

Katharina Gozdzik 381622

Lentis Groningen|Sanne Booij

Hanzehogeschool groningen|Karin Menninga

Wacht @ctief

Afstudeeronderzoek Toegepaste Psychologie

*Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van behandelaren met de wachttijd van cliënten en het programma Wacht Actief*

6 juni 2022

Ervaringen van behandelaren met de wachttijd van cliënten en het programma Wacht Actief

Afstudeeronderzoek Toegepaste Psychologie

Auteur: Katharina Gozdzik

Klas: TPV4

Studentnummer: 381622

Opdrachtgever: Sanne Booij, Lentis Groningen

Afstudeerdocent: Karin Menninga

Datum: 6 juni 2022

School: Hanzehogeschool Groningen

Opleiding: Toegepaste Psychologie

# Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie die ik heb geschreven in het kader van de studie Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool te Groningen. In opdracht van Sanne Booij ben ik in februari 2022 gestart met een afstudeeronderzoek naar de ervaringen van behandelaren met het online zelfhulp programma Wacht Actief en de wachttijd.

Graag wil ik gebruik maken van de mogelijkheid om een aantal personen te bedanken die het mede mogelijk hebben gemaakt deze afstudeeropdracht uit te voeren. Ten eerste wil ik Karin Menninga bedanken voor haar prettige begeleiding en nuttige feedback. Ten tweede wil ik graag Sanne Booij bedanken voor de goede samenwerking. Tot slot gaat mijn dank ook uit naar de behandelaren die ondanks hun beperkte beschikbaarheid toch de tijd namen om mee te doen aan de interviews.

Met veel plezier heb ik aan dit onderzoek mogen werken en wens ik u veel leesplezier!

*Groningen, 6 juni 2022*

Katharina Gozdzik

# Samenvatting

**Introductie**

De wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn enorm lang en is daarom een actueel onderwerp dat steeds meer landelijke aandacht krijgt. Momenteel staan er zo’n 90.000 mensen op de wachtlijst voor psychische hulp bij de GGZ (Hesdahl, 2021). Deze mensen moeten langer dan 14 weken wachten op hun behandeling (Algemene Rekenkamer, 2020). Dit overschrijdt de gestelde treeknorm. Dat is de maximaal aanvaardbare wachttijd van een persoon met psychische klachten, vastgesteld door verzekeraars en zorgverleners. Voor wachtenden zijn deze lange wachttijden erg vervelend. Naast dat de wachttijden vervelend zijn voor de cliënten is het aannemelijk dat dit ook als belastend wordt ervaren door behandelaren. Ook bij Lentis, een grote GGZ organisatie in het Noorden van Nederland, zijn de aanmeldingswachttijden voor sommige afdelingen te hoog. Dit kan oplopen tot meer dan 20 weken en bij sommige SGGZ-teams/ locaties zelfs tot wel 10 – 12 maanden (Lentis, 2022). Daarom is Lentis begin 2020 gestart met het ontwikkelen van het E-health programma Wacht Actief. Wacht Actief is een E-Health programma voor mensen die zich hebben aangemeld bij Lentis en nog wachten op hun intakegesprek. Omdat er nog niks bekend is over de ervaringen van behandelaren met betrekking tot de wachttijd van cliënten en het programma Wacht Actief is het noodzakelijk dit in kaart te brengen.

Het doel van dit onderzoek is de ervaringen van de behandelaren met betrekking tot de wachttijd van hun cliënten in kaart te brengen en te onderzoeken of het programma Wacht Actief een positieve bijdrage kan leveren aan de start van een behandeling. Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd: ‘Wat zijn de ervaringen van behandelaren met betrekking tot de wachttijd van de cliënten?’ en ‘Hoe zouden behandelaren Wacht Actief willen inzetten voor een betere start van de behandeling?’ met een deelvraag: ‘Wat zijn de ervaringen van behandelaren met het programma Wacht Actief?’. Een betere start van een behandeling is hierbij het versnellen of verbeteren van het intake proces.

**Methode**

Er is gekozen om voor dit kwalitatieve onderzoek het methodologische framework the Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle te gebruiken (Hennink et al., 2020). Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zijn semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij een tiental behandelaren die werkzaam zijn in een van de volgende drie afdelingen van Lentis: PsyQ Depressie, PsyQ Zwolle en Centrum Integrale Psychiatrie. Deze behandelaren hadden verschillende disciplines.

**Resultaten**

Uit de interviews bleek dat behandelaren de huidige wachttijden als problematisch en veel te lang ervaren. Hiermee gaan een aantal emoties gepaard zoals frustratie, onmacht, emotionele druk en wachtlijstschaamte. De behandelaren voelen zich echter niet persoonlijk verantwoordelijk voor deze situatie en proberen zich er niet te veel in te verdiepen. Verder hebben de meeste behandelaren beperkte kennis over het programma Wacht Actief, maar ze vinden het wel een mooi initiatief. Het voelt voor hen goed om iets aan te bieden aan cliënten die op de wachtlijst staan zodat zij zich gezien en gehoord voelen.

**Conclusie en aanbevelingen**

De behandelaren verwachten positieve effecten door het gebruik van Wacht Actief op (de start van) de behandeling. En zijn bereid om dit programma in te zetten om de start van een behandeling beter of sneller te laten verlopen. Er wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de effecten van het gebruik van Wacht Actief tijdens de wachttijd en om de behandelaren beter te informeren over het programma Wacht Actief via presentaties of workshops.

# Abstract

**Introduction**

The waiting lists in mental health care (GGZ) are extremely long and are therefore a topical subject that is receiving more and more national attention. There are currently about 90,000 people on the waiting list for mental health care (Hesdahl, 2021). These people have to wait longer than 14 weeks for their treatment (Netherlands Court of Audit, 2020). This exceeds the set standard. The maximum acceptable waiting time for a person with psychological complaints, determined by insurers and care providers is set to a maximum of 14 weeks. For those waiting, these long waiting times are very burdensome. In addition to the fact that the waiting times are burdensomefor the patients, it is likely that this is also experienced as burdensome by practitioners. Also at Lentis, a large mental health organization in the north of the Netherlands, the registration waiting times are too long for some departments. This can go up to more than 20 weeks and for some SGGZ-teams/locations even up to 10 – 12 months (Lentis, 2022). That is why Lentis started developing the E-health program Wacht Actief at the beginning of 2020. Wacht Actief is an E-Health program for people who have registered with Lentis and are still waiting for their intake interview. Because nothing is known yet about the experiences of practitioners with regard to the waiting time of clients and Wacht Actief, it is necessary to research this.

The aim of this study is to map the experiences of the practitioners with regard to the waiting time of their clients and to investigate whether Wacht Actief can make a positive contribution to the start of a treatment. The following research questions were formulated for this purpose: 'What are the therapists experiences with regard to the waiting time of the clients?' and 'How would therapists want to use Wacht Actief for a better start of treatment?', with a sub-question: 'What are the experiences of practitioners with Wacht Actief? A better start of a treatment means in this research speeding up or improving the intake process.

**Method**

It was decided to use the methodological framework the Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle for this qualitative research (Hennink et al., 2020). In order to answer the research questions, semi-structured in-depth interviews were conducted with ten practitioners who work in one of the following three departments of Lentis: PsyQ Depression, PsyQ Zwolle and Center for Integrative Psychiatry. These practitioners had different disciplines.

**Results**

The interviews showed that practitioners experience the current waiting times as problematic and far too long. This involves a number of emotions such as frustration, powerlessness, emotional pressure and waiting list shame. However, the practitioners do not feel personally responsible for this situation and try not to delve too much into it. Furthermore, most practitioners have limited knowledge the Wacht Actief, but they think it is a great initiative. It feels good for them to offer something to clients who are on the waiting list so that they feel seen and heard.

**Conclusion and recommendations**

The practitioners expect positive effects from the use of Wacht Active at (the start of) the treatment. And are willing to use this program to make the start of a treatment better or faster. It is recommended that further research be conducted into the effects of the use of Wacht Actief during the waiting period and to better inform practitioners about Wacht Actief through presentations or workshops.

Inhoudsopgave

[Voorwoord 2](#_Toc105270615)

[Samenvatting 3](#_Toc105270616)

[Abstract 4](#_Toc105270617)

[1 Inleiding 7](#_Toc105270618)

[1.1 Opdrachtgever 9](#_Toc105270619)

[1.2 Doelstelling 10](#_Toc105270620)

[1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen 10](#_Toc105270621)

[1.4 Definiëring begrippen 10](#_Toc105270622)

[1.5 Relevantie student Toegepaste Psychologie 11](#_Toc105270623)

[2 Methode 12](#_Toc105270624)

[2.1 Theoretisch kader 12](#_Toc105270625)

[2.2 Onderzoeksopzet 13](#_Toc105270626)

[2.3 Populatie en steekproeftrekking 13](#_Toc105270627)

[Wervingsstrategie 14](#_Toc105270628)

[Steekproefomvang 15](#_Toc105270629)

[2.4 Meetinstrument 15](#_Toc105270630)

[2.5 Betrouwbaarheid en validiteit 15](#_Toc105270631)

[2.6 Ethische verantwoording 16](#_Toc105270632)

[Respondenten 16](#_Toc105270633)

[Onderzoeker 16](#_Toc105270634)

[3 Resultaten 18](#_Toc105270635)

[Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de ervaringen van behandelaren met betrekking tot de wachttijd van cliënten? 18](#_Toc105270636)

[Thema 1. Emoties en omgang met wachttijd 18](#_Toc105270637)

[Thema 2: Effecten door wachttijd 19](#_Toc105270638)

[Thema 3: Excuses aanbieden 20](#_Toc105270639)

[Thema 4: Werkdruk 21](#_Toc105270640)

[Onderzoeksvraag 2: Hoe zouden behandelaren Wacht Actief willen inzetten voor een betere start van de behandeling? 22](#_Toc105270641)

[Thema 1. Wacht Actief inzetten 22](#_Toc105270642)

[Deelvraag A: Wat zijn de ervaringen van behandelaren met het programma Wacht Actief? 23](#_Toc105270643)

[Thema 1: Ervaringen met het programma Wacht Actief 23](#_Toc105270644)

[Thema 2: Meningen over Wacht Actief 24](#_Toc105270645)

[4 Discussie 25](#_Toc105270646)

[De wachttijd 25](#_Toc105270647)

[Wacht Actief 25](#_Toc105270648)

[Literatuur 26](#_Toc105270649)

[Limitaties en beperkingen 27](#_Toc105270650)

[Onderzoekspopulatie 27](#_Toc105270651)

[Werving strategieën 27](#_Toc105270652)

[Conclusie 27](#_Toc105270653)

[Aanbevelingen 28](#_Toc105270654)

[Literatuurlijst 29](#_Toc105270655)

[Bijlage 1 Interviewschema 33](#_Toc105270656)

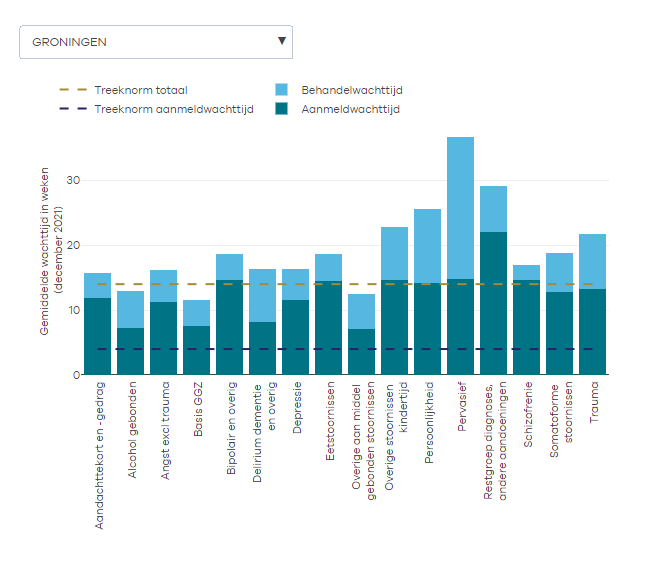
[Bijlage 2 Codeboek 37](#_Toc105270657)

# 1 Inleiding

*‘Er zijn nog 77.000 wachtenden voor u’*.

Dit is een titel uit de Volkskrant (Ajrovic & Frijters, 2021). De wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn enorm lang en is daarom een actueel onderwerp dat steeds meer landelijke aandacht krijgt. Steeds meer mensen ervaren beperkingen door het huidige GGZ-systeem. Eén op de vijf Nederlanders heeft ooit in zijn leven een psychische stoornis gehad. In de afgelopen jaren werd de vraag naar zorg vanwege psychische problemen steeds groter. Als er gekeken wordt naar een onderzoek van het Trimbos instituut van 2007 tot 2009 blijkt dat er toen 11,4% van de Nederlandse bevolking gebruik maakte van zorg vanwege psychische problemen (Trimbos instituut, 2010). Inmiddels is dat 20% van de Nederlandse bevolking (Trimbos instituut, 2022). De vraag is dus bijna verdubbeld.

Momenteel staan er zo’n 90.000 mensen op de wachtlijst voor psychische hulp bij de GGZ (Hesdahl, 2021). Deze mensen moeten langer dan 14 weken wachten op hun behandeling (Algemene Rekenkamer, 2020). Dit overschrijdt de gestelde treeknorm. Dat is de maximaal aanvaardbare wachttijd van een persoon met psychische klachten, vastgesteld door verzekeraars en zorgverleners. In figuur *1.1 Totale wachttijden opgedeeld in aanmeld- en behandelwachttijd* hier beneden staat de gemiddelde totale wachttijd, het totaal van de aanmeld- en behandelwachttijd samen van GGZ instellingen in Groningen. Dit bevestigt op een visuele manier dat de wachtlijsten van verschillende GGZ instellingen in Groningen te lang zijn.

[](https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz)

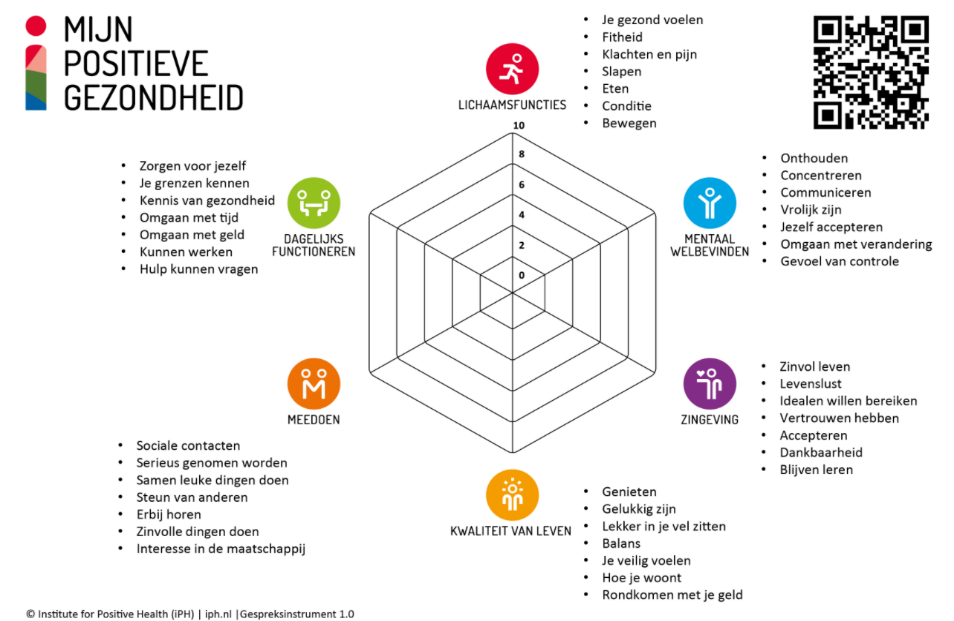
*Figuur 1.1 Totale wachttijd opgedeeld in aanmeld- en behandelwachttijd.*

Voor wachtenden zijn deze lange wachttijden erg vervelend. In de periode van wachten is het contact met de GGZ-instelling minimaal. Dit terwijl de behoeften aan informatie over het verdere verloop van het GGZ-traject voor de cliënt groot is. Daardoor kunnen zij het gevoel hebben tussen wal en schip – Huisarts en start behandeling GGZ – te zijn gevallen. Ook kunnen onbehandelde mentale stoornissen leiden tot een lagere kwaliteit van leven en meer of ergere klachten. Dit resulteert in zwaardere zorg (Candilis et al., 1997). De problemen die mensen ervaren tijdens de wachttijd verschillen per persoon en per aandoening (Hesdahl, 2021).

Naast dat de wachttijden vervelend zijn voor de cliënten is het aannemelijk dat dit ook als belastend wordt ervaren door behandelaren. Het arbeidsmarktonderzoek bij psychiaters in 2019 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie laat zien dat voor bijna twee vijfde van de psychiaters in loondienst geldt dat de werkdruk het afgelopen jaar sterk is toegenomen en voor meer dan 30% is deze een beetje toegenomen. In dit onderzoek noemen de psychiaters administratieve verplichtingen en onderbezetting als belangrijkste oorzaken voor de ervaren werkdruk. Onder administratieve verplichtingen in de GGZ valt ook het intake proces. Dit is de kennismaking tussen de cliënt en behandelaar. Hierbij onderzoekt de behandelaar wat er aan de hand is met de cliënt en wat de hulpvraag is. De behandelaar kijkt naar alle klachten en symptomen door vragen te stellen, naar de cliënt te luisteren, vragenlijsten af te nemen en het gedrag van de cliënt te observeren (Patiëntenfederatie Nederland, 2022). Het kan tot wel 6 maanden duren voordat het duidelijk is van welke aandoeningen er sprake is. Het bespoedigen van het intake proces door middel van een snellere doorstroom en een efficiëntere toewijzing zou daarom kunnen helpen bij het verminderen van de wachtlijstproblematiek voor zowel patiënt als behandelaar. Er moet dus gekeken worden naar de mogelijkheden om het intake proces te versnellen en/of te verbeteren.

Ook bij Lentis, een grote GGZ-organisatie in het Noorden van Nederland, zijn de aanmeldingswachttijden voor sommige afdelingen te hoog. Dit kan oplopen tot meer dan 20 weken en bij sommige SGGZ-teams/ locaties zelfs tot wel 10 – 12 maanden (Lentis, 2022). Daarom is Lentis begin 2020 gestart met het ontwikkelen van het E-health programma Wacht Actief. Dit programma zou een rol kunnen spelen bij het versnellen en/ of verbeteren van het intake proces. Wacht Actief is een E-Health programma voor mensen die zich hebben aangemeld bij Lentis en nog wachten op hun intakegesprek. Het programma is ontwikkeld door een interdisciplinair team dat bestaat uit behandelaren, ervaringsdeskundigen, onderzoekers en E-Health specialisten en wordt nu als pilot aangeboden bij drie afdelingen van Lentis. Wacht Actief heeft een tweetal hoofddoelen. Het eerste hoofddoel is het verzachten van de wachttijd voor cliënten. Hiermee wordt het voorkomen of verminderen van de negatieve gevolgen voor de wachtenden tijdens de wachttijd bedoeld. Het tweede hoofddoel is een betere start van de behandeling voor de patiënt en de behandelaar. Dit doel is gericht op versneller/ verbeteren van het intake proces. Hoewel Wacht Actief geëvalueerd wordt op het eerste hoofddoel, is er nog niets bekend over of en hoe Wacht Actief leidt of zou kunnen leiden tot een betere start van de behandeling. In dit onderzoek wordt onder een betere start van een behandeling het versnellen of verbeteren van het intake proces bedoeld. Dit kan het sneller in kaart brengen van de problematiek van de client zijn of dat de cliënt zichzelf beter leert kennen en daardoor sneller tot inzichten komt tijdens de wachttijd of het intakegesprek.

Wacht Actief zou vanwege verschillende redenen kunnen bijdragen aan een betere start van de behandeling. Wacht Actief speelt in op eigen regie van de patiënt en hiermee kan de patiënt meer inzicht krijgen in zijn of haar gezondheid. Zij kunnen zelf aan de slag gaan met een aantal modules die gebaseerd zijn op de benadering Positieve Gezondheid. Deze benadering stelt dat gezondheid meer is dan alleen niet-ziek-zijn (Mijn Positieve Gezondheid, 2022). Voormalige huisarts en onderzoeker Machteld Huber vroeg aan ruim 2.000 mensen wat zij verstaan onder gezondheid. Hieruit blijkt dat het voor de meeste mensen niet alleen om lichamelijke gezondheid gaat maar vooral om het hebben van een betekenisvol leven. Voel je je gelukkig of misschien eenzaam? Heb je medische zorg nodig of juist steun uit je omgeving? Het gaat er dus om dat je je gezond voelt op een manier die bij jou past. Om in kaart te brengen waar iemand behoefte aan heeft zijn zes pijlers opgesteld. Uit het onderzoek van Machteld Huber blijkt dat mensen deze allemaal even belangrijk vinden. Deze zes pijlers zijn in de onderstaande afbeelding 1.1 Gespreksinstrument Positieve Gezondheid gespecificeerd. Wacht Actief levert enerzijds dus relevante persoonlijke informatie op over de patiënt al vóór de start van de behandeling. Anderzijds kunnen het kennismaken met Positieve Gezondheid en het volgen van psychoeducatie al tijdens de wachttijd factoren zijn die mogelijk kunnen bijdragen aan een betere start van de behandeling.



*Afbeelding 1.1 Gespreksinstrument Positieve Gezondheid.*

Kortom, Wacht Actief zou mogelijk een positieve bijdrage kunnen leveren aan de start van een behandeling, maar of dit al het geval is en hoe dit verbeterd zou kunnen worden is nog onduidelijk. Daarnaast is het onvoldoende duidelijk hoe de wachttijden door de behandelaren worden ervaren.

Daarom zal dit onderzoek zich richten op de ervaringen van behandelaren met de wachttijd en hoe zij het programma Wacht Actief in de toekomst zouden willen inzetten voor een betere start van de behandeling. De enorme wachtlijsten maken duidelijk dat behandelaren een beperkte beschikbaarheid hebben. Daarom willen de ontwikkelaars van Wacht Actief dat behandelaren kunnen profiteren van Wacht Actief zonder dat zij daarvoor veel (extra) voorbereidingstijd nodig hebben voor de intake door het gebruik van Wacht Actief.

## 1.1 Opdrachtgever

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Sanne Booij. Zij werkt als senior onderzoeker bij Lentis en is onderdeel van het ontwikkelteam dat het programma Wacht Actief heeft gemaakt. Lentis is een grote geïntegreerde GGZ-instelling met ruim 4000 medewerkers, die zich richt op de geestelijke gezondheidszorg, forensische gezondheidszorg en ouderenzorg in de provincies Groningen, Drenthe en Friesland. Het bedrijf bestaat uit verschillende zorggroepen en diensten. De vier zorggroepen zijn Lentis, Dignis, Jonx en Forint. Het verschil tussen deze vier zorggroepen is de doelgroep. Bij Lentis zijn dit jongvolwassenen vanaf 18 jaar, Dignis is voor ouderen, Jonx richt zich op jongeren en Forint is bedoeld voor mensen die door ernstige psychiatrische problematiek grensoverschrijdend gedrag (dreigen te) vertonen. Wat Lentis een unieke zorgverlener in het Noorden maakt, zijn de zorgvormen zoals de 24/7 crisisdienst. Deze is beschikbaar voor iedereen uit de provincie Groningen.

## 1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is de ervaringen van de behandelaren met de wachttijd van hun cliënten in kaart brengen en onderzoeken of het programma Wacht Actief een positieve bijdrage kan leveren aan de start van een behandeling. Het onderzoeksteam van Wacht Actief is begonnen met het onderzoeken van de ervaringen van de cliënten die het programma Wacht Actief hebben gebruikt. De deelnemers van dat onderzoek gaven aan dat zij het als prettig ervaren wanneer de behandelaar op de hoogte is van hetgeen dat zij hebben gedaan binnen Wacht Actief zodat deze alvast een idee heeft van de problematiek van de cliënt. Echter is er op dit moment nog geen overdracht van informatie, ook omdat het onduidelijk is wat hier de behoeften zijn van behandelaren. Daarnaast is het nog niet bekend wat behandelaren tot nu toe merken van de invoering van Wacht Actief. Om te bepalen of dit programma in de toekomst kan bijdragen aan een betere start van de behandeling, zowel voor de cliënt als voor de behandelaar, is het zo belangrijk om ook de meningen en behoeften van de behandelaren te rapporteren.

## 1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen

In overleg met alle partijen is de volgende onderzoeksvraag en deelvragen geformuleerd.

**Onderzoeksvragen en deelvragen**

1. Wat zijn de ervaringen van behandelaren met betrekking tot de wachttijd van de cliënten?
2. Hoe zouden behandelaren Wacht Actief willen inzetten voor een betere start van de behandeling?
   1. Wat zijn de ervaringen van behandelaren met het programma Wacht Actief?

## 1.4 Definiëring begrippen

**Behandelaren**

Iemand die als roeping heeft patiënten of cliënten te behandelen. Zowel in de medische zorgsector als in andere branches van de gezondheidszorg zoals psychologische begeleiding of logopedie (Ensie, z.d.).

**Een betere start van een behandeling**

De start van een behandeling is een intake gesprek en het invullen en afhandelen van benodigde formele zaken. In dit onderzoek wordt onder een betere start van een behandeling het versnellen of verbeteren van het intake proces bedoeld. Dit kan het sneller in kaart brengen van de problematiek van de client zijn of dat de cliënt zichzelf beter leert kennen en daardoor sneller tot inzichten komt tijdens de wachttijd of het intakegesprek.

**Een cliënt bij Lentis**

Dit zijn mensen met een psychiatrische aandoening(en) die op de wachtlijst staan of reeds in behandeling zijn bij een van de volgende drie afdelingen binnen Lentis:

* Centrum Integrale Psychiatrie (CIP)
* PsyQ Depressie
* PsyQ Zwolle

**Stakeholders**

Een persoon of organisatie die invloed ondervindt (positief of negatief) of zelf invloed kan uitoefenen op het project Wacht Actief. In dit geval zijn dit de ontwikkelaars van het programma Wacht Actief, behandelaren van cliënten die gebruik maken van Wacht Actief en cliënten die gebruik maken van Wacht Actief.

**Wachtlijst schuld/ schaamte**

Een psychosociale emotie ten aanzien van het afwijken van de eigen normen en/ of de normen van de ander. In dit geval het moeten afwijken van de treeknorm.

**Treeknorm**

Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afgesproken wat redelijke wachttijden zijn in de geestelijk gezondheidszorg. Deze redelijke wachttijd noemt men treeknorm. Dit is de maximaal aanvaardbare wachttijd van een persoon met psychische klachten. De Treeknorm houdt in dat een patiënt binnen 4 weken terecht moet kunnen voor een eerste gesprek (intake) met de zorgaanbieder. Ook moet de behandeling van een patiënt binnen 10 weken na de intake starten. Daarmee is dus een totale aanvaardbare wachttijd van 14 weken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021).

## 1.5 Relevantie student Toegepaste Psychologie

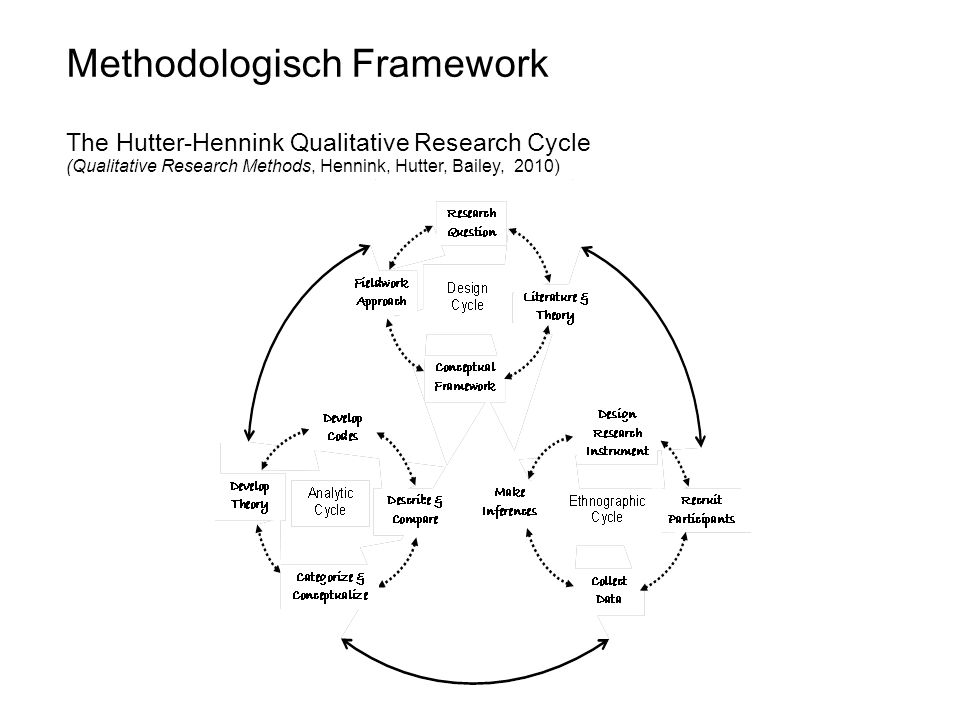
Het onderzoek ondersteunt de praktische uitvoering van het online programma Wacht Actief. Het is dus een praktijkgericht onderzoek, wat aansluit bij het competentie profiel van een Toegepast Psycholoog. Ook sluit deze opdracht aan bij de competentie beoordelen van gedrag. In de rol van onderzoeker en Toegepast Psycholoog zal er beoordeeld worden in hoeverre er sprake is van invloed door het gebruik van Wacht Actief op de start van een behandeling en de ervaringen en meningen van behandelaren in kaart worden gebracht. Dit zal wordt gedaan door middel van diepte-interviews. Het afnemen van interviews en gespreksvoering zijn vaardigheden waar Toegepast Psychologen bekend om staan. De uitkomsten van dit onderzoek zijn praktisch toepasbaar wat maakt dat dit een opdracht is voor een TP-student.

# 2 Methode

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is dit onderzoek uitgevoerd. Omdat er nog niks bekend is over de ervaringen van behandelaren met de wachttijd en het programma Wacht Actief zijn in de periode van 11 april 2022 en 18 mei 2022 diepte-interviews afgenomen.

## 2.1 Theoretisch kader

Dit kwalitatieve onderzoek is volgens een wetenschappelijk onderbouwde methode uitgevoerd. Er is gekozen voor het methodologische framework the Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle (Hennink et al., 2020). De ontwerpers van dit framework stellen dat het proces van een kwalitatieve studie afwisselend zowel inductief als deductief beredeneerd kan worden in de drie verschillende fasen van kwalitatief onderzoek. De eerste fase is de ontwerpfase (design cycle). In deze fase van het onderzoek formuleert men de onderzoeksvraag en doelgroep, doet men literatuuronderzoek naar het onderwerp, ontwerpt of kiest men een bestaand framework en kiest men een data verzamelingsmethode. De tweede fase is de data verzamelingsfase (data collection cycle). Hierin wordt het instrument dat gebruikt voor de data verzameling ontworpen, participanten geworven, data verzameld en het maken van inductieve gevolgentrekkingen. De derde en laatste fase is de analysefase (analytic cycle). Hierin worden de transcripten gecodeerd, de codes worden beschreven en vergeleken, gecategoriseerd en geconceptualiseerd en op basis daarvan een theorie ontwikkeld.



*Afbeelding 2.1 The Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle*

*(Qualitative Research Methods, Hennink, Hutter, Bailey, 2010).*

Er is voor dit methodologische framework gekozen omdat er nog niks bekend is over de ervaringen van behandelaren met de wachttijd van cliënten en het programma Wacht Actief. Er kan daarom ook geen theorie worden getoetst. Dit onderzoek heeft verkenning als doel. Er is ook gekeken naar andere methoden, echter waren deze minder passend en praktisch niet haalbaar.

## 2.2 Onderzoeksopzet

Allereerst werd er aan de hand van literatuuronderzoek en gesprekken met stakeholders de onderzoeksvraag en deelvragen vastgesteld. In overleg met alle betrokken partijen is ervoor gekozen om een kwalitatief verkennend onderzoek uit te voeren. Zo kunnen de individuele meningen en ideeën van de doelgroep in kaart gebracht worden. De onderzoeksmethode die hierbij past is het afnemen van diepte-interviews. Bij deze mondelinge onderzoeksmethode kan de onderzoeker bij onduidelijkheid van vragen extra toelichting kan geven en doorgevragen op de antwoorden. De vastgestelde onderzoeksvraag en deelvragen vormden de rode lijn in het interviewschema. Voor de daadwerkelijke dataverzameling werd deze getest tijdens een proef-interview om een optimaal interviewschema te ontwikkelen. Ook werd het interviewschema na elk interview geëvalueerd middels het terug luisteren van de opnames om te kijken of de onderwerpen en vragen nog steeds aansluiten bij het doel van het onderzoek en of er eventuele saturatie bereikt is.

Nadat het interviewschema geoptimaliseerd was, vonden de diepte-interviews plaats. De opnames werden veilig bewaard in een daarvoor aangewezen map op de Lentis schijf waar alleen de betrokken onderzoeker toegang tot had. De interviews werden vanaf de computer getranscribeerd in Word. Daarvoor werd er gebruik gemaakt van de methode woordelijk transcriberen (Scribbr, 2021). Dit is de meest gebruikte vorm waarbij alles wat erg gezegd werd uitgeschreven werd behalve aarzelingen, stopwoorden en stotteren. Ook werd er interpunctie toegevoegd om de leesbaarheid te verbeteren. Er is ook gekeken naar andere transcribeer methodes, echter zijn deze minder betrouwbaar en tijdrovend.

Vervolgens werden de transcripten met het programma Atlas TI gecodeerd in drie fasen. De eerste fase was het open coderen. Hierbij werd het hele transcript gelezen en kreeg elk hoofdthema een code. De tweede fase was het axiaal coderen. In deze fase werden de codes met elkaar vergeleken en codes die bij elkaar hoorden samengevoegd binnen één overkoepelde code. De derde fase was het selectief coderen. Middels hoofdcategorieën die zijn ontstaan in de vorige fase werd er een theorie opgebouwd. Op basis daarvan werden relaties en verbindingen tussen data gelegd (Baarda et al., 2021).

Nadat alle transcripten gecodeerd zijn, werd er een codeboek opgesteld (Bijlage 2). In het codeboek zijn alleen voor dit onderzoek relevante codes beschreven. Het codeboek is verdeeld in drie koppen, codes, definitie en voorbeeld uit transcript. Het eerste kopje, codes, omvat alle codegroepen en codes die daaronder vallen. De definitie is de interpretatie van een code van de onderzoeker. Voorbeelden uit transcripten zijn letterlijke citaten uit de interviews. Het codeboek is opgesteld zodat er voldaan wordt aan de transparantie eis.

Middels de uitkomsten van het coderen worden in hoofdstuk 4 conclusies en in hoofdstuk 5 aanbevelingen beschreven.

## 2.3 Populatie en steekproeftrekking

De populatie bevatte alle behandelaren van cliënten die gebruik hebben gemaakt van Wacht Actief. Dit zijn behandelaren uit de volgende drie pilotteams: PsyQ Depressie, PsyQ Zwolle en Centrum Integrale Psychiatrie (CIP). Alle drie pilotteams zijn gevestigd in Noord-Nederland. Deze behandelaren hadden verschillende disciplines zoals: GZ-psycholoog, Klinisch psycholoog, Basis Psycholoog, Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog en Systeem therapeut.

Er is gewerkt met een doelgerichte steekproef. De deelnemers zijn doelgericht gekozen met bepaalde kenmerken die belangrijk zijn voor het onderzoek. Voor dit onderzoek werden actief deelnemers geworven die voldoende informatie hebben over het onderzoeksonderwerp om meer inzicht hierin te krijgen. Deze manier van steekproeftrekking is de meest gebruikte bij kwalitatief onderzoek (Hennink et al., 2020). Onder andere door de flexibiliteit die de doelgerichte steekproef met zich mee brengt. Deze maakte het mogelijk een steekproef te selecteren die voldoende divers is om de verscheidenheid aan ervaringen en perspectieven met betrekking tot het onderzoekonderwerp te begrijpen, waardoor de steekproef sterker werd. Het proces van de doelgerichte steekproef omvatte het deductief definiëren van de onderzoekspopulatie tijdens de ontwerpcyclus van The Hutter-Hennink Qualitative Research Cycle. Hoe dit precies is gedaan staat hieronder toegelicht:

1. **Deductief definiëren van de onderzoekspopulatie:**

Een duidelijk definitie van de onderzoekspopulatie helpt niet alleen om te bepalen wie er bij het onderzoek betrokken moet worden, maar ook om een geschikte wervingsstrategie te gebruiken. Aanvankelijk werd de onderzoekspopulatie deductief gedefinieerd aan de hand van de onderzoeksvraag. Hierbij werd gekeken wat de meest geschikte doelgroep is. Ook begon hier de overweging wie de meest relevante en gedetailleerde informatie over het onderzoeksonderwerp kan verstrekken en of er verschillende subpopulaties zijn die verschillende perspectieven kunnen bieden. Er is voor dit onderzoek gekozen om te selecteren op de volgende criteria die beschreven staan in tabel 2.1:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Afdeling binnen Lentis | Functie | Behandeld cliënten die gebruik hebben gemaakt van Wacht Actief | Geslacht | Ervaring met het uitvoeren van intakes |
| Centrum Integrale psychiatrie (CIP), PsyQ Depressie of PsyQ Zwolle. | Basis psycholoog (in opleiding tot GZ-psycholoog), GZ- psycholoog, klinisch psycholoog, psychiater, psychotherapeut en systeem therapeut. | Ja. | Man/ vrouw of anders. | Niet vereist, wel gewenst. |

*Tabel 2.1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie*

### Wervingsstrategie

Om de juiste wervingsstrategie die bij de doelgroep en het onderzoeksdoel aansluit te bepalen zijn er een tweetal steekproefdoelen opgesteld:

* **Maximale diversiteit**. Dit vraagt om deelnemers met een grote verscheidenheid aan meningen en ervaringen (Patton, 2015). In dit onderzoek vormen dit verschillende soorten behandelaren zoals psychologen, psychiaters en systeem therapeuten. Daarbij werd er niet geselecteerd op het aantal jaren werkervaring. Wat de ervaringen en meningen verscheiden maakte.
* **Homogeniteit.** Dit zijn deelnemers die gelijke kenmerken delen die belangrijk zijn voor het onderzoeksonderwerp (Patton, 2015). In dit onderzoek was dat de functie als behandelaar. De deelnemer moesten cliënten behandelen en gelieve ook zelf de intakes doen, echter was het tweede niet vereist, wel gewenst. Ook moesten alle deelnemers werkzaam zijn in een van de volgende drie afdelingen binnen Lentis: Centrum Integrale Psychiatrie (CIP), PsyQ Depressie of PsyQ Zwolle.

Om te voldoen aan de steekproefdoelen *maximale diversiteit* en *homogeniteit* is ervoor gekozen om drie verschillende strategieën te gebruiken. De eerste wervingsstrategie die toegepast werd was de *Gatekeepers* strategie. Hierbij worden vertrouwde leiders die de lokale bevolking kennen gevraagd om geschikte deelnemers te werven voor het onderzoek (Hennink et al., 2020). Van elk pilotteam is er minimaal één behandelaar betrokken bij de ontwikkeling van het programma Wacht Actief. Enkele daarvan zijn tevens teamleider van hun afdeling. Aan hen werd gevraagd om collega’s van hun afdeling te werven voor dit onderzoek. De tweede wervingsstrategie die toegepast werd is de *Registers* strategie. Dit is het selecteren van deelnemers via een register van mensen die aan de inclusiecriteria van het onderzoek voldoen (Hennink et al., 2020). Het programma Wacht Actief heeft een register van alle gekoppelde professionals. Via dit register zijn een aantal behandelaren benaderd. Hierbij kon geselecteerd worden op functie en wist men zeker dat zij cliënten behandelen die de mogelijkheid hadden om Wacht Actief te gebruiken. Tot slot is er gebruik gemaakt van de *Formal networks* strategie. Dit is het werven van deelnemers uit formele netwerken die de onderzoekspopulatie vertegenwoordigen (Hennink et al., 2020). De onderzoeker heeft behandelaren persoonlijk op de werkvloer benaderd.

### Steekproefomvang

Voor dit onderzoek is een steekproefomvang van tien deelnemers gekozen. Deze omvang is bepaald aan de hand van een aantal aspecten. Het eerste aspect is de beschikbaarheid van behandelaren. Gezien de enorme wachtlijsten is het duidelijk dat de behandelaren een beperkte beschikbaarheid hebben. Ook de onderzoeker was gebonden aan een periode van een half jaar waarin het onderzoek afgerond moest zijn. De homogeniteit van de steekproef van dit onderzoek leidde sneller tot saturatie (Hennink et al., 2020). Het gekozen inductieve proces leidde snellere tot saturatie wat betekent dat er een kleinere steekproefomvang nodig is ten op zichtte van een onderzoek die deductief opgesteld is (Hennink et al., 2020). Tot slot is er voor deze steekproefomvang gekozen omdat het onderzoek gericht is op een specifiek doel, het verzamelen van ervaringen.

## 2.4 Meetinstrument

Het interviewschema vormde in dit onderzoek het meetinstrument. Het doel van het interviewschema was om de ervaringen van behandelaren met de wachttijd en het programma Wacht Actief in kaart te brengen (bijlage 1 Interviewschema). Het interviewschema werd semigestructureerd opgebouwd. Hierbij liggen de vragen en antwoorden van te voren niet vast. Vergeleken met andere soorten interviewschema’s bereikt men met een semigestructureerde een relatief hoge validiteit (Baarda et al., 2021).

## 2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid van de interviewresultaten te verhogen werd het interviewschema voorgaand aan de interviews getest en werd er gebruik gemaakt van opnameapparatuur mits de respondenten hiermee instemden. De opnames werden veilig bewaard in een daarvoor aangewezen map op de Lentis schijf waar alleen de betrokken onderzoeker toegang tot had.

Ook is er rekening gehouden met het risico van een observer bias. Dit is het meebrengen van subjectieve interpretaties. Dit is de nodige afstand bewaren om een groep te kunnen analyseren (Scribbr, 2022). Bij het coderen en analyseren van de diepte-interviews was dit een aandachtspunt. Om hier rekening mee te houden hebben drie externe onderzoekers individueel eenzelfde fragment gecodeerd en de overeenkomsten en verschillen besproken om tot consensus te komen.

## 2.6 Ethische verantwoording

In dit toegepast onderzoek worden wetenschappelijke kennis en onderzoeksmethoden gebruikt om praktische vragen te beantwoorden. Hierbij is het belangrijk om als onderzoeker rekening te houden met de basisprincipes die bij psychologisch onderzoek horen. Om ervoor te zorgen dat geen van de betrokkenen nadelige gevolgen zal ondervinden gedurende het onderzoek, zullen de opgestelde gedragsregels voor wetenschappelijk onderzoek aan universiteiten en hogescholen uit de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit nageleefd worden (Algra et al., 2017). Daarnaast worden ook de gedragscode gebruik persoonsgegevens wetenschappelijk onderzoek van de KNAW/ VSNU gerespecteerd (Sociaal-Wetenschappelijke Raad, 2003). Tot slot zal de onderzoeker zich conformeren aan de Code of ethics for reaseach in the social and behavioural science invlolving human participants (Nationaal Ethiek Overleg Sociale en Gedragswetenschappen, 2018). Deze gedragsregels en codes hebben betrekking op de respondenten en de onderzoeker. Zowel de ethisch correcte omgang met proefpersonen als hun privacy wordt hiermee gewaarborgd.

### Respondenten

Er wordt naar gestreefd om aan de volgende ethische eisen te voldoen:

1. **Niet schaden**. De respondenten zullen geen nadelige effecten ervaren naar aanleiding van dit onderzoek. Ten alle tijden zal de onderzoeker handelen volgens het utilitaristische principe van niet schaden. De onderzoeker zal aan de hand van de gevolgen beoordelen wat een juiste handelswijze is (Sociaal-Wetenschappelijke Raad, 2003). Zo zal de onderzoeker ten alle tijden rekening houden met de beperkte beschikbaarheid van de deelnemers en een niet-oordelende houding bewaren tijdens de interviews.
2. **Vrijwillige medewerking.** De respondenten deden alleen mee aan het onderzoek op vrijwillige basis. Om dit te waarborgen hebben zij een toestemmingsverklaring getekend. Pas na het ondertekenen deden de respondenten officieel mee aan het onderzoek (Sociaal-Wetenschappelijke Raad, 2003).
3. **Juiste voorlichting**. De respondenten kregen middels een introductie brief de juiste voorlichting over het doel en de werkwijze van het onderzoek werden geïnformeerd (Sociaal-Wetenschappelijke Raad, 2003).
4. **Anonimiteit.** De gegevens van de respondenten werden pseudoniem verwerkt. Het is onherkenbaar wie welke informatie heeft verstrekt. De respondenten kregen de volgende nummers: B1, B2, B3 enzovoort. Bij de onderzoeksgegevens werd alleen het respondentnummer vermeld. Op deze manier zijn de gegevens niet direct herleidbaar. Ook werd er een formulier omgaan met proefpersonen door de onderzoeker getekend (Bijlage 3). Verder werden de opnames die nodig waren om de onderzoek data te verzamelen alleen gebruikt tot de transcripten volledig en gecheckt waren. Daarna werden deze vernietigd. (Nationaal Ethiek Overleg Sociale en Gedragswetenschappen, 2018).

### Onderzoeker

Er wordt naar gestreefd om aan de volgende ethische eisen te voldoen:

1. **Eerlijkheid en wetenschappelijk verantwoorde wijze.** Om te waarborgen dat het onderzoek op een eerlijke en wetenschappelijk verantwoorde wijze uitgevoegd is, nam de onderzoeker deel aan supervisie, genoot van de begeleiding van een toegewezen afstudeerdocent vanuit de Hanzehogeschool Groningen en stemde regelmatig het onderzoeksproces af met de opdrachtgever van Lentis die tevens ook een senior onderzoeker is (Algra et al., 2017).
2. **Transparantie-eis**. Ondanks dat het bij kwalitatief onderzoek lastig is om het onderzoek letterlijk te herhalen werd ernaar gestreefd om zo transparant mogelijk te beschrijven hoe de conclusies getrokken zijn (Algra et al., 2017). De onderzoeker is zorgvuldig te werk gegaan. Zowel in de uitvoering van het onderzoek als tijdens de verslaglegging. Er is gewerkt worden volgens erkende onderzoeksmethoden en statistische procedures correct gebruiken. De onderzoeker zal zijn bronnen ten alle tijden zorgvuldig vermelden en de eigen deskundigheid op peil houden (Algra et al., 2017).
3. **Geen fraude**. Er werden alleen onderzoeksresultaten gebruikt die tijdens dit onderzoek geworven zijn. Er werden geen uitkomsten zelf bedacht ten gunste van het onderzoek (Baarda et al., 2021).
4. **Publicatie- en auteursrecht**. Het opgeleverde eindproduct, het onderzoeksrapport zal alleen in de Hanze mediatheek gepubliceerd worden wanneer de Verklaring Openbaarheid Afstudeeropdracht door de student en opdrachtgever getekend zijn. Er zal altijd om consent van de opdrachtgever gevraagd worden voor dat er gegevens van dit onderzoek aan derden worden verstrekt (Baarda et al., 2021).
5. **Onafhankelijkheid**. De onderzoeker heeft volledig onafhankelijk van de opdrachtgever gefunctioneerd. De opdrachtgever heeft geen bepalende invloed gehad op de opzet en de uitvoering van het onderzoek. De opdrachtgever werd niet betrokken bij de selectie van de respondenten. Wel had de opdrachtgever inzage in de onderzoeksopzet en werd dit samen afgestemd. De opdrachtgever bepaalde *of* het onderzoek wordt uitgevoerd en de onderzoeker bepaalde *hoe* het wordt uitgevoegd (Algra et al., 2017).
6. **Proportionaliteit**. De onderzoeker bleef steeds alert of er een redelijke verhouding is tussen kosten, de bezwaren en risico’s voor de proefpersonen, en de baten, de bijdrage die het onderzoek aan de wetenschap kon leveren (Rothfusz, 2019).

# 3 Resultaten

De volgende resultaten zijn beschreven in dezelfde volgorde als de onderzoeksvragen en verdeeld in enkele thema’s. Alle resultaten komen voort uit diepte- interviews. In totaal zijn er tien interviews afgenomen. Waarvan 7 op locatie, in de behandelkamer van de behandelaren, en 3 online via Teams (Lentis). Alle interviews werden afgenomen in de periode van 11 april 2022 tot en met 18 mei 2022. De leeftijd van de deelnemers was tussen de 28 en 60 jaar. Van de deelnemers waren 7 vrouw en 3 man. De volgende disciplines zijn geïncludeerd: GZ-psycholoog, systeem therapeut, basis psycholoog, klinisch psycholoog en psycholoog in opleiding tot GZ- psycholoog. Het grootste deel van de behandelaren was al meer ervaren, een aantal nog beginnende behandelaar. Alle deelnemers waren tijdens de afname van het interview werkzaam in een van de drie pilotteams. De verdeling was als volgt: 5 deelnemers werkten bij PsyQ Zwolle, 3 deelnemers werkten bij PsyQ Depressie en 2 deelnemers werkten bij Centrum Integrale Psychiatrie.

## Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de ervaringen van behandelaren met betrekking tot de wachttijd van cliënten?

### Thema 1. Emoties en omgang met wachttijd

Het thema ‘emoties en omgang met wachttijd’ gaat over de onderwerpen: frustratie, onmacht, emotionele druk, lange wachtlijst vervelend voor alle betrokkenen, wachtlijst gewoonte en kop in het zand methode.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende de bovenstaande onderwerpen:

#### Frustratie

De lange wachtlijsten wekten frustratie op bij enkele behandelaren. Zij vonden het frustrerend voor de cliënten. De huidige wachttijden zijn volgens hen veel te lang als je hulp nodig hebt.

*‘’Ik vind het zelf wel echt héél frustrerend die lange wachtlijsten voor cliënten. 34 weken is natuurlijk gewoon echt héél lang. Als je hulp nodig hebt moet je dus gewoon heel erg lang wachten.’’*

#### Onmacht

Alle behandelaren gaven aan dat zij de wachtlijstproblematiek niet alleen kunnen oplossen. Zij zeiden meerdere keren dat het wel vervelend voelt maar niet weten hoe zij dit alleen zouden kunnen oplossen.

‘*’Ja, je moet toch door. Je kan het niet in je eentje oplossen. Ik kan het toch niet oplossen?’’*

#### Emotionele druk

Weten dat er mensen staan te wachten op een behandeling, misschien zelfs iemand die heel ernstig ziek is, geeft een aantal behandelaren het gevoel van emotionele druk. Deze emotionele druk ontstaat ook doordat collega’s cliënten naar voren halen die een extra brief van de huisarts mee krijgen omdat deze cliënten ‘zorgelijke’ zijn.

*‘En wat erg en dan gaan mensen soms tijd maken om iemand naar voren te halen, want er komt soms wel eens zo een mail van: ’Ja, zorgelijk iemand, kan iemand een extra intake doen?’. Als ik dat had kunnen doen, dan had ik dat natuurlijk al gedaan, dus dan wordt er wel een soort emotionele druk ervaren.’’*

#### Lange wachttijd vervelend voor alle betrokkenen

Een aantal behandelaren gaven aan dat zij wachten zonde van de tijd vinden. Zij gaven ook aan dat de wachtlijstproblematiek een doorn in het oog is voor zowel de cliënten als de behandelaren. Ook dachten zij dat het waarschijnlijk een lastige situatie is voor verwijzers, met name voor de huisartsen. Zij hebben de verantwoordelijkheid van ontzettend veel mensen die op de wachtlijst staan. Echter kunnen zij niet de benodigde hulp bieden, wat uiteraard ook de rede van verwijzing is.

*‘’Dat is vervelend voor de patiënten, dat is vervelend voor de huisartsen, die ze moeten doorverwijzen, die mensen niet geplaatst krijgen. Ik denk ook voor de behandelaren, die krijgen ook vaak cliënten die een hele lange tijd op de wachtlijst hebben gestaan.’’*

#### Wachtlijst gewoonte

De meeste behandelaren zijn gewend aan de extreem lange wachtlijsten. Zij kunnen zich vaak niet meer herinneren aan een tijd waarin er geen wachtlijsten waren. Dit hoort bij hun werk. Hierdoor voelen zij minder urgentie.

*‘’Je weet dat daar een lange wachttijd is, maar ja dat is al zó lang zo dat het ook ergens normaal is geworden. De urgentie is er dan wel maar dat neemt wel een beetje weg dat het ook zo voelt.’’*

#### Kop in het zand methode

Alle behandelaren gaven aan niet het gevoel te hebben dat zij zich niet persoonlijk verantwoordelijk voelen voor de wachtlijstproblematiek, maar het wel heel vervelend voor cliënten vinden.

*‘’Eigenlijk wel een beetje zo als wanneer je iets vervelends op het nieuws ziet. Ik voel me niet direct mede veroorzaker, ik vind het gewoon heel vervelend voor cliënten.’’*

Per afdeling verschilt het hoe het management de wachttijden naar de behandelaren communiceert. Bij sommige afdelingen wordt dit zo veel mogelijk buiten de behandelaren om gehouden, terwijl bij andere afdelingen er elke week tijdens het MDO besproken wordt hoeveel wachtenden er zijn. De behandelaren waarbij het aantal wachtenden regelmatig besproken worden, vertelden dat zij dit als kennisgeving meenemen maar hierdoor geen druk ervaren. Bij alle vestigingen is er aandacht voor de doorstroom van cliënten. Er wordt kritisch gekeken naar wanneer behandeldoelen behaald zijn en een traject kan worden afgesloten zodat er weer ruimte is voor nieuwe cliënten.

*‘’Onze manager houdt het een beetje buiten ons om. Die wil ons daar niet te veel mee belasten. Want je kunt er toch niks aan doen en het voelt wel vervelend. Maar af en toe wordt het wel benadrukt van, probeer maar richting afronden te gaan, we hebben een lange wachtrij. In die zin is het wel belangrijk dat wij ons ervan bewust zijn natuurlijk.‘’*

De meeste behandelaren zijn niet continue bezig met de wachtlijstproblematiek. Zij vinden het belangrijker om hun werk inhoudelijk goed te doen en proberen hun keuzes met betrekking tot doorverwijzing daardoor niet te laten beïnvloeden.

‘*’Verder ben ik dus niet heel erg bezig met de wachtlijst. Behalve dan wanneer ik een intake heb en door die map blader en kijk wat een cliënt voor mij is. En dan zie je wel die enorme map en dan zie je de aanmeld data erbij staan en dan denk je, heftig.*‘’

### Thema 2: Effecten door wachttijd

Het thema ‘effecten door wachttijd’ gaat over de onderwerpen: positieve werking en situatie veranderd.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende het bovenstaande onderwerp:

#### Positieve werking

Een aantal behandelaren gaven aan dat zij merken dat een wachttijd bij sommige cliënten een positieve werking kan hebben. Dit geldt niet voor cliënten met complexe problematiek. Zo kan bijvoorbeeld de aanmelding zelf al ervoor zorgen dat cliënten zich beter voelen. Dit kan een hele stap voor de cliënten zijn waardoor zij actiever worden in het aanpakken van hun problemen. Verder geeft een behandelaar aan dat het ook kan zijn dat problemen oplossen in de wachttijd. Cliënten hebben aangegeven het ook wel eens lekker vinden om geen therapie te hebben.

*‘’Maar soms zie ik ook wel eens mensen die hier komen en zeggen nou ik heb in een jaar heel veel therapieën gehad, toen stond ik hier weer op de wachtlijst en eigenlijk gaat het wel wat beter, of eigenlijk heb ik gemerkt dat ik het ook wel eens lekker vind om geen therapie te hebben. Het kan soms ook wel de andere kant op werken.’’*

#### Situatie veranderd

De meeste behandelaren gaven aan dat de situatie van cliënten in de wachttijd veranderd. In die tijd veranderen of verergeren de klachten die in de aanmeldbrief stonden. Hierdoor is het beeld van de cliënt tijdens de intake heel anders dan in de aanmeldbrief beschreven stond.

*‘’kijk in de aanmeldbrief staan alle klachten waarvoor iemand is aangemeld maar in een jaar of in een half jaar, in die wachttijd periode, kan er natuurlijk heel veel gebeuren. En dan heb je eigenlijk weer een heel ander beeld in je kamer zitten dan wat de huisarts in de brief heeft geschreven bijvoorbeeld.’’*

### Thema 3: Excuses aanbieden

Het thema ‘excuses aanbieden’ gaat over de onderwerpen: achterstand bij cliënt en wachtlijst schaamte/ - schuld.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende de bovenstaande onderwerpen:

#### Achterstand bij cliënt

Een paar behandelaren gaven aan dat zij door de extreme wachtlijsten snel achter kunnen staan bij cliënten. De cliënt legt de schuld van het lange wachten hiermee bij de behandelaren, althans zo voelt het. Dit geeft behandelaren het gevoel dat zij iets goed moeten maken.

*‘’bij cliënten kun je wel snel met 1 – 0 achter staan. Of een half punt achter. Daardoor heb je dan het gevoel dat je iets goed moet maken.’’*

#### Wachtlijst schaamte/ - schuld

Een enkele behandelaar begint vanuit zichzelf over de wachtlijstproblematiek tijdens een intake. De meeste behandelaren bespreken de wachtlijstproblematiek met een cliënt alleen wanneer deze er zelf over begint. Wanneer de cliënt hierover begint, schenken zij er even aandacht aan om het te erkennen. Dan zit er vaak wel veel lading op en is de behoefte groot om dit te bespreken.

*‘’Ik denk eigenlijk dat ik niet uit mijzelf erover ben begonnen. Omdat ik er op dat moment niet zo veel mee bezig ben. Aan de andere kant denk ik wel dat het wel een ding is bij cliënten en dat merk je wel als ze erover beginnen. Dan is er vaak veel lading op. Dus dan moet het ook maar wel besproken worden denk ik.’’*

Een paar behandelaren beschreven het boven benoemde gevoel als wachtlijstschaamte of als een schuldgevoel.

*‘’Ja, maar ik schaam me dan ook wel een beetje als cliënten hier dan binnen komen en zeggen dat zij veertien maanden op de wachtlijst hebben gestaan.’’*

### Thema 4: Werkdruk

Het thema ‘werkdruk’ gaat over de onderwerpen: mentaal beschermen, verwijzingen, complexe problematiek, maatschappelijk probleem, samenwerking en ervaren werkdruk.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende de bovenstaande onderwerpen:

#### Mentaal beschermen

Enkele behandelaren proberen zichzelf mentaal te beschermen tegen de stress die de wachtlijstproblematiek met zich mee brengt.

*‘’Anders overleef je het toch niet? Dan krijg je stress. Dan moet je harder gaan werken omdat je dan misschien één cliënt eerder van de wachtlijst kan halen. Dat werkt niet. Dus ik moet mij mentaal daartegen beschermen, afsluiten. Dus ja, jammer. Het is vervelend. Maar wat moet je dan?’’*

#### Verwijzingen

Alle behandelaren gaven tijdens de interviews aan dat het regelmatig voorkomt dat cliënten verkeerd verwezen worden. Dit vinden zij erg vervelend voor de cliënt, want deze wordt dan doorverwezen naar een andere afdeling waar waarschijnlijk ook een wachtlijst is. Wat er dus gebeurt is dat deze cliënt maanden heeft gewacht om geholpen te worden om uiteindelijk te horen dat hij of zij voor niks op een wachtlijst stond omdat de afdeling niet geschikt is. Ook is dit erg vervelend voor de behandelaren. Zij moeten dan een slechtnieuwsgesprek voeren en hadden de gebruikte tijd ook voor een intake met iemand kunnen gebruiken die wel baat heeft bij zijn of haar aanbod. Dit brengt een moeilijk dilemma met zich mee vertellen de behandelaren. Zij moeten dan voor de cliënt kiezen of het beter is om nogmaals een aantal maanden te wachten op passende zorg of toch zelf gaan behandelen terwijl die zorg die zij zelf kunnen bieden niet helemaal aansluit bij de hulpvraag van de cliënt.

*‘’Dan heeft iemand dus heel lang gewacht, en dan zeggen we soms ook wel es nou laten we het maar doen want die gene heeft al zo lang gewacht. Terwijl iemand misschien ergens anders veel beter terecht kon.’’*

#### Complexe problematiek

De meeste behandelaren gaven aan dat zij denken dat cliënten met complexe problematiek het langst moeten wachten doordat deze behandelingen langer duren dan behandelingen voor milde klachten. Het te kort aan gespecialiseerde GZ-psychologen helpt hier niet aan mee. Ook zijn cliënten met suïcide niet gewenst door het vele gedoe dat dit met zich mee brengt voor de instantie.

*‘’Wij als behandelaren willen allemaal de relatief makkelijke cliënten, of ja de cliënten die geen problemen veroorzaken, de cliënten die geen suïcide plegen, dat is natuurlijk wel wat je uiteindelijk als behandelaar of instelling wil.’’*

#### Maatschappelijk probleem

Alle behandelaren gaven aan dat de wachtlijstproblematiek een maatschappelijk probleem is. Zij gaven aan soms aan cliënten te merken dat ook zij deze maatschappelijke druk ervaren. De cliënten voelen zich dan schuldig dat zij een ‘plekje’ van een ander innemen.

*‘’Maar als je kijkt hoe dat nu maatschappelijk zit. Blijkbaar hebben we hier nu geen geld voor over, of in ieder geval niet om dit uit te breiden. Dus is dit blijkbaar de gang van zaken. Het is hier denk ik niet veel langer dan op andere plekken. Het is een soort maatschappelijk probleem.’’*

#### Samenwerking

Een aantal behandelaren vinden dat de samenwerking tussen verschillende instanties beter kan. Zij zeiden dat het veel meer vanuit de maatschappij moet komen, wat lastig is in een individuele samenleving. Elke instelling heeft zijn eigen regels en redenen om iemand te weigeren.

*’’Dat ik denk van het moet eigenlijk veel meer als samenwerking vanuit de maatschappij. Dat is natuurlijk met een individuele samenleving wel lastig. Daardoor gaat het in systemen zitten in plaats van mensen ervoor zorgen dat iedereen het goed heeft.’’*

#### Ervaren werkdruk

De meeste behandelaren gaven aan dat zij een prima werkdruk ervaren. Behandelaren in opleiding tot GZ-psycholoog hebben ruimte om uren voor de opleiding te schrijven. Dit geeft hen ruimte om niet alleen maar behandelingen te doen. Zij geven ook aan dat zij denken dat de werkdruk hoger wordt ervaren wanneer het voornamelijk gericht is op productie en er meer dan zes cliënten op één dag achter elkaar gepland staan. Deze behandelaren vertellen ook dat deze hoge werkdruk mensen laat afknappen om in de zorg te werken.

*‘’Maar als ik zie dat sommige collega’s echt wel zes of zeven gesprekken op een dag hebben, dus dat is gewoon zes of zeven uren waarvan je ook nog ergens pauze hoopt te kunnen nemen. Dan vind ik dat wel veel. Dat moet je natuurlijk ook nog voorbereiden en rapporteren.’’*

*‘’En het risico is dan ook weer, doordat de werkdruk zo hoog is, dat er nog meer mensen soort van afknappen op hun werk. Dus ik denk dat daar echt wel goed naar gekeken moet worden.’’*

## Onderzoeksvraag 2: Hoe zouden behandelaren Wacht Actief willen inzetten voor een betere start van de behandeling?

### Thema 1. Wacht Actief inzetten

Het thema ‘Wacht Actief inzetten’ gaat over de onderwerpen: gesprekstool, voor- en nameting en behandeldoelen met behulp van spinnenweb.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende de bovenstaande onderwerpen:

#### Gesprekstool

Alle behandelaren gaven aan dat de informatie die Wacht Actief oplevert waardevol is om mee te nemen bij de intake. Zij zouden dit als gesprekstool gebruiken om voort te borduren op de activiteiten van Wacht Actief en de inzichten die de cliënt daardoor verworven heeft. De informatie zouden zij als samenvatting in een paar zinnen of als een soort van overzicht willen ontvangen. Ook de uitkomst, het spinnenweb, van de vragenlijst over Positieve Gezondheid zouden zij mee willen nemen tijdens de intake.

*‘’Ja en of ze niet alleen maar heeft gelezen maar ook echt iets heeft geoefend kun je daar weer op terug komen. Het is meer dat je er wat vanaf weet. Dat kan heel snel in één of twee zinnen bij de intake. Want dan kan je ook zeggen van goh, wat leuk dat je dat hebt gedaan. Wat goed van jou en dan kan je makkelijk weer verder op hetgeen dat diegene aansprak. En dan kan je er misschien weer wat meer mee.’’*

#### Voor- en nameting

Eén behandelaar had het idee om die vragenlijst van Positieve Gezondheid te gebruiken als voor- en nameting om de gesteldheid van de cliënt te meten. De voormeting zou plaats vinden bij de aanmelding en de nameting vlak voor het intakegesprek.

*‘’Of misschien dat je die vragenlijst op het einde nog een keer invult, als een nameting. Dat je dan een voor- en een nameting hebt. En dat dan een soort van insteek geeft voor de cliënt van hier ben ik mee bezig geweest en dit is er veranderd. Zou dat het kunnen zijn? ‘’*

#### Behandeldoelen met behulp van spinnenweb

Eén behandelaar gaf aan dat het spinnenweb een richting kan geven voor de behandeldoelen. Zij vertelde dat de zorgvraag vanuit de cliënt vaak nog onduidelijk is tijdens de intake, wat maakt dat het diagnostische proces langer duurt.

*‘’Vanuit Lentis zijn we nu ook steeds meer bezig om die Positieve Gezondheid, herstelgerichte visie en ervaringsdeskundigheid te betrekken. En daar zou dat dan ook in passen om dat wat meer mee te nemen bij de doelstelling en het behandelplan of in de intake om daar meer tijd voor te hebben om dat stuk ook uit te vragen. En dat die doelen dan ook die kant op gaan.’’*

## Deelvraag A: Wat zijn de ervaringen van behandelaren met het programma Wacht Actief?

### Thema 1: Ervaringen met het programma Wacht Actief

Het thema ‘ervaringen met het programma Wacht Actief’ gaat over de onderwerpen: huidige kennis en informatieoverdracht.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende de bovenstaande onderwerpen:

#### Huidige kennis

Alle behandelaren gaven aan dat zij nog niet veel wisten over het programma Wacht Actief. Zij weten wel dat het bestaat en hebben weleens iets erover gehoord via een collega. Hoe het precies werkt en wat je er mee kan, weet maar een enkeling die zelf betrokken is geweest bij de ontwikkeling van het programma. Al deze behandelaren zijn nieuwsgierig naar het programma en zouden graag meer informatie hierover willen door bijvoorbeeld een workshop of presentatie.

*‘’Ik weet dat het een module is die wordt aangeboden via Minddistrict. En dat sommige van mijn cliënten dat hebben gedaan of in ieder geval deels. Dat weet ik ervan. Ik weet dat het gedurende de wachttijd een module is die wordt aangeboden.’’*

#### Informatieoverdracht

Alle behandelaren gaven aan dat zij hun cliënten nog nooit hebben gehoord over het programma Wacht Actief. Zij hebben ook binnen de behandeling niks vernomen ervan dat cliënten al dan niet gebruik maken van Wacht Actief.

*‘’Die heeft een aantal dingen afgerond, maar daar heeft ze verder nooit wat over verteld. Het is dat ik dat nu toevallig ontdekte, omdat jij hier kwam. Maar ze heeft nooit iets gezegd.’’*

### Thema 2: Meningen over Wacht Actief

Het thema ‘Meningen over Wacht Actief’ gaat over de onderwerpen: Positief, twijfels over gebruik en eventuele effecten door gebruik Wacht Actief op de start van een behandeling.

De behandelaren zeiden het volgende betreffende de bovenstaande onderwerpen:

#### Positief

Alle behandelaren vonden Wacht Actief een goed idee. Het voelt voor hen prettig dat er vanuit Lentis iets wordt aangeboden aan de cliënten tijdens de wachttijd. Zij hopen hiermee het gevoel van gezien en gehoord worden te wekken bij de cliënten. Ook vonden zij het mooi dat er begeleiding wordt aangeboden in Wacht Actief en dat er een mogelijkheid is om contact op te nemen met een ervaringsdeskundige. Verder spraken zij positief over de informatie die Wacht Actief oplevert. Zij noemden deze informatie nuttig en waardevol voor de start van een behandeling.

*‘’Ik vind het een heel mooi initiatief. Wat ik er mooi aan vind is denk ik dat cliënten in ieder geval het gevoel hebben dat erover na is gedacht, dat er iets voor ze is, dat we het vervelend voor ze vinden en ze toch graag iets willen bieden.’’*

#### Twijfels over gebruik

De meeste behandelaren twijfelden over het daadwerkelijke gebruik van Wacht Actief door zowel de cliënten als door andere behandelaren. Zij vertelden dat wanneer cliënten klachten ervaren, meestal een beperkt gevoel van eigen regie hebben en een lage motivatie om zelfstandig aan zo een module te beginnen. Zij beschreven dit als een te hoge drempel. Ook twijfelden zij of alle behandelaren Wacht Actief zouden gebruiken.

*‘’Ik ken mijn cliënten ook wel een beetje. En merendeel, ja digitaal én jezelf ergens in verdiepen, zelfstandig. Dat gaan mensen niet zomaar doen. Want als je namelijk heel erg goed bent om oplossingen te zoeken en om daar je tanden in te zetten én om te gaan veranderen, dan hadden ze dat allang gedaan. Hun overlevingsstrategie is vermijden, uitstellen, wachten en hopen dat het een keer goed komt en daardoor zijn ze door jaren en jaren hetzelfde gedrag vertonen uitgeput geraakt en somber geworden en zien ze geen uitweg.’’*

#### Eventuele effecten door gebruik van Wacht Actief op de start van een behandeling

Een aantal behandelaren vertelden iets over eventuele effecten die het gebruik van Wacht Actief door de cliënt kan hebben op de start van de behandeling. Alle beschreven effecten zijn positief en helpend. Zo kan het gebruik van Wacht Actief, volgens de behandelaren, het zelfinzicht van de cliënten vergroten en een begin zijn voor een gedragsverandering. Ook zou het kunnen dat de uiteindelijke behandeling minder lang hoeft te duren en minder intensief hoeft te zijn, doordat er al informatie ligt vanuit Wacht Actief.

*‘’Dan is dus al wat gedaan en dat zou dan uiteindelijk ook tijd besparen voor een behandelaar. Los van dat je dan eerder contact hebt met een behandelaar en dat de wachttijd in die zin kleiner is.’’*

# 4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische reflectie op het uitgevoerde onderzoek beschreven. Dit onderzoek is een aanvulling op bestaande literatuur over de wachtlijstproblematiek omdat er nog geen eerdere studies zijn geweest die de ervaringen van behandelaren met de wachttijd van cliënten en het programma Wacht Actief in kaart hebben gebracht. Tot slot zal er antwoord gegeven worden op de twee onderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag luidt: ‘Wat zijn de ervaringen van behandelaren met betrekking tot de wachttijd van de cliënten?’. De tweede onderzoeksvraag luidt: ‘Hoe zouden behandelaren Wacht Actief willen inzetten voor een betere start van de behandeling?’ Voor deze onderzoeksvraag is een deelvraag geformuleerd: ‘Wat zijn de ervaringen van de behandelaren met het programma Wacht Actief?’.

Het doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen wat de ervaringen van behandelaren zijn met de wachttijd van hun cliënten en op welke manier zij Wacht Actief zouden willen inzetten om de start van een behandeling de versnellen/ vergemakkelijken.

## De wachttijd

Uit de diepte-interviews blijkt dat behandelaren de huidige wachttijd van hun cliënten als problematisch en veel te lang ervaren. De lange wachttijden zijn voor zowel de cliënten als behandelaren een doorn in het oog. Dit brengt een aantal emoties met zich mee zoals frustratie, onmacht, emotionele druk en wachtlijstschaamte. De frustratie wordt gewekt doordat de behandelaren de huidige wachttijd voor cliënten veel te lang vinden. Doordat de wachtlijstproblematiek volgens de behandelaren een maatschappelijk probleem is waar zij individueel niks aan kunnen doen, ervaren zij onmacht. Zij voelen zich niet persoonlijk verantwoordelijk voor de wachtlijstproblematiek en proberen zich hier niet te veel in te verdiepen. Bijna alle behandelaren gaan hiermee op dezelfde manier om. Zij proberen zich niet regelmatig te verdiepen in de wachtlijst zodat zij niet te veel stress ervaren en genoeg aandacht hebben voor de cliënten die zij nu behandelen. De behandelaren proberen de doorstroom van cliënten zoveel mogelijk te verhelpen door kritisch te kijken naar de actualiteit van de hulpvraag. Dit zorgt bij sommige behandelaren voor emotionele druk doordat er een dilemma ontstaat tussen een formeel, bedrijfsmatig aspect en het persoonlijke aspect. Met name bij het kiezen van de juiste verwijzingen. De verwijzingen blijken veelal niet goed te gaan wat maakt dat cliënten meerdere keren op verschillende wachtlijsten terecht komen. Vooral verwijzingen van complexe problematiek is problematisch door de verschillende specialisaties in de SGGZ. Wanneer een cliënt na een lange wachttijd terecht komt bij een behandelaar, voelt de behandelaar zich genoodzaakt om excuses aan te bieden. Hij heeft dan het idee dat hij door de lange wachttijd een achterstand heeft bij de cliënt en ervaart hierdoor wachtlijstschaamte.

Over het algemeen wordt de werkdruk door de geïnterviewde behandelaren als prima ervaren. Echter zoals het systeem van de GGZ nu ingericht is, is deze gericht op productie. Dat wil zeggen dat er verwacht wordt dat er een bepaald aantal uren besteed worden aan direct cliënten contact. Deze manier van werken kan zorgen voor een hoge werkdruk bij behandelaren. Zij zien soms meer dan zes cliënten op een dag. Deze werkdruk vraagt veel van behandelaren en zorgt ervoor dat zij minder behoefte hebben aan sociale activiteiten in hun vrije tijd. Behandelaren die in opleiding zijn ervaren dit niet zo. Zij hebben een aantal opleidingsuren waardoor er afwisseling is. Zij geven aan dat zij zich kunnen voorstellen dat hun collega’s die alleen maar behandelen een hoge werkdruk ervaren.

## Wacht Actief

De meeste behandelaren weten dat het programma Wacht Actief bestaat en dat het een online module is voor cliënten die op de wachtlijst staan. Hun kennis over het programma is erg beperkt. Zij weten vaak niet wat de cliënten er mee kunnen en hoe zij dit zelf zouden kunnen zien. De behoefte naar meer informatie over het programma is hoog. Ook heeft geen behandelaar zijn cliënten over het programma Wacht Actief gehoord. De interesse is er wel en zij vinden het een mooi initiatief. Alle behandelaren waren zeer positief over het programma. Het voelt empathisch en verzachtend richting de cliënten. Echter twijfelen zij of alle cliënten gebruik zouden maken van het programma. Wanneer cliënten klachten ervaren hebben zij een beperkt gevoel van eigen regie en een lage motivatie om zelfstandig aan de slag te gaan met een online module. Dit noemden zij als een te hoge drempel voor zelfzorg.

Alle behandelaren zouden Wacht Actief willen inzetten tijdens de start van een behandeling. Zij denken dat het gebruik van Wacht Actief positieve en helpende effecten kan hebben op de behandeling. Dit kan bijvoorbeeld het zelfinzicht van de cliënten vergroten waardoor de cliënten met een gerichtere hulpvraag aan een behandeling beginnen. Ook kan het gebruik van Wacht Actief een begin van een gedragsverandering zijn. Deze effecten kunnen ervoor zorgen dat de start van de behandeling sneller verloopt en de behandeling zelf minder intensief hoeft te zijn of minder lang hoeft te duren.

Alle behandelaren zouden de informatie vanuit Wacht Actief in een soort van samenvatting of overzicht willen meenemen tijdens de intake. Met deze informatie kunnen zij voortborduren op wat de cliënt al heeft gedaan, hoe dit is gegaan en welke inzichten de cliënt heeft verworven. Ook de uitkomt van de vragenlijst over Positieve Gezondheid willen de behandelaren meenemen tijdens de intake. Daarmee kunnen zij de behandeldoelen richting de herstelgerichte visie formuleren. Tot slot zouden de behandelaren de vragenlijst over Positieve Gezondheid willen inzetten als voor- en nameting om de gesteldheid van de cliënten te meten. Doordat er vaak veel gebeurd tijdens een lange wachttijd is de aanmeldbrief niet meer actueel. Deze meting laat dan het verschil zien en kan ervoor zorgen dat de behandeling sneller kan starten doordat het sneller duidelijk is waar de actuele behoeften van de cliënt liggen.

## Literatuur

Het eerste discussiepunt is het inzetten van technologie binnen de GGZ. Uit de interviews bleek dat er steeds meer aandacht is voor de herstelgerichte visie en dat er binnen Lentis vraag is naar kennis over het inzetten van technologie tijdens de wachttijd en behandelingen. Dit is niet in overeenstemming met de verwachtingen. Uit een onderzoek van het Trimbos instituut van 2007 tot 2009 bleek dat één van de vastgestelde knelpunten die ten grondslag liggen van de toenemende zorg is dat technologische kansen om de zorg te verbeteren onvoldoende benut worden. De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat er juist wel vraag naar kennis over het programma Wacht Actief is. En dat behandelaren al veel ideeën over de inzet ervan om de start van een behandeling te verbeteren hebben. De inzet van Wacht Actief zou een positieve uitwerking op de doorstroom van cliënten kunnen hebben. En daarmee ook een positieve invloed op de wachtlijstproblematiek.

Desondanks dat de wachtlijstproblematiek enigszins werkdruk met zich mee brengt door de gewenste doorstroom aan cliënten, voelen de behandelaren zich niet persoonlijk verantwoordelijk voor deze situatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de leidinggevenden de wachtlijstproblematiek zo veel mogelijk bij de behandelaren weg houden. Ook de omgang die behandelaren veelal hanteren met betrekking tot de wachtlijsproblematiek draagt hieraan bij. De behandelaren willen de wachtlijstproblematiek niet onder ogen zien zodat zij hun werk inhoudelijk goed kunnen blijven doen. Dit is niet in overeenstemming met de verwachtingen zoals beschreven in de inleiding. De onderzoeker had verwacht dat behandelaren veel werkdruk ervaren doordat de vraag naar zorg veel groter is dan het aanbod. Ook omdat er enorm veel vacatures open staan voor behandelaren zoals uit de inleiding van dit onderzoek blijkt.

## Limitaties en beperkingen

### Onderzoekspopulatie

Het volgende discussie punt is de onderzoekspopulatie. De onderzoekspopulatie bestaat uit drie pilotteams binnen Lentis, waardoor de uiteindelijke steekproef een kleine omvang was ten op zichtte van de grootte van de instelling. Er is gewerkt met een steekproef van tien deelnemers met verschillende specialisaties en een ruime verdeling in leeftijd. De deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig. De kans bestaat dat er maar een bepaald ‘type’ behandelaar deel nam aan het onderzoek, namelijk behandelaren die affiniteit hebben met leefstijl (Positieve Gezondheid) en weinig tot geen werkdruk ervaren. Hierdoor kan men zich afvragen of de resultaten wel representatief zijn voor alle behandelaren binnen deze pilotgroepen. Ook trad er na enkele interviews saturatie op. Wat maakt dat gesteld kan worden dat de resultaten bij een herhaling van het onderzoek hetzelfde zouden zijn. Op dit moment bevindt zich het project Wacht Actief nog in een pilotfase. Zodra het programma Lentis breed ingezet zal worden, wordt aanbevolen om dit onderzoek te herhalen met een grotere steekproef om te kijken of de resultaten overeenkomen.

### Werving strategieën

Ook de werving van de deelnemers is een discussiepunt. Om de deelnemers van dit onderzoek te werven zijn een drietal strategieën gebruikt. Elke strategie heeft voor en nadelen die door het gebruik van meerdere strategieën werden aangevuld. Er zal kritisch gekeken worden naar twee van de drie gebruikte strategieën. De eerste is de *Gatekeepersstrategie.* Voordelen van deze strategie zijn dat de sociale hiërarchie en het protocol gerespecteerd word en dat zij collega’s herkennen die in aanmerking komen voor deelname. Nadelen van deze strategie zijn het optreden van een mogelijke selectiebias en dat de door de teamleiders geselecteerde deelnemers mogelijk niet durven af te zien van het onderzoek en daardoor gedwongen deelnemen. Dit kan ertoe leiden dat de deelnemers sociaal wenselijke antwoorden geven tijdens het interview wat de resultaten minder betrouwbaar maakt.

Ook is er gebruik gemaakt van de *Formal network strategie*. Een voordeel hiervan is dat de onderzoeker zeker weet dat de deelnemers binnen de doelgroep vallen. Ook hierbij komt als nadeel de selectie bias kijken. Wat wederom ertoe kan leiden dat deelnemers sociaal wenselijke antwoorden geven tijdens de interviews waardoor de resultaten minder betrouwbaar kunnen zijn.

## Conclusie

Kortom, de behandelaren ervaren de huidige wachttijd van hun cliënten als problematisch en veel te lang. Vooral de verkeerde verwijzingen zijn een doorn in het oog van de behandelaren. Zij ervaren daardoor emoties zoals frustratie, onmacht, emotionele druk en wachtlijstschaamte. De behandelaren voelen zich echter niet persoonlijk verantwoordelijk voor deze situatie en proberen zich er niet te veel in te verdiepen. De wachtlijstproblematiek brengt enigszins werkdruk met zich mee, maar door de kop in het zand methode, die het management ondersteunt kunnen de behandelaren zich concentreren op het inhoudelijke werk. De meeste behandelaren hebben beperkte kennis over het programma Wacht Actief maar vinden het wel een mooi initiatief. Het voelt voor hen goed om iets aan te bieden aan cliënten die op de wachtlijst staan zodat zij zich gezien en gehoord voelen. Tot dus ver hebben zij nog geen cliënten over het programma gehoord. Er is dus geen informatie overdracht aanwezig. Wel verwachten zij positieve effecten door het gebruik van Wacht Actief op (de start van) de behandeling. Zij zijn dan ook allemaal bereid om dit programma in te zetten om de start van een behandeling beter of sneller te laten verlopen.

## Aanbevelingen

Op basis van de resultaten wordt aanbevolen om het gebruik van Wacht Actief binnen de organisatie te stimuleren door behandelaren beter te informeren over Wacht Actief via presentaties of workshops. Voor nu is de kennis van behandelaren over het programma nog te beperkt. Wat maakt dat behandelaren Wacht Actief nog niet inzetten tijdens de start van een behandeling. Zij vragen er niet actief naar en horen cliënten er ook niet over. Een verder advies is gericht op de inzet van Wacht Actief. Alle behandelaren gaven aan dat zij de informatie uit Wacht Actief waardevol vinden. Het advies is dan ook om de informatie vanuit Wacht Actief mee te geven aan de behandelaren voor de intake in de vorm van een korte samenvatting. Deze informatie bestaat dan uit de activiteiten van de cliënten, welke modules er gedaan zijn en hoe dit ging en het spinnenweb als resultaat van de vragenlijst Positieve Gezondheid. Het laatste advies is om vervolgonderzoek te doen naar de effecten van het gebruik van Wacht Actief tijdens de wachttijd. Een aantal behandelaren gaven namelijk aan dat Wacht Actief de positieve werking van de wachttijd kan versterken. Dit kan voordelen voor cliënten kunnen opleveren. Mocht Wacht Actief daadwerkelijk de positieve werking van de wachttijd versterken zou dit ook voordelen hebben voor de wachtlijstproblematiek. Daarnaast kan dit ook interessant zijn voor toekomstige financiële ontwikkelingen voor Wacht Actief richting de zorgverzekeraars.

# Literatuurlijst

Ajrovic, S., & Frijters, S. (2021, 13 augustus). *Er zijn nog 77 duizend wachtenden voor u - waarom lukt het niet de ggz-wachtrij korter te maken?* volkskrant.nl. Geraadpleegd op 26 april 2022, van https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/er-zijn-nog-77-duizend-wachtenden-voor-u-waarom-lukt-het-niet-de-ggz-wachtrij-korter-te-maken~b0dc3b23/

Algemene Rekenkamer. (2020, 25 juni). *Geen plek voor grote problemen*. rekenkamer.nl. Geraadpleegd op 24 februari 2022, van https://www.rekenkamer.nl/onderwerpen/zorguitgaven/documenten/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen

Algra, K. et.al. (2017). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit.* KNAW, NFU, NWO, To2-federatie, Vereniging Hogescholen en VSNU.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (5e druk). Noordhoff.

Bureau LWPC, & Schuurman, S. (z.d.). *WachtVerzachter*. wachtverzachter.nu. Geraadpleegd op 25 februari 2022, van https://wachtverzachter.nu/

De Nederlandse ggz. (2021). *Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional*. vippggz.nl. Geraadpleegd op 2 maart 2022, van https://www.vippggz.nl/

Candilis, P. J., & Pollack, M. H. (1997). *The hidden costs of untreated anxiety disorders.* Harvard Review of Psychiatry, 5(1), 40-42.

Ensie. (z.d.). *Behandelaar*. ensie.nl. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van https://www.ensie.nl/anw/behandelaar

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Reasearch Methods* (2de editie). SAGE Publications.

Hesdahl, O. (2021, 10 oktober). *Lange wachttijden voor psychische hulp: wat heeft dit tot gevolg bij jongeren?* onderzoeksredactie.fhj.nl. Geraadpleegd op 26 april 2022, van https://onderzoeksredactie.fhj.nl/onderzoek/lange-wachttijden-voor-psychische-hulp-wat-heeft-dit-tot-gevolg-bij-jongeren/

Lentis. (2022). *Wachttijden*. lentis.nl. Geraadpleegd op 24 februari 2022, van https://www.lentis.nl/over-lentis/kwaliteit-van-zorg/wachttijden/?location=&age=&organisation=&treatment=

Mijn Positieve Gezondheid. (2022). *Gezondheid is meer dan alleen niet-ziek-zijn*. mijnpositievegezondheid.nl. Geraadpleegd op 1 april 2022, van https://mijnpositievegezondheid.nl/tools/positieve-gezondheid/

MIND Korrelatie. (2021, 30 april). *Sta je op een wachtlijst? Bel MIND Korrelatie*. mindkorrelatie.nl. Geraadpleegd op 25 februari 2022, van https://mindkorrelatie.nl/nieuws/sta-je-op-een-wachtlijst-bel-mind-korrelatie

Nationaal Ethiek Overleg Sociale en Gedragswetenschappen (2018). *Code of ethics for research in the social and behavioral sciences involving human participants.* Geraadpleegd op 24 februari 2022, van https://www.nethics.nl/Gedragscode-Ethical-Code/.

Nederlandse ggz, Koepel van cliënten- en familie organisaties MIND, Platform MeerGGZ, & Sociaalwerk Nederland. (2022). *Leren van elkaars praktijk*. wegvandewachtlijst.nl. Geraadpleegd op 25 februari 2022, van https://wegvandewachtlijst.nl/

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2019). *Arbeidsmarktonderzoek NVvP-LAD*. lad.nl. Geraadpleegd op 7 maart 2022, van https://www.lad.nl/wp-content/uploads/2019/03/Arbeidsmarktonderzoek-psychiaters-in-ggz-instellingen-21032019.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). *Informatiekaart Wachttijden ggz 2021*. puc.overheid.nl. Geraadpleegd op 30 maart 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\_648825\_22/

Patiëntenfederatie Nederland. (2022, 7 februari). *Intakegesprek ggz*. kennisbank.patientenfederatie.nl. Geraadpleegd op 6 april 2022, van https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a\_id/1712/~/intakegesprek-ggz

Patton, M.Q. (2015). Qualitative Research and Evaluation Methods (4e editie). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rothfusz, J. (2019). *Ethiek in de psychologie* (3e editie). Pearson Benelux.

Scribbr. (2021, 26 oktober). *Betrouwbaarheid in je scriptie*. scibbr.nl. Geraadpleegd op 29 mei 2022, van https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/betrouwbaarheid/

Scribbr. (2021, 23 december). *Hoe transcribeer je een interview?* www.scribbr.nl. Geraadpleegd op 24 februari 2022, van https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/

Scribbr. (2022, 31 maart). *Observer Bias*. scribbr.nl. Geraadpleegd op 29 mei 2022, van https://www.scribbr.com/research-bias/observer-bias/

Sociaal-Wetenschappelijke Raad. (2003). *Gedragscode voor gebruik van persoonsgegevens in wetenschappelijk onderzoek*. Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW).

Trimbos instituut. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. trimbos.nl. Geraadpleegd op 26 april 2022, van https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af0898-nemesis-2-de-psychische-gezondheid-van-de-nederlandse-bevolking.pdf

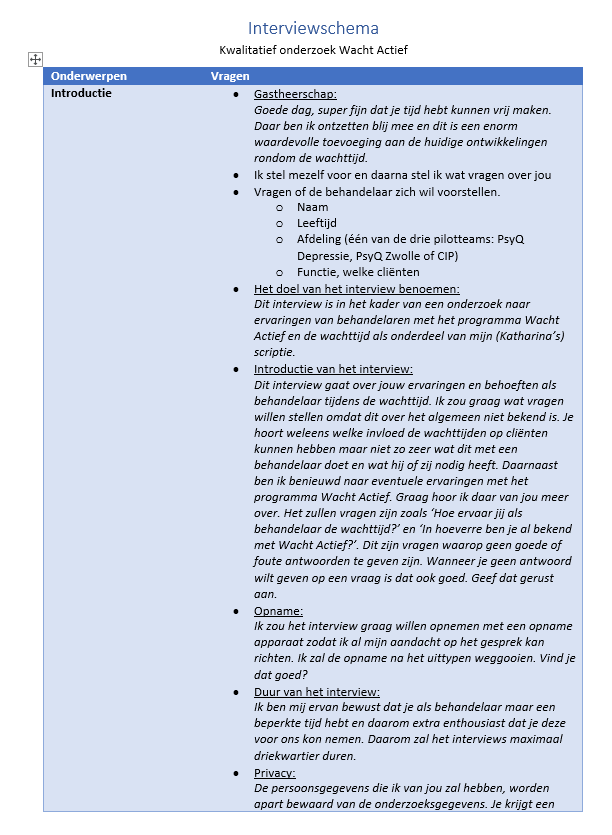
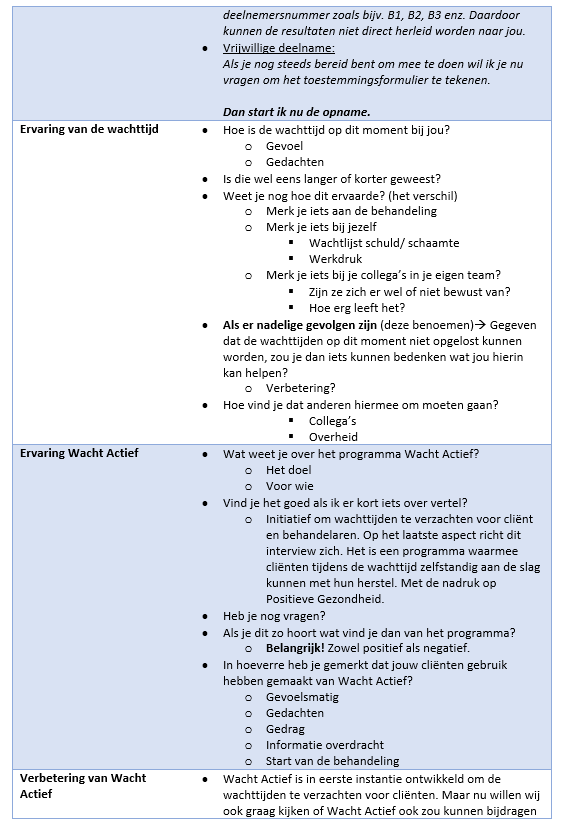
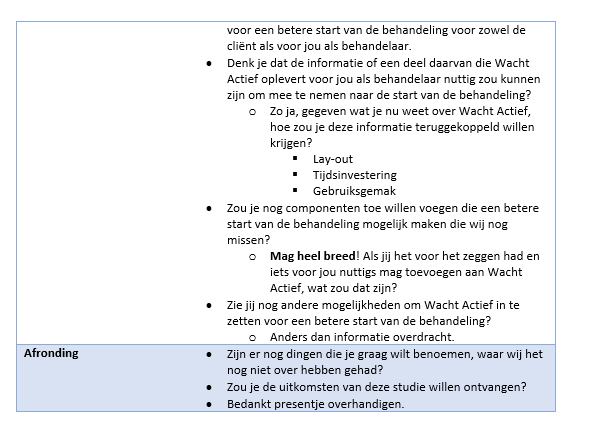
Trimbos instituut. (2022). *Cijfers: psychische gezondheid*. trimbos.nl. Geraadpleegd op 26 april 2022, van https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz

Van den Brink, R. (2021). *Te kort aan behandelaren veroorzaakt naast wachtlijsten ook patiëntenstop in ggz*. nos.nl. Geraadpleegd op 6 april 2022, van https://nos.nl/artikel/2392381-tekort-aan-behandelaren-veroorzaakt-naast-wachtlijsten-ook-patientenstop-in-ggz

Trimbos-instituut (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut

Vektis. (2022, 21 januari). *Factsheet Wachttijdinformatie ggz*. vektis.nl. Geraadpleegd op 7 maart 2022, van https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz

Bijlage 1 Interviewschema

Bijlage 2 Codeboek