

EVALUATION OF PRIMARY CARE PSYCHOLOGY IN BELGIUM (EPCAP).

**WEGEN NAAR EEN DUURZAME INBEDDING VAN DE
EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG IN BELGIË**

Samenvatting

30 juni 2023



INLEIDING

De structuur en de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in België is sinds 2011 fundamenteel veranderd. Die nieuwe structuur en organisatie is op het Belgische grondgebied al meer dan een decennium verankerd in netwerken, waarvan de verankering van de geestelijke gezondheidszorg op/in de eerste lijn een *Leitmotiv* is. Hiermee volgt het Belgische beleid de sterke aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2022). Deze verankering is eerste stap naar een verduurzaamde geïntegreerde zorg, en biedt hoofd aan twee problematische aspecten in de Belgische geestelijke gezondheidszorg. Er is ten eerste de *hoge unmet need*, uitgedrukt als een lage proportie personen met psychische problemen die op korte termijn in behandeling komt; of uitgedrukt als de lange uitsteltijd vóór iemand in de zorg komt (grosso modo 10-15 jaar) (Bruffaerts et al., 2011). Ten tweede is er het probleem van de *overmet need*, uitgedrukt als een hoge mate van hooggespecialiseerde zorg, ook voor patiënten met milde psychische problemen (Mistiaen et al., 2017). Dit leidt onder andere tot het hoge gebruik van psychofarmaca in de Belgische algemene bevolking, of een snelle doorstroom naar een psychiatrische hospitalisatie. De conventie eerstelijnspsychologische zorg dient te worden beschouwd ten aanzien van deze twee kenmerken van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in de 21^{ste} eeuw. Dit leidt tot twee vragen. Ten eerste kan de vraag gesteld in welke mate de conventie eerstelijnspsychologische zorg patiënten sneller naar de zorg leidt. Een lang uitstel tussen start van de emotionele problemen en het moment waarop effectief professionele hulp wordt gezocht leidt immers tot een progressie van de aanwezige problemen. Een laagdrempelige en snelle toegang tot de zorg zijn hierbij noodzakelijk, met inbegrip van een richting (of indicatiestelling) waarin de zorg voor deze of gene patiënt dient te gebeuren. Ten tweede dient de vraag gesteld in welke mate de conventie een rol kan spelen in de snelle doorstroom naar hooggespecialiseerde psychiatrische zorg. Tegenover deze achtergrond is het belangrijk de psychologische zorg vroeg en ‘dichtbij de mensen’ aan te bieden. De conventie kan dus worden beschouwd als een systemische, maatschappelijke innovatie: het is een systeem van terugbetaalde zorgverstrekking dat wordt toegevoegd aan de al bestaande organisatie van de zorg en niet zozeer een specifieke behandeling die bij patiënten wordt toegepast.

Tegen deze achtergrond situeert huidige studie zich; meer specifiek worden de volgende onderzoeksvragen behandeld: (1) welke specifieke patiëntenprofielen worden toegeleid naar de eerstelijnspsychologische zorg?; (2) welke plaats heeft de geconventioneerde psycholoog/orthopedagoog in de organisatie van de zorg, i.c. het netwerk?; en (3) welke voorstellen kunnen er aan de hand van de studie worden geformuleerd die een duurzaam beleidskader bieden voor de eerstelijnspsychologische zorg in België?

WELKE KLINISCHE PROFIELEN WORDEN BEHANDELD IN DE CONVENTIE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG?

Op jaarbasis worden ongeveer 147.000 patiënten behandeld in het kader van de conventie eerstelijnspsychologische zorg in België, die op jaarbasis ongeveer 850.000 sessies genereert (equivalent aan 6 sessies per zorgtraject). Vanuit deze groep werd via *convenience sampling* een steekproef van 2.750 patiënten getrokken (met datacollectie tussen november 2020 en maart 2023) en werden patiënten geïnccludeerd in een vragenlijstonderzoek dat polste naar de klinische profielen (i.c. sociodemografische karakteristieken, diagnose van psychische stoornissen, kwaliteit-van-leven, absentisme en veerkracht) en zorggebruik in het verleden (Jansen et al., 2022). Patiënten werden opgevolgd na 3, 6 en 12 maanden na de index-behandeling. De gemiddelde leeftijd van de patiënten betrof 39 jaar; de gegevens van de steekproef werden statistisch gewogen om representatief te zijn voor de populatie behandelde patiënten (N~147.000) aan de hand van populatieparameters verkregen door het RIZIV.

Klinische profielen van behandelde patiënten

Met betrekking tot het klinische profiel van de patiënten behandeld zijn er vijf specifieke bevindingen: (1) 3/10 behandelde patiënten voldoet níet aan de criteria van een psychische stoornis; dit percentage is bovendien stijgend in functie van de tijd van inclusie; (2) patiënten hebben een heterogeen klinisch profiel maar voldoen in de meerderheid van de gevallen aan de criteria van zogenaamde *common mental disorders*: angst- en stemmingsstoornissen en externaliserende problemen, met een duurtijd van ongeveer 10 jaar. Ongeveer de helft van deze stoornissen hebben een ernstige impact op het dagelijkse leven; (3) 1/10 behandelde patiënten heeft een stoornis die het laatste jaar is ontstaan en komt dus vroeg in behandeling; (4) 3/10 behandelde patiënten komt uit een zogenaamde kwetsbaren groep (bijvoorbeeld werkzoekend, lage socio-economische status,...) en (5) in de klinische profielen is er weinig onderscheid tussen patiënten behandeld binnen een eerstelijnspsychologische (ELP) versus gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ).

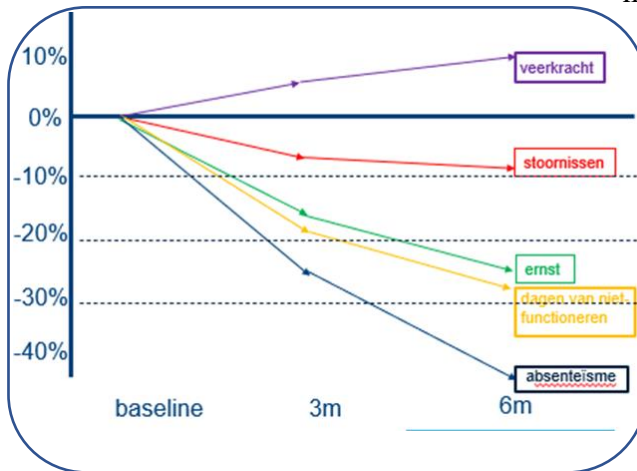
Hoe worden patiënten toegeleid tot zorg in de eerstelijnspsychologische conventie?

Binnen deze onderzoeksvraag zijn er drie belangrijke bevindingen. (1) Voor 4/10 patiënten is de huidige behandeling de eerste ooit; (2) Ongeveer de helft van de behandelde patiënten rapporteert een voorgeschiedenis van behandeling voor psychische problemen. Een derde van de behandelde patiënten heeft al een (medicamenteuze) behandeling gekregen binnen het jaar waarin ook de eerstelijnspsychologische behandeling plaatsvond. Eén patiënt op vier had al minstens twee behandeltrajecten binnen de conventie. (3) De mediane duur tussen start van de psychische problemen en het moment waarop patiënten hulp zochten binnen de conventie bedraagt 4 jaar voor diegenen die nog nooit eerder in behandeling waren en 3 jaar voor diegenen die wel al ooit in behandeling waren. In vrijwel alle gevallen wordt de zorg uitgesteld omwille van cognitieve en attitudinale redenen, zoals de wens de problemen zelf te willen oplossen (>50%), financiële redenen (30-40%) en de hoop dat de problemen uit zichzelf zullen oplossen (30-40%).

Kenmerken van het behandeltraject in de conventie eerstelijnspsychologische zorg

Baseline-gegevens. Met betrekking tot de plaats van behandeling kunnen we stellen dat minder dan 10% van alle sessies effectief plaatsvindt in groep en 1/6 op een vindplaats. We vonden evenwel dat bij kwetsbare patiënten niet 1/6 van de sessies plaatsvond op een vindplaats, maar 1/4, een gegeven dat sterk suggereert dat vindplaatsgericht werken belangrijk is teneinde psychologische zorg te kunnen bieden aan kwetsbare groepen. Hoewel de groepsinterventies een minderheid zijn van de uitgevoerde zorg, is het profiel van de patiënten behandeld in de groepsinterventies niet triviaal: het zijn vooral patiënten met een lagere prevalentie van stoornissen (i.c. 74% lager dan individueel behandelde patiënten) en een lage impact van de psychische problemen (met 4/5 geen ernstige impact). Verder is het zo dat minder dan 25% van de sessies effectief plaatsvond in het thuismilieu van de patiënt. Deze gegevens gecombineerd schetsen dat 8/10 sessies effectief plaatsvinden in het eigen kabinet van de psycholoog/orthopedagoog.

Longitudinale gegevens na 3 en 6 maanden na de start van de behandeling. Na 6 maanden na de start van de behandeling hebben patiënten 6 sessies gehad. Na een termijn van 3 en 6 maanden zijn nog respectievelijk 8/10 en 2/3 patiënten in behandeling. Tussen 1/10 en 4/10 patiënten continueert nog de sessie nadat de geconventioneerde sessies zijn afgelopen; dit betekent dat 6/10 à 9/10 effectief stopt met de zorg na het maximaal aantal sessies. Ongeveer ¼ heeft nog nood aan een verdere ambulante of residentiële behandeling. Eén derde van de patiënten heeft al op een wachtlijst gestaan voorafgaand aan de behandeling; gemiddeld ging het over één wachtlijst.



Na respectievelijk 3 en 6 maanden (de meting van 12 maanden loopt momenteel nog) na de start van de behandeling werden de volgende outcomes gemeten: psychische stoornissen, ernst van de psychische problemen, dagen van niet-functioneren, absentieïsme en veerkracht.

Er zijn drie centrale bevindingen: (1) globaal genomen zijn de outcomes na respectievelijk 3 en 6 maanden met 17 en 26% gedaald en is veerkracht met respectievelijk 5 en 10% gestegen (zie figuur 1); (2) na 3 en 6 maanden na de start van de behandeling zijn het vooral de maatschappelijke en participatieve outcomes (i.c. absentieïsme en dagen waarop de patiënt helemaal niet kan functioneren) gedaald (met respectievelijk 22 en 37%) ten aanzien van de meer klinische outcomes (8% minder psychische stoornissen en een daling van 25% van de ernst van de psychische problemen na 6 maanden na de behandeling); (3) de comparatieve gegevens verschillen in functie van het aantal en het type stoornissen: zo is bijvoorbeeld de daling van het aantal maandelijkse absentieïsmedagen bij studenten en werkenden het grootst in deze groep die een hoog absentieïsme had bij aanvang van de behandeling. Bovendien is het zo dat de daling in outcomes het grootst is bij specifieke types psychische stoornissen, voornamelijk bij angst- en stemmingsstoornissen en suïcidaliteit.

DE PLAATS EN DE FUNCTIE VAN EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG IN DE ORGANISATIE VAN DE ZORG EN DE NETWERKEN

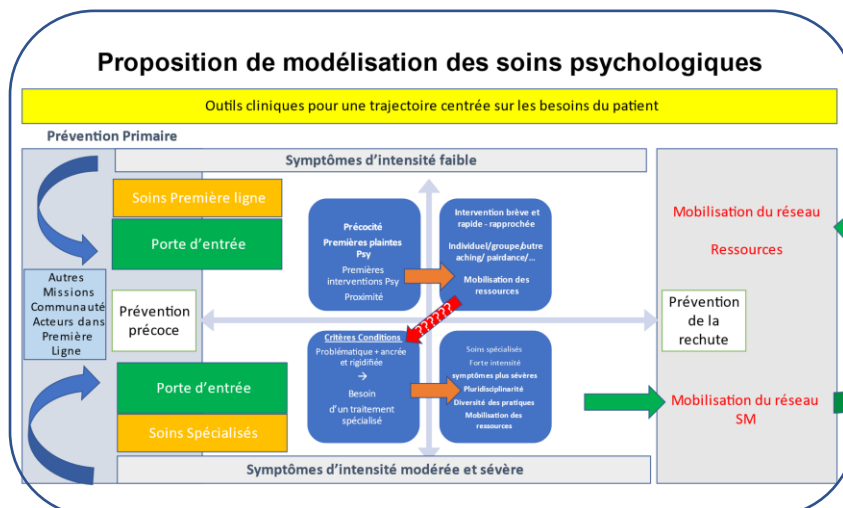
Momenteel zijn er ongeveer 3000 geconventioneerde psychologen/orthopedagogen. Teneinde een beeld te verkrijgen van hun mening rond de functie en de plaats van eerstelijnspsychologische zorg werden, via *convenience sampling*, 310 psychologen/orthopedagogen (Kinard et al., 2023), 270 artsen geïncludeerd in een online vragenlijst-interview. De belangrijkste outcomes betroffen de gehanteerde praktijken en de samenwerking met verschillende stakeholders in het netwerk. Naast dit kwantitatieve luik werd een *case study design* doorgevoerd in twee locaties (i.c. het netwerk van Namen, mei 2023, en alle netwerken werkzaam in de provincie Limburg, februari 2023). De specifieke outcomes in dit kwalitatieve luik betroffen vooral ideeën, voorwaarden en ‘good practices’ met betrekking tot een vlotte toeleiding tot en doorstroom van patiënten op netwerkniveau.

Profielen en gevoegde klinische praktijken van geconventioneerde psychologen/orthopedagogen

Uit de kwantitatieve bevraging bleek een groot vertrouwen in de gevoerde klinische praktijken, vooral dan met betrekking tot individuele sessies en behandelingen. Driekwart van de psychologen / orthopedagogen heeft een psychotherapeutische opleiding en een klinische ervaring van ongeveer 10 jaar; 8/10 doet zowel ELP- als GPZ-behandelingen in het kader van de conventie. Specifieke noden bevinden zich op het niveau van opleiding (bijvoorbeeld met betrekking tot groepssessies), duidelijke communicatie met stakeholders in het netwerk en versteviging van dat netwerk, maar ook met betrekking tot autonomie, administratieve ondersteuning, en terugbetaling van gemaakte kosten (bijvoorbeeld bij no-shows).

Met betrekking tot de **samenwerkingspraktijken** kunnen we zeggen dat 51% van de geconventioneerde psychologen/orthopedagogen nooit overleg pleegt met stakeholders uit het netwerk. Van diegenen die wel overleg plegen is het opvallend dat dit overleg niet vaak gebeurt, i.c. minder dan éénmaal per week. Het overleg gebeurt dan het vaakst met collega-psychologen, mobiele teams, huisarts en psychiaters, maar vrijwel niet met bijvoorbeeld Kind en Gezin, buurtwerk, CLB of geriater (in het geval van geriatrie patiënten).

Conceptueel model van psychologische zorg in de eerste lijn. Psychische problemen binnen de eerste lijn kunnen gekaderd worden op twee dimensies: (1) de ernst en (2) de duurtijd van



psychische problemen. Deze dimensies kaderen de eerstelijns- (ELP) en gespecialiseerde zorg (GPZ) binnen het GGZ-landschap. Waar ELP zich situeert in de bovenste twee kwadranten bij psychische symptomen van milde tot matige intensiteit, richt de GPZ zich op de ernstige psychische symptomen.

Zowel de eerstelijns- als gespecialiseerde psychologische zorg kan zich richten op vroeginterventie en een laagdrempelige toegang vormen voor recent ontstane psychische problemen. De eerstelijnspsychologische zorg zal zich echter per definitie situeren dichtbij de patiënt, bij voorkeur op vindplaatsen als eerste toegangspoort naar professionele hulpverlening bij milde tot matige impact op dagelijks functioneren. Gespecialiseerde psychologische zorg heeft deze functie ook maar spitst deze zorg zich meer toe op de meer verankerde problematiek met ernstigere impact. In tegenstelling tot vroegdetectie richt de conventie zich ook op terugvalpreventie door (1) het versterken van veerkracht en mobiliseren van hulpbronnen in de vorm van kortdurende individuele of groepsinterventies in het geval van eerstelijnspsychologische zorg en door (2) intensievere individuele of groepsbehandeling gericht op de specificiteit en ernst van de problemen in het geval van gespecialiseerde psychologische zorg. Centraal staan de behoeften en doelen van de patiënt waarbij beide behandelvormen op beide dimensies als doel hebben zowel het individuele als professionele netwerk te activeren en door te verwijzen of te heroriënteren wanneer dat aangewezen is, zowel binnen de conventie als daarbuiten.

Een 'good practices' case study in twee netwerken

Inzake werkmodellen van toeleiding tot behandeling en effectieve behandeling werden in het kwalitatieve luik van deze studie vier centrale voorwaarden geformuleerd: (1) duidelijkheid rond de rol van de eerstelijnspsychologische zorg; (2) werkbare samenwerkingsverbanden tussen netwerken; (3) het herbekijken van het doel en de functie van het functioneel bilan en (4) het waarborgen van de kwaliteit van behandeling binnen de conventie.

Er is **nood aan duidelijkheid aan datgene wat de conventie nu effectief borgt**: een specifieke interventie voor een specifiek profiel van patiënten (met andere woorden: een interventie op micro-niveau) en/of een interventievorm in de organisatie van de zorg, of een systemische interventie (op meso-niveau). Momenteel gelden, afhankelijk van de individuele psychologen, zijn/haar samenwerkingsverbanden en specifieke preferenties van het netwerk, beide conceptualisaties. Het is duidelijk dat de conventie een doelpubliek kent dat benoemd kan worden als ‘sociaal en maatschappelijk kwetsbaar’; er is geen twijfel aan het gegeven dat precariteit van de patiënt en zijn/haar systeem een leidraad is ter inclusie van de patiënt. Er is daarentegen meer onduidelijkheid die zich reflecteert in de vraag of er specifieke klinische profielen zijn die een voorkeur genieten om binnen de conventie te worden behandeld. Deze vraag creëert een spanningsveld inzake criteria voor inclusie/exclusie enerzijds en oriëntatie/heroriëntatie anderzijds.

De tweede voorwaarde betreft een **optimale samenwerking binnen netwerken**. Deze samenwerking dient twee specifieke elementen te borgen: ten eerste het vergemakkelijken van communicatie tussen de stakeholders, en het organiseren van een duurzame opleiding met betrekking tot de klinische praxis van het werken binnen een eerstelijnspsychologische zorgvorm (zowel op individueel als groepsessie-niveau). Ten tweede is de duurzame verankering van de eerstelijnspsychologische zorg op netwerkniveau een cruciale voorwaarde.

De derde voorwaarde betreft het **doel en de functie van het functioneel bilan**. Het doel van het functioneel bilan zou erin moeten bestaan een communicatiemiddel te zijn op het niveau van de organisatie van de zorg, en tegelijkertijd een middel ter reflectie en verdere planning van de zorg. De kwalitatieve gegevens tonen echter aan dat in de huidige praktijkvoering het bilan enkel pro forma wordt gebruikt, erg onpopulair is en sterke weerstand kent. Het doel van het bilan moet in de eerste plaats patiëntgecentreerd te zijn als onderdeel van geïntegreerde zorg.

Een laatste voorwaarde voor good practice wordt geformuleerd in termen van het vastleggen van een kader dat de **kwaliteit van de zorg binnen de conventie borgt**: opleiding, infosessies, persoonlijk contact tussen de psychologen/orthopedagogen onderling en met de stakeholders binnen het netwerk en de mogelijkheden tot intervisie en supervisie. Een laatste element betreft de monitoring van patiënten (op microniveau) en de plaats van de conventie binnen de zorg (op mesoniveau).

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De wetenschappelijke gegevens vergaard binnen het EPCAP-project (januari 2020 en juni 2023) tonen duidelijk aan dat, met bijna 150.000 behandelde patiënten op jaarbasis, het kader van geconventioneerde psychologische zorg op de eerste lijn maatschappelijk gevalideerd wordt: er is een progressief stijgende influx van patiënten die nog nooit eerder in behandeling zijn geweest. We zien bovendien dat patiënten minder lang het zoeken van zorg uitstellen: personen met psychische problemen/ psychische stoornissen komen dus opmerkelijk sneller in de zorg. De toeleiding van de patiënt tot de zorg gebeurt dus vlotter en sneller. De gegevens tonen ook klinische validiteit: na een periode van gemiddeld 4 jaar van psychische problemen of psychische stoornissen dalen na gemiddeld 6 sessies de psychische klachten en stijgt de

dagelijkse kwaliteit van leven en veerkracht van behandelde patiënten, en dit tot minstens 6 maanden *na* de start van de behandeling.

Op het **niveau van de patiënt en de samenleving** zijn er de volgende bevindingen: (1) 34% van de patiënten behandeld binnen de conventie zijn patiënten zonder psychische stoornissen of met psychische stoornissen die minder dan een jaar geleden zijn ontstaan; (2) voor 44% van de patiënten is de behandeling de eerste ooit en bedraagt de uitsteltijd tussen start van de psychische problemen en het moment waarop men effectief hulp zoekt, 4 jaar; (3) 28% van de behandelde patiënten bevindt zich in een precare kwetsbare socio-economische of socio-demografische positie; (4) voor ongeveer kwart van de patiënten is er na de geconventioneerde behandeling nog verdere ambulante of residentiële zorg nodig; (5) 10% van alle sessies vindt plaats in een groep en 1 op 6 sessies op een vindplaats; (6) vindplaatsgericht werken verhoogt de toegankelijkheid tot zorg, zeker voor het bereiken van kwetsbare doelgroepen (met name voor personen in een meer precare situatie); (7) 6 maanden na de start van de behandeling met gemiddeld 6 sessies is er een daling van 41% absentisme op het werk (van 5 naar 2 dagen per maand) en verbetering op het algemene dagelijks functioneren.

Op het **niveau van de klinisch psycholoog/-orthopedagoog** zijn er de volgende bevindingen: (1) de klinische praktijk van de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg wordt gevoerd door klinische psychologen/-orthopedagogen die gemiddeld 10 jaar ervaring hebben; (2) de samenwerking met actoren in de eerste lijn is belangrijk en wordt als erg waardevol geacht maar dient nog verder te worden gestimuleerd. Dit is overigens een expliciete vraag van zowel de geconventioneerde psychologen/-orthopedagogen als van de netwerken; (3) klinisch psychologen/-orthopedagogen staan open voor maar zijn nog vaak niet voldoende vertrouwd met groepsinterventies, werken op vindplaatsen of werken in de eerstelijnszorg in algemeen en hebben een daarmee samenhangende nood aan opleiding, vorming, intervisie/supervisie; (4) geconventioneerde psychologen / -orthopedagogen staan, anno 2023, mits een aantal voorwaarden, open om de shift te maken naar werken op de eerste lijn en op vindplaatsen. De *mindset* lijkt te veranderen naar een meer maatschappelijk verankerde behandeling waarin de noden van patiënten en dus de noden van de maatschappij centraal staan.

Aanbevelingen op hulpverleningsniveau

Er zijn vier aanbevelingen voor duurzame integratie van eerstelijnspsychologische zorg op het niveau van de hulpverlening. Het onderscheid tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg is voor professionals in de praktijk moeilijk te maken omdat de klinische profielen van ELP vs. GPZ-patiënten niet zijn te onderscheiden. Toch dient dit **onderscheid tussen ELP en GPZ niet te worden opgegeven**: op conceptueel niveau zijn immers twee vormen van interventie naar voren gekomen, zowel uit onze onderzoeksbevindingen als uit de gevoerde klinische praktijken. Deze hebben minder te maken met de ernst van de symptomen of stoornissen dan wel met het soort interventie dat is geïndiceerd voor de patiënt. De eerste vorm van zorg is gebaseerd (ELP) op een vroege interventie die een preventief karakter heeft en verwijst naar een generalistische zorgaanpak op korte termijn. Het gaat om een beperkte reeks van sessies gefocust op het mobiliseren van hulpbronnen van de patiënt en het voorkomen dat de symptomen verergeren. De tweede vorm (GPZ) leunt dicht bij het klinische profiel en de noden van patiënten met een bestaande psychiatrische voorgeschiedenis, met meer klinische doelstellingen die verder gaan dan het mobiliseren van hulpbronnen. De behandelaar gebruikt vervolgens het toegewezen aantal sessies voor middellange termijn follow-up, waarbij de sessies worden gespreid over een langere periode zodat middellange termijn follow-up mogelijk is.

Tegen de achtergrond dat een breed palet aan psychische problemen en stoornissen wordt behandeld is het, ten tweede, noodzakelijk te werken met **klinische instrumenten en vragenlijsten ('klinische tools') voor de patiënt**. Deze hebben níet tot doel een triage te zijn voor een eventuele inclusie/exclusie van de patiënt, maar helpen de professional in een adequate indicatiestelling van de aangemelde patiënt (zoals ELP, GPZ, psychotherapie en - daarna - individuele/groepsinterventie). Deze aanbeveling omvat drie centrale elementen. Ten eerste zal het doel van de klinisch instrumenten liggen in het beschrijven van de doelen van de patiënt, alsook psychiatrische elementen (zoals psychische stoornissen), veerkracht en kwaliteit-van-leven (McDaniel et al., 2014). Op deze wijze kan een dergelijke tool ook worden gebruikt als een verloopinstrument, dat inzicht geeft in de evolutie van de desbetreffende patiënt. Ten tweede zal deze klinische tool een gepersonaliseerde indicatiestelling geven, met predictieve validiteit ten aanzien van de zorg die nodig is voor deze of gene patiënt. Bovenstaande creëert, ten derde, een kader voor datacollectie en monitoring van patiënten behandeld binnen de conventie, zowel op netwerk- als beleidsniveau. Een dergelijk monitoringsysteem biedt een antwoord op de noodzakelijkheid om brede patiënt-gecentreerde en -gerapporteerde gegevens van behandelingen op populatie- en netwerkniveau in beeld te brengen en dus concreet te werken aan een value-based gezondheidsbeleid (Porter & Teisberg 2006).

Een derde aanbeveling heeft betrekking op het brede maatschappelijke voortraject van behandeling binnen een eerstelijnspsychologisch traject in termen van het ontwikkelen van een continuüm van interventies. Tegen de achtergrond van een maatschappelijke toeleiding tot de zorg (i.c. het voorzien van specifieke interventies in de maatschappij die in staat stellen personen met milde en/of beginnende psychische problemen tijdig, laagdrempelig en kort te behandelen via vindplaatsen) en de gekende barrières ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen is de verdere stimulatie van **online interventies en zelfhulp** essentieel. Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om te stellen dat zelfhulp en online interventies 'voortrajecten' van behandeling zijn (Andrews et al., 2018; Wright et al., 2019; Richards et al., 2020; Palacios et al., 2022; Timulak et al., 2022). Hier kan worden gewerkt aan een portfolio voor de individuele psycholoog met bestaande evidence-based online interventies en zelfhulpinitiatieven voor specifieke of brede probleemgebieden.

Een vierde aanbeveling volgt rechtstreeks uit de vaststelling dat de proportie **vindplaatsgerichte en outreachende interventies** niet ten volle wordt benut. Dergelijke interventies leiden nochtans tot de uptake van kwetsbare patiënten (bijvoorbeeld: 25% van de kwetsbare patiënten wordt behandeld op een vindplaats in vergelijking met 17% in het algemeen). Ook de **groepsinterventies** zijn onontgonnen mogelijkheden om laagdrempelige psychologische zorg te organiseren (Kaldo et al., 2019; Sundquist et al., 2020; Dolan et al., 2021; Rogiers et al., 2022).

Aanbevelingen op netwerkniveau

Onder **opleiding en vorming** worden drie elementen verstaan: (1) opleiding gericht op evidence-based behandelingen voor eerstelijnspsychologische zorg alsook specifieke opleidingen voor specifieke klinische problemen; (2) opleiding inzake het gebruik van klinische instrumenten in de eerstelijnspsychologische praktijk en (3) opleidingspakketten over evidence-based behandelmodellen in groepsinterventies (met inbegrip van de duiding van verschillen tussen groepsinterventie en -therapie), evidence-based behandelmodellen in de gespecialiseerde en eerstelijnspsychologische zorg (met inbegrip van de verschillen met

behandelmodellen binnen een psychotherapeutisch kader), behandelmodellen voor vindplaatsgericht en outreachend, en multidisciplinair werken (i.c. met stakeholders).

Een tweede aanbeveling op het niveau van de netwerken gaat over het creëren van hefboomen die de **samenwerking binnen de netwerken verder stimuleren** om meer outreachend te kunnen werken (bijvoorbeeld het voorzien van een verzuimvergoeding bij een no-show), een betere kennis te hebben omtrent doorverwijsmogelijkheden binnen het eigen netwerk, de mogelijkheden tot uitwisseling van good practices en de mogelijkheden tot optimale communicatie tussen de stakeholders. Hier dient te worden gedacht aan alternatieven voor het functioneel bilan in functie van het creëren van optimale communicatie tussen stakeholders en patiënt.

Aanbevelingen op macroniveau

De aanbevelingen op beleidsniveau situeren zich op twee doelstellingen. De eerste doelstelling is de doorontwikkeling van een **populatiemanagement-tool**: een beleid dat op een inhoudelijke en kwantificeerbare wijze de plaats van eerstelijnspsychologische zorg in de samenleving duidt en klinisch valideert. Binnen deze aanbeveling is het cruciaal te werken aan (1) populatiegegevens rond voorkomen en zorggebruik van psychische stoornissen en emotionele problemen op populatie- en netwerkniveau, welke de noden van de bevolking en haar kwetsbare groepen articuleren, (2) zorgtrajecten die zich afspelen binnen netwerken en (3) een verduurzaming van populatiegebaseerde verdeling van financiële middelen waarin kwetsbaarheid en precariteit op regionaal, lokaal en gemeentelijk niveau leidende principes zijn.

Een tweede aanbeveling op beleidsniveau is de ontwikkeling van een **stap-voor-stap leidraad voor de doorontwikkeling van de eerstelijnspsychologische zorg**, gearticuleerd in het ontwikkelen en nastreven van (1) standaarden in implementatietrajecten van eerstelijnspsychologische zorg, (2) standaarden in de eerstelijnspsychologische zorg (inclusief good/best practices, evidence-based interventies op individueel en groepsniveau) en monitoring en (3) standaarden in samenwerkingsverbanden en doorverwijstrajecten binnen netwerken. Naar analogie met de HIC- en ART-monitor (een gelijkaardige monitor voor de behandeling van personen met ernstige psychiatrische problematieken – zie Van Melle et al., 2019; Zomer et al., 2022) zou een Belgische versie voor de eerstelijnspsychologische zorg (**een ELP-monitor**) kunnen dienen als een leidraad voor implementatie, kwaliteit en modelgetrouwheid, het waarborgen van een aantal *standards-of-care* en het identificeren en evalueren van kwaliteitsindicatoren voor de uitoefening en de organisatie van de zorg. Om deze input te monitoren en om motivatie te genereren en te behouden voor het implementeren van een aantal standaarden is een betrouwbare modelgetrouwheidsschaal nodig. Omdat het model vele facetten heeft - het bestaat uit verschillende componenten die elk belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in brede zin – is het van cruciaal belang te kunnen meten in hoeverre modelgetrouwheid en standaarden effectief zijn geïmplementeerd binnen netwerken. Na ontwikkeling heeft dergelijke monitor een functie als beoordelingsschaal ten behoeve van de kwaliteit en modelgetrouwheid van de interventies en de organisatie van de eerstelijnspsychologische zorg in België. De monitor zal netwerken in staat stellen het eigen functioneren in beeld te brengen door het eigen functioneren te kunnen bekijken ten aanzien van een aantal standaarden. Zo kunnen netwerken naar aanleiding van hun scores op de ELP-monitor de kwaliteit van zorg en modelgetrouwheid van interventies verder optimaliseren en bijsturen. (4) Een laatste standaard betreft een standaard in allocatie van financiële middelen op niveau van netwerken, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de bevolking van

gemeenschappen, gewesten en netwerken in termen van precariteit, kwetsbaarheden en ongelijkheden van de bevolking, teneinde een verdeelsleutel te ontwikkelen volgens een solidariteitsprincipe.

Referenties

Andrew, G., Basu, A., Cuijpers, P., ..., Newby, J.M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (Eds.) (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking*. Leuven: Acco.

Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60, 375-399.

Jansen, L., Glowacz, F., Yurdadon, C., ..., Bruffaerts, R. (2022). Eerstelijnspsychologische zorg in België: klinische kenmerken en zorggebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 595-603.

Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., ..., Jernelöv, S. (2020). An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book - A randomized controlled trial and 4-year follow-up. *Journal of Sleep Research*, 29, e12881.

Kinard, A., Bruffaerts, R., Jansen, L., Glowacz, F. (2023). L'implémentation des soins psychologiques de première ligne en Belgique : Profil et satisfaction des psychologues et orthopédagogues de première ligne. *Annales Médico-Psychologiques*, in press.

McDaniel, S.H., Grus, C.L., Cubic, B.A., ..., Johnson, S.B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69, 409-429.

Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M., ..., Vinck, I. (2017). *Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 293A.

Palacios, J.E., Enrique, A., Mooney, O., ..., Richards, D. (2022). Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29, 1768-1777.

Porter, M.E., & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business Review Press.

Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., ..., Timulak, L. (2020). A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *NPJ Digital Medicine*, 3, 85. doi: 10.1038/s41746-020-0293-8.

Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., ..., Lemmens, G.M.D. (2022). Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 182-196.

Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L., Sundquist, K. (2017). The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European Psychiatry*, 43, 19-27.

Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., ..., Farchione, T.J. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression,

anxiety and related disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Trials*, 23, 721.

van Melle, A.L., Voskes, Y., de Vet, H.C.W., ..., Widdershoven, G.A.M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and Policy in Mental Health*, 46, 34-43.

WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wright, J.H., Owen, J.J., Richards, D.,..., Thase, M.E. (2019). Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80, 18r12188.

Zomer, L.J.C., van der Meer, L., van Weeghel, J., ..., Voskes, Y. The Active Recovery Triad monitor: evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings. *BMC Psychiatry*, 22, 346. doi: 10.1186/s12888-022-03949-5.