open invulveld]

[indien v2=3; dus 1 wachtlijst ga door naar v9]

[na 1^e inschrijving en indien v2=1 of 2; terug naar v5; na 2^e inschrijving door naar v7; na 3^e inschrijving door naar v7]

7. [Indien v2=1 of 2; vanaf inschrijving nr2]: Hoeveel tijd zat er tussen deze en de vorige inschrijving?

- ☐ De inschrijvingen werden ongeveer gelijktijdig gedaan (binnen een week)
- ☐ Niet gelijktijdig maar wel korter dan een maand
- ☐ 1 tot 3 maanden
- ☐ 3 tot 6 maanden
- ☐ 6 maanden of langer

8. [indien v2=1 of 2; vanaf inschrijving nr2] Wat zijn de belangrijkste redenen (geweest) van u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] voor deze n-de inschrijving? Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Omdat ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] dan nog later definitief kon kiezen voor een ggz-aanbieder
- ☐ Omdat de wachttijden bij de eerste ggz-aanbieder waar ik me [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot zich [indien screeningsgroep 2] had ingeschreven (erg) lang zijn/waren
- ☐ Omdat ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] niet goed wist hoe lang de wachttijden zijn/waren van de verschillende ggz-aanbieders
- ☐ Omdat ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] dan meer kans maak om sneller geholpen te worden
- ☐ Omdat ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] meerdere zorgbehoeften [indien screeningsgroep 1] heb [indien screeningsgroep 2] heeft die niet door één ggz-aanbieder beantwoord kunnen worden
- ☐ Omdat de zorgvraag sinds de eerste inschrijving veranderd is
- ☐ Omdat de verwijzer (huisarts of ggz-aanbieder) dit mij [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] aangeraden heeft
- ☐ Omdat de situatie verslechterd is
- ☐ Omdat ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] negatieve geluiden hoorde over ggz-aanbieder waarop ik me [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot zich [indien screeningsgroep 2] ingeschreven had

☐ Anders, namelijk....[invulveld]

[Indien v2=3→ naar v9]

[Indien v2=1 of 2: na 2^e inschrijving terug naar v5; na 3^e inschrijving terug naar v5]

9. [Indien v2= 3; dus 1 wachtlijst] Waarom heeft u [indien screeningsgroep 1] uw huisgenoot [indien screeningsgroep 2] zich maar bij één ggz-aanbieder op de wachtlijst ingeschreven, en niet bij meerdere? Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Ik [indien screeningsgroep 1] Mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] wilde per se naar deze ggz-aanbieder en niet naar een andere
- ☐ Het was een verwijzing naar een specifieke ggz-aanbieder en ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] had dus geen andere keuze
- ☐ Met de verwijzing van de huisarts kon ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] maar bij één ggz-aanbieder terecht
- ☐ Het leek mij [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] niet nodig om bij meerdere organisaties op de wachtlijst te zetten
- ☐ Ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] heb [indien screeningsgroep 1] heeft [indien screeningsgroep 2] er niet over nagedacht of ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] me [indien screeningsgroep 1] zich [indien screeningsgroep 2] op meerdere wachtlijsten wilde inschrijven
- ☐ Dit leek mij [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] een goede ggz-aanbieder
- ☐ De wachttijden bij deze ggz-aanbieder waren niet zo lang, dus nog een inschrijving was niet nodig
- ☐ Er is maar één aanbieder in het gebied waar we wonen, die deze zorg kan leveren
- ☐ Dat heeft de verwijzer (huisarts of andere ggz-aanbieder) mij [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] afgeraden
- ☐ De situatie verbeterde waardoor inschrijving op meerdere wachtlijsten niet nodig was
- ☐ Elke ggz-aanbieder heeft wachtlijsten, dus laat ik [indien screeningsgroep 1] mijn huisgenoot [indien screeningsgroep 2] het maar bij één
- ☐ Anders, namelijk....[open invulveld]

10. Dit is het einde van de vragenlijst. Wilt u nog iets kwijt? Dan kan dat hieronder.
[open invulveld]