Hoe ingeburgerd is de eerstelijnspsychologische functie bij Vlaamse huisartsen?

Smolders Heleen, KULeuven

Promotor: Prof. Bervoets Chris, KULeuven

Co-promotor: Prof. Delvaux Nicolas, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding

Mentale gezondheidsproblemen maken een aanzienlijk deel uit van de totale gezondheidsproblemen wereldwijd. De huisarts is meestal de eerste hulpverlener die wordt geconfronteerd met veranderingen in het psychisch functioneren van de patiënt. Bij de doorverwijzing naar een psycholoog stoten zowel huisarts als patiënt echter geregeld op drempels zoals lange wachttijden en hoge kostprijzen. Hierdoor krijgt een grote groep patiënten niet, of pas laattijdig de gepaste zorg. In 2019 werd door de federale overheid een project rond de terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg (ELPZ) opgezet. Via de invoering van een eerstelijnspsycholoog (ELP) wordt specifieke ggz-deskundigheid toegevoegd aan de eerste lijn. Dit is immers een domein waarin veel huisartsen nog steeds een grote nood ervaren en een tekort aan competentie rapporteren.

Methode

De opzet van deze masterproef is om na te gaan hoe ingeburgerd de eerstelijnspsychologische functie (ELPF) is bij Vlaamse huisartsen. Dit werd gedaan aan de hand van een online enquête bestaande uit 6 vragen.

Resultaten

In totaal vulden 210 huisartsen de enquête in. De meeste huisartsen zijn vertrouwd met het concept van ELPZ en verwijzen hun patiënten regelmatig. De zelfstandig gevestigde psycholoog lijkt nog bij veel huisartsen meer ingeburgerd te zijn dan de ELP. Slechts 13.8% van de huisartsen ervaart geen drempels bij de doorverwijzing naar een ELP. Drempels die genoemd worden zijn het beperkt aantal terugbetaalde sessies en onduidelijkheid over naar wie men kan doorverwijzen voor ELPZ. De belangrijkste drempel, die door meer dan de helft van de huisartsen wordt aangegeven, zijn de lange wachtlijsten en het beperkt aantal eerstelijnspsychologen.

Discussie

De meeste huisartsen zijn vertrouwd met de ELPF en verwijzen hun patiënten regelmatig naar de ELP. De functie staat evenwel nog niet volledig op punt. Meer dan de helft van de huisartsen rapporteert lange wachttijden en een tekort aan beschikbare eerstelijnspsychologen. Dit terwijl de hele opzet van ELPZ net is om laagdrempelige en toegankelijke psychologische zorg aan te bieden. De onderfinanciering van de geestelijke gezondheidszorg lijkt hier een rol in te spelen maar ook het feit dat slechts weinig klinisch psychologen in het systeem van ELPZ zijn gestapt. Om van de eerstelijnspsychologische functie een succes te maken dient er beter ingespeeld te worden op de drempels die klinisch psychologen ervaren om in te stappen in het systeem van eerstelijnspsychologische zorg.

Inhoudstafel

Abstract	3
Inhoudstafel	4
Inleiding	5
Onderzoeksmethodiek	7
Resultaten	8
Discussie	12
Besluit	15
Bronnen	16
Appendix 1: vragenlijst	18
Appendix 2: OBC goedkeuring	
Appendix 3: goedgekeurd protocol	

Inleiding

Mentale gezondheidsproblemen maken een aanzienlijk deel uit van de totale gezondheidsproblemen wereldwijd. De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat 1 op 4 mensen tijdens zijn of haar leven te maken krijgt met psychische problemen (1). In België loopt de prevalentie zelfs op tot 1 op 3 (2). Angststoornissen en depressie zijn de frequentst voorkomende psychische problemen met een respectievelijke prevalentie van 11,2% en 9,4% (3,4). Mentale gezondheidsproblemen zijn een van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit en verminderde levenskwaliteit (3). Maar ook de maatschappelijke kost is enorm. In de Europese Unie lopen de totale kosten ten gevolge van psychisch lijden op tot naar schatting 600 miljard euro per jaar (5). In België worden de directe economische kosten ten gevolge van psychisch lijden volgens de OESO[1] geschat op 20,7 miljard euro, wat overeenkomt met 5% van ons bruto binnenlands product. Deze hoge economische kostprijs is het gevolg van gezondheidsuitgaven, uitkeringen en het economisch verlies door een verminderde productiviteit en absenteïsme. Volgens cijfers van het RIZIV uit 2013 zouden mentale problemen bijvoorbeeld aan de basis liggen van een derde tot de helft van de aanvragen voor een invaliditeitsuitkering (6).

Door de regelmatige en in tijd gespreide contacten met de patiënt, de typische vertrouwensrelatie en het biopsychosociaal model van werken is de huisarts meestal de eerste hulpverlener die wordt geconfronteerd met veranderingen in het psychisch functioneren van de patiënt. De initiële behandeling van milde tot matig ernstige psychische problemen gebeurt dan ook vaak door de huisarts zelf (7,8,9,10,). Naast de medicamenteuze behandeling wordt ook meer en meer het belang van de niet medicamenteuze aanpak benadrukt. In tegenstelling tot antidepressiva is psychotherapie niet enkel werkzaam in de acute episode maar lijkt het ook het risico op recidief te reduceren tot lang nadat de behandeling werd stopgezet (11,12). Huisartsen hebben meestal niet de expertise en/of capaciteit om zelf in te staan voor deze psychotherapeutische behandeling. Naast een rol op vlak van vroegtijdige detectie en behandeling van psychische problemen, heeft de huisarts dus ook een belangrijke rol bij de doorverwijzing van patiënten naar een klinisch psycholoog (7).

Bij deze doorverwijzing stoten huisartsen en hun patiënten echter geregeld op drempels zoals lange wachttijden en hoge kostprijzen. Hierdoor krijgt een grote groep patiënten niet, of pas laattijdig de gepaste zorg en dreigen vooral sociaal zwakkere groepen uitgesloten te worden (13). Volgens de ESEMeD[2] studie bleek dat in België 60 % van de patiënten met een diagnosticeerbare psychische stoornis geen formele behandeling krijgt (14). De oorzaak hiervan is mede te vinden in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België. In tegenstelling tot de adviezen van het WHO zijn de specialistische diensten in België erg uitgebouwd en is de eerste lijn slechts minimaal ontwikkeld. De gespecialiseerde zorg is duurder en niet in staat om alle zorgvragen op te vangen door een discrepantie tussen vraag en aanbod. Er bestaat een breed netwerk aan organisaties in de eerste lijn die psychologische zorg toegankelijker en goedkoper willen maken, maar deze organisaties zijn tot op heden ontoereikend door de grote vraag. Bovendien is de samenhang en de samenwerking tussen al deze verschillende organisaties niet altijd duidelijk en soms zelfs niet aanwezig waardoor de patiënt niet op een performante doorverwijzing kan rekenen. De bevoegdheden in België voor GGZ zijn verdeeld over de federale overheid, de gemeenschappen en de federale sociale zekerheid. Deze versnippering van bevoegdheden bemoeilijkt een coherent beleid voor de geestelijke gezondheidszorg (7, 14, 15, 16).

[1] OESO: organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling
[2] ESEMeD: The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

Er is een brede consensus gegroeid over de noodzaak aan een fundamentele hervorming van de GGZ in Vlaanderen en meer specifiek van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (EGGZ). In 2010 organiseerde de Vlaamse overheid een conferentie geestelijke gezondheidszorg. Hierop werden door werkgroep GGZ, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle GGZ specialisten, enkele belangrijke knelpunten in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg aangebracht. Om het aanbod van de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren formuleerde de werkgroep een aantal verbeterpunten. Een van de belangrijkste verbeterpunten betrof de invoering van een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) zodat er meer capaciteit en specifieke ggz-deskundigheid aan de eerstelijn kan worden toegevoegd (7).

De ELPF is een discipline die wordt beoefend door een psycholoog in de eerste lijn in nauwe samenwerking met de huisarts en andere hulpverleners in eerste lijn. Het doel is om kortdurende, betaalbare en oplossingsgerichte psychologische ondersteuning aan te bieden aan patiënten met milde tot matig psychische klachten op een laagdrempelige wijze. De eerstelijnspsycholoog (ELP) is dus vlot toegankelijk en inzetbaar. Waar nodig kan de ELP doorstroming naar meer gespecialiseerde gezondheidszorg bevorderen (17).

Naar aanleiding van de zorgconferentie bestond het beleidsvoorstel van minister Jo Vandeurzen uit een pilootproject in 7 geselecteerde regio's alwaar de ELPF kon worden geconcretiseerd. Het steunpunt WVG[3] kreeg de opdracht om dit pilootproject te evalueren in de periode 2012 tot 2015. Hieruit bleek dat zowel patiënten, huisartsen als klinische partners de ELP als een grote meerwaarde ervaren (18). In 2019 besliste de federale overheid om een groter 'project rond de terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg' op te zetten. Hierbij worden gedurende 4 jaar 107 netwerken belast met de uitrol en regionale coördinatie van de ELPF. Het proefproject maakt voorwerp uit van een wetenschappelijke studie, gecoördineerd door de KULeuven en de ULiège. Na 4 jaar zal een grondige analyse volgen op basis van ervaringen en wetenschappelijke inzichten en zullen de nodige aanpassingen gedaan worden alvorens de eerstelijnspsychologische functie structureel te maken (19).

Het is duidelijk dat de invoering van een ELPF een veelbelovende stap lijkt in de goede richting. Door laagdrempelige zorg met het oog op preventie, vroegtijdige detectie en interventie te stimuleren, kan men voorkomen dat milde of matige psychologische problemen evolueren tot complexe en chronische psychiatrische stoornissen, wat sociaal-economische winst zal opleveren. De huisarts is hierbij een belangrijke schakel aangezien deze instaat voor de vroegtijdige detectie en doorverwijzing van patiënten met psychische problemen naar de ELP. In deze masterproef willen we nagaan hoe ingeburgerd de ELPF ondertussen is bij huisartsen. Dit wordt gedaan aan de hand van een online enquête waarin gepeild wordt 1) hoe vertrouwd huisartsen zijn met het begrip ELP, 2) naar welke soorten psychologische zorg huisartsen het meest verwijzen 3) hoe frequent huisartsen doorverwijzen naar een ELP, en 4) de drempels die huisartsen ervaren om door te verwijzen naar de ELP. De inzichten die via deze enquête zullen verworven worden kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen.

[3] Het steunpunt WVG: Het steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin

Onderzoeksmethodiek

Alvorens het opstellen van de enquête werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd met betrekking tot het onderwerp 'Eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen'. Hiervoor werden verschillende databanken en websites geraadpleegd. Om voldoende achtergrondinformatie te voorzien over de prevalentie en impact van geestelijke gezondheidsproblemen en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg wereldwijd werd beroep gedaan op de klassieke databanken zoals pubmed en embase. Informatie over de recentste ontwikkelingen met betrekking tot de organisatie van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg werd voornamelijk verschaft via websites zoals www.zorg-en-gezondheid.be, riziv.fgov.be, sciensano.be, www.ministerjovandeurzen.be, steunpuntwvg.be, www.psy107.be, mentaalwijs.be, vlaamseverenigingklinischpsychologen.be, de kamer.be, eerstelijnspsycholoognwvl.be, en tijdschriften zoals huisarts en wetenschap, huisarts nu.

Er werd een kwalitatieve bevraging opgesteld dewelke terug te vinden is als appendix 1. De initiële enquête bestond uit 4 hoofdvragen. Later werden nog 2 demografische gegevens toegevoegd aan de enquête. Bij vraag 4 (van welk type psychologische zorg maakt u als huisarts het meest gebruik?) en vraag 6 (welke drempels ervaart u om vaker door te verwijzen naar de ELP) konden meerdere antwoordmogelijkheden aangeduid worden en konden de huisartsen zelf suggesties toevoegen. Bij de overige vragen kon telkens slechts 1 antwoordmogelijkheid aangeduid worden.

De enquête werd opgemaakt in Qualtrics en kon online ingevuld worden in de periode tussen 18 februari en 7 september 2021. Huisartsen en huisartsen-in-opleiding over heel Vlaanderen werden gecontacteerd. Een eerste rondvraag gebeurde via de domus medica nieuwsbrief. Tevens werd de enquête gepost in enkele facebookgroepen van huisartsen-in-opleiding aan de KULeuven en de UGent. Omdat bovenstaande methoden onvoldoende respons opleverden werd uiteindelijk ook overgegaan op het rechtstreeks aanschrijven van huisartsen via mail. Per provincie werden systematisch e-mailadressen verzameld via de websites van huisartsenpraktijken uit verschillende steden en gemeenten. Er werd naar gestreefd om per provincie een gelijk aantal huisartsen aan te schrijven.

Resultaten

Een eerste rondvraag leverde 61 participanten op. Na deze rondvraag werden nog 2 demografische vragen toegevoegd aan de enquête met name 1) In welk type praktijk bent u werkzaam en 2) In welke leeftijdscategorie bevindt u zich. Een tweede rondvraag leverde 149 responsen. In totaal komt dit neer op 210 participanten. Uit de demografische gegevens (tabel 1) konden we afleiden dat de overgrote meerderheid van de participanten werkzaam is in een groepspraktijk (79,19%). De enquête werd vooral bereikt door jongere huisartsen: 52,35% van de deelnemers heeft een leeftijd onder de 40 jaar.

De overgrote meerderheid van de huisartsen is goed vertrouwd (47,6%) tot eerder wel vertrouwd (36,6%) met het concept van eerstelijnspsychologische zorg. 12,4% geeft aan eerder niet vertrouwd te zijn met dit concept en slechts een minderheid van 3,3% is helemaal niet vertrouwd met het concept. (tabel 2)

Bij de vraag die peilde naar de courants gebruikte vormen van psychologische zorg door huisartsen konden meerdere antwoorden aangeduid worden. Maar liefst 80 % van de huisartsen geeft aan dat ze doorverwijzen naar zelfstandig gevestigd psychologen. Andere veelgebruikte psychologische zorgverleningen zijn de ELP (57%) en het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) (45%). 24% van de huisartsen verwijst ook naar een psycholoog verbonden aan de praktijk waar hij/zij werkt. 20% van de huisartsen legt zich ook zelf toe op de psychologische ondersteuning van hun patiënten en tot slot verwijst 8% van de huisartsen ook naar een psycholoog verbonden aan het wijkgezondheidscentrum waar hij/zij werkt. (tabel 2)

Wanneer huisartsen moeten inschatten hoe frequent ze hun patiënten met milde tot matig ernstige psychische problemen doorverwijzen naar de ELP zien we dat slechts een minderheid zelden (13,3%) tot nooit (3,33%) naar de ELP verwijst. Ongeveer 1 op 5 huisartsen (19,5%) geeft aan dat ze naar schatting 10-30% van hun patiënten doorverwijzen naar de ELP. Een groot deel van de huisartsen (39,05%) verwijst gemiddeld 30-50% van hun patiënten naar de ELP. 15,7% van de huisartsen verwijst gemiddeld 50-70% van hun patiënten naar de ELP en 9% van de huisartsen verwijst meer dan 70% van hun patiënten naar de ELP.

In de laatste vraag werd gepeild naar drempels die huisartsen ervaren om vaker door te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Hierbij werden een aantal mogelijke drempels voorgesteld maar konden huisartsen ook zelf drempels aangeven. Bij deze vraagstelling konden de huisartsen meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken. Het percentage werd berekend op het totaal aantal huisartsen die de enquête invulden. 13,8% van de huisartsen ervaart helemaal geen drempels bij het doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Tot 54,3% van de huisartsen geeft aan dat de wachtlijsten te lang zijn en/of dat er een tekort is aan beschikbare eerstelijnspsychologen in de regio. 26,2% van de huisartsen ervaart het beperkt aantal terugbetaalde sessies als een drempel om vaker door te verwijzen. Een andere belangrijke drempel die werd aangegeven is het feit dat veel huisartsen (22,9%) niet weten naar wie ze hun patiënten kunnen doorverwijzen voor eerstelijnspsychologische zorg. Voor 13,3% vormt de onvertrouwdheid met het concept van eerstelijnspsychologische zorg een drempel om door te verwijzen. 10,9% van de huisartsen ervaart dat zijn/haar patiënten niet openstaan voor eerstelijnspsychologische zorg. 9% is niet (altijd) tevreden over de communicatie met de eerstelijnspsycholoog. 6% van de huisartsen heeft de indruk dat de patiënten die ze doorverwijzen frequent worden afgewezen of niet in aanmerking komen voor eerstelijnspsychologische zorg. 5,7% van de huisartsen vindt de aanmeldingsprocedure te complex. 4,8% van de huisartsen is niet (altijd) tevreden over de resultaten die worden bereikt met eerstelijnspsychologische zorg en tot slot vindt 2,4% van de huisartsen een eerstelijnspsycholoog geen meerwaarde hebben boven andere psychologische zorg. (tabel 3)

Onder het puntje ‘andere’ werden nog een aantal drempels gesuggereerd door huisartsen zelf. 2 huisartsen gaven aan dat er weinig keuze is voor de patiënt om een psycholoog te vinden waarmee het klikt. Een huisarts gaf aan dat de taalbarrière bij sommige patiënten een drempel vormt om door te verwijzen. Er werd ook aangehaald door een huisarts dat hij weinig patiënten heeft met psychische klachten, ernstig genoeg om naar een psycholoog door te sturen maar mild genoeg om met 4-8 sessies toe te komen. Een andere huisarts gaf aan dat de continuïteit soms ontbreekt als de patiënt niet toekomt met 4-8 sessies.

In welk type praktijk bent u werkzaam?		
	Absolute aantal	%
Solopraktijk	13	8,72%
Groepspraktijk	118	79,19%
Wijkgezondheidscentrum	16	10,74%
Andere	2	1,34%
	Totaal = 149	
Tot welke leeftijdscategorie behoort u?		
20-30 jaar	40	26,85%
30-40 jaar	38	25,50%
40-50 jaar	31	20,81%
50-60 jaar	22	14,77%
>60 jaar	18	12,08%
	Totaal = 149	

Tabel 1: demografische gegevens

Hoe vertrouwd bent u met het concept van eerstelijnspsychologische zorg?		
	Absolute aantal	%
Helemaal niet	7	3,33%
Eerder niet	26	12,38%
Eerder wel	77	36,67%
Goed vertrouwd	100	47,62%
	Totaal = 210	
Van welk type psychologische zorg maakt u als huisarts het meest gebruik?		
Meerdere antwoorden mogelijk	Absolute aantal	% (op tot van 210)
Zelfstandig psychologen	170	81%
Psychologen verbonden aan een geestelijk gezondheidscentrum	95	45%
Eerstelijnspsychologen	121	57%
Een psycholoog verbonden aan de huisartsenpraktijk waar ik werk	51	24%
Een psycholoog verbonden aan het wijkgezondheidscentrum waar ik werk	18	8,8%
Ik leg mij als huisarts zelf toe op de psychologische ondersteuning van mijn patiënten	44	20%
Andere	0	0%
	Totaal = 499	
Hoe frequent verwijst u uw patiënten met milde tot matig ernstig psychologische klachten gemiddeld naar een eerstelijnspsycholoog?		
Nooit	7	3,33%
Zelden (<10% van mijn patiënten met een milde tot matig ernstige psychologische problematiek)	28	13,33%
Soms (10-30% van mijn patiënten met een milde tot matig ernstige psychologische problematiek)	41	19,52%
Regelmatig (30-50% van mijn patiënten met een milde tot matig ernstige psychologische problematiek)	82	39,05%
Vaak (50-70% van mijn patiënten met een milde tot matig ernstige psychologische problematiek)	33	15,71%
Zeer vaak (>70% van mijn patiënten met een milde tot matig ernstige psychologische problematiek)	19	9,05%
	Totaal = 210	

Tabel 2

Ervaart u drempels om vaker door te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog?		
Meerdere antwoorden mogelijk	Absolute aantal	% (op tot van 210)
Nee, ik ervaar geen drempels	29	13,8%
Ja, ik ben niet (helemaal) vertrouwd met eerstelijnspsychologische zorg	28	13,3%
Ja, ik weet niet naar wie ik mijn patiënten kan doorverwijzen voor eerstelijnspsychologische zorg	48	22,9%
Ja, de patiënten die ik doorverwijs worden vaak afgewezen/komen niet in aanmerking	13	6%
Ja, de wachtlijsten zijn vaak te lang en/of er zijn te weinig beschikbare eerstelijnspsychologen in de regio	114	54,3%
Ja, ik ben niet (altijd) tevreden over de resultaten die worden bereikt met eerstelijnspsychologische zorg	10	4,8%
Ja, ik ben niet (altijd) tevreden over de communicatie met de eerstelijnspsycholoog	19	9%
Ja, ik vind het geen meerwaarde hebben boven andere psychologische zorg	5	2,4%
Ja, mijn patiënten staan er vaak niet voor open	23	10,9%
Ja, ik vind het een te complexe aanmeldingsprocedure	12	5,7%
Ja, ik vind het aantal terugbetaalde sessies te beperkt	55	26,2%
Andere	22	
	Totaal = 378	

Tabel 3

Discussie

In 2019 besliste de federale overheid om een project rond de terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg op te zetten. Dankzij de ELP is er in de eerste lijn een expert aanwezig op het vlak van psychische problematiek en GGZ. Dit is immers een domein waarin veel huisartsen nog steeds een grote nood ervaren en een tekort aan competentie rapporteren. In dit onderzoek werd aan de hand van een kwalitatieve bevraging nagegaan hoe vertrouwd Vlaamse huisartsen zijn met het concept van ELPF, van welke types psychologische zorg ze het meest gebruik maken, hoe vaak ze hun patiënten verwijzen naar de ELP en tot slot welke drempels ze ervaren bij de verwijzing naar de ELP.

Uit de resultaten blijkt dat de grote meerderheid (84,2%) van de huisartsen vertrouwd is met het concept van ELPZ. Voor de overige 15,8% van de huisartsen zou meer sensibilisering rond de ELPF nuttig kunnen zijn door bijvoorbeeld extra in te zetten op informatiebrieven, folders, posters en duidelijke, uniforme websites. Correcte communicatie via de media zal ook bijdragen aan een betere bekendmaking en een beter begrip van de ELPF bij zowel huisartsen als patiënten.

Het lijkt erop dat de zelfstandig gevestigde psycholoog nog bij veel huisartsen meer is ingeburgerd dan de ELP. Wanneer huisartsen moeten aanduiden van welk type psychologische zorg ze het meest gebruik maken (meerdere antwoorden mogelijk), zijn er anderhalf keer zoveel huisartsen die de zelfstandig psycholoog aanduiden (81%) als er huisartsen zijn die de ELP aanduiden (57%). Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de ELPF nog maar sinds 2019 beschikbaar is. Veel huisartsen hebben tijdens hun loopbaan een sociale kaart uitgebouwd en zijn het gewoon om met bepaalde hulpverleners samen te werken. Bij deze vraagstelling werd de interpretatie bemoeilijkt doordat er meerdere antwoorden konden worden aangeduid en doordat dat de vraag veel ruimte laat voor een subjectieve inschatting (hoe wordt ‘het meest’ door de deelnemer geïnterpreteerd?). Uit deze resultaten kunnen we geen conclusies trekken over hoe vaak wordt doorverwezen naar de afzonderlijke vormen van psychologische zorg, maar het geeft wel een trend weer van hoe de verschillende vormen zich t.o.v. elkaar verhouden.

Bij de vraag hoe vaak huisartsen hun patiënten met milde tot matige psychische klachten naar de ELP verwijzen, zien we dat slechts 16,6% van de huisartsen zelden tot nooit naar de ELPF verwijst. Ongeveer 1 op 5 huisartsen geeft aan dat ze soms (naar schatting 10-30% van hun patiënten) doorverwijzen naar de ELP. 2 op 5 huisartsen verwijst regelmatig (naar schatting 30-50% van hun patiënten) naar de ELP. De overige 25% van de huisartsen maakt gretig gebruik van de ELPF en verwijst naar schatting meer dan de helft van hun patiënten naar de ELP.

De invoering van de ELPF is een proefproject waardoor de functie nog niet volledig op punt staat. Dit komt ook tot uiting in de enquête want slechts een minderheid van de huisartsen (13,8%) geeft aan geen drempels te ervaren bij de doorverwijzing van patiënten naar de ELP. Zoals hierboven reeds vermeld, is een deel van de huisartsen (13,3%) nog onvoldoende vertrouwd met de ELPF. Daarnaast weet 23% van de huisartsen niet naar wie ze hun patiënten kunnen doorverwijzen voor ELPZ. Ook hier zou een goede communicatie en extra sensibilisering o.v.v. informatiebrieven, folders, posters en overzichtelijke websites de werking van de ELPF dus ten goede komen. Een andere drempel die door veel huisartsen (25%) wordt aangehaald is het beperkt aantal terugbetaalde sessies. Het opleggen van een beperkt aantal terugbetaalde sessies wordt nochtans geadviseerd in het KCE rapport en lijkt noodzakelijk te zijn om zowel de kosten als de wachttijden tot op zekere hoogte onder controle te houden. Volgens de Belgische actoren van het terrein kan een groot aantal patiënten in de eerste lijn worden geholpen met een minimum aan sessies. In de pilootprojecten werden 88% van de patiënten geholpen met 5 of minder sessies, met een gemiddelde van 3.1 (20). Daar waar nodig moet uiteraard een vlotte doorstroom naar meer gespecialiseerde zorg voorzien worden.

De belangrijkste drempel, die door maar liefst 54% van de huisartsen wordt ervaren, zijn de lange wachttijden en het beperkt aantal beschikbare eerstelijnspsychologen. Deze bevinding strookt met het onderzoek van testaankoop in 2021 (21). In dit onderzoek werd nagegaan hoe snel je in België bij een eerstelijnspsycholoog terecht kunt voor een eerste afspraak. 46% van de eerstelijnspsychologen kon geen afspraak voorzien binnen de maand. Bovendien waren er verschillende regio's waar zeer weinig tot geen eerstelijnspsychologen te vinden waren. Iets wat niet overeenstemt met het principe van toegankelijke zorg dat de eerstelijnspsychologische functie zo eigen zou moeten maken. Ter vergelijking: een patiëntenbevraging in 2020 toonde aan dat 67,2% van de patiënten binnen de maand terecht kon bij een zelfstandig gevestigd psycholoog (13). Hoewel er nog te weinig objectieve gegevens beschikbaar zijn over de wachttijden bij psychologen om duidelijke conclusies te trekken, doen bovenstaande onderzoeken uitschijnen dat de wachttijden bij eerstelijnspsychologen momenteel niet minder lang zijn dan de wachttijden bij zelfstandig gevestigd psychologen. De wachttijden bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg lijken dan wel weer een stuk langer te zijn dan bij de ELP. In 2018 duurde het gemiddeld 50 dagen alvorens men bij het CGG een eerste intake gesprek kreeg en duurde het gemiddeld drie maand alvorens men effectief hulp kreeg (22). De lange wachttijden en het tekort aan beschikbare eerstelijnspsychologen zou kunnen verklaard worden door een onderfinanciering van de geestelijke gezondheidszorg in België. Maar dit lijkt niet het enige probleem. In 2018 kondigde minister van Volksgezondheid Maggie De Block aan dat de regering €22,5 miljoen per jaar zou uittrekken voor de terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn. Een groot deel van dit voorziene budget bleef echter onbenut en slechts 200 000 euro van de voorziene 22,5 miljoen werd uitgegeven (23). Naar aanleiding van de conferentie volksgezondheid in 2020 kreeg de administratie van het RIZIV de opdracht om een nieuwe conventie voor terugbetaling van psychologische zorg uit te werken waarbij er 152 miljoen euro per jaar zou worden vrijgemaakt. In 2021 bleef er echter opnieuw 120 miljoen euro onbesteed (23). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat slechts weinig klinisch psychologen in het systeem van eerstelijnspsychologische zorg zijn gestapt. Zo waren er in 2019 slechts een 500-tal van de 15 000 erkende psychologen die zich tot eerstelijnspsycholoog lieten erkennen, de meeste onder hen tekenden maar in voor een beperkt aantal uren (6). Administratieve obstakels zoals de verplichte diagnose, de beperking van het aantal sessies, de complexe regelgeving om als ELP aan de slag te mogen en de verplichte verwijsbrief door huisartsen, speelden hier wellicht een rol in, evenals de lage sessie prijs en de schrik van psychologen om door al deze regelgevingen en voorwaarden aan autonomie te verliezen. Sinds de nieuwe conventie werd ondertussen aan een deel van deze obstakels tegemoet gekomen. Zo kwam de verplichte doorverwijzing door een arts te vervallen en is er geen strikte diagnose meer nodig om in aanmerking te komen voor ELPZ. Er werden toegevingen gedaan m.b.t. het aantal sessies en het basistarief per sessie werd opgehoogd (23). Toch blijven de onderhandelingen tussen de lokale netwerken (die de lokale psychologen en orthopedagogen vertegenwoordigen), en de betrokkenen op politiek (medewerkers FOD) en op administratief vlak (medewerkers RIZIV) moeilijk verlopen. Dit blijkt ook uit een recente bevraging bij klinisch psychologen uit netwerk SaRa (regio Antwerpen) want slechts 45,6% wenst in te stappen in de nieuwe conventie en van deze 45,6% wilt slechts 16% zich uitsluitend als eerstelijnspsycholoog te laten erkennen. Het extra werk schrikt af (71,6%), maar ook de angst om autonomie te verliezen binnen de conventie (62,7%). Daarnaast kan 55,9% van de deelnemers zich niet vinden in de opgelegde voorwaarden van de conventie (24). Om van de eerstelijnspsychologische functie een succes te maken lijkt het er dus op dat er beter dient ingespeeld te worden op de drempels die klinisch psychologen ervaren om in te stappen in het systeem van eerstelijnspsychologische zorg. Dit zal vervolgens ook een rechtstreekse invloed hebben op de belangrijkste drempel die huisartsen ervaren bij de doorverwijzing van patiënten naar de eerstelijnspsycholoog, met name de lange wachtlijsten en het beperkt aantal beschikbare eerstelijnspsychologen.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. De manier waarop de enquête werd verspreid kan zorgen voor een selectiebias. Niet alle huisartsen zijn bijvoorbeeld aangesloten bij de beroepsvereniging Domus Medica, waardoor ze niet bereikt werden door onze strategie voor rekrutering. De verspreiding van de enquête via facebook sprak uitsluitend huisartsen-in-opleiding aan de KU Leuven en UGent aan. Dit trekt de gemiddelde leeftijd van de deelnemers naar beneden. Huisartsen-in-opleiding die aan de UA of VUB studeerden werden hierdoor ook minder vertegenwoordigd. Tot slot werden uit elke provincie emailadressen van huisartsen verzameld via de websites van huisartsenpraktijken uit verschillende steden en gemeenten. Groepspraktijken en jongere huisartsen hebben mogelijks vaker een website dan solopraktijken en oudere huisartsen. Er werd getracht om per provincie evenveel e-mailadressen te verzamelen en aan te schrijven maar we hebben geen gegevens over het aantal huisartsen per provincie die de enquête ook effectief invulden. Hierdoor is het niet zeker of de steekproef representatief is voor alle huisartsen in Vlaanderen. Mogelijk is er ook een vorm van volunteer bias. Huisartsen die vertrouwd zijn met de eerstelijnspsychologische functie kunnen zich eerder aangesproken voelen om de enquête in te vullen dan huisartsen die helemaal niet vertrouwd zijn met de functie. Er kan ook bias ontstaan doordat deelnemers, bewust of onbewust, het meest wenselijke antwoord invullen in plaats van wat ze daadwerkelijk doen. Tot slot dient opgemerkt te worden dat deze bevraging onderhevig is aan een subjectieve inschatting van de deelnemer. Bovendien moet er rekening mee gehouden worden dat deelnemers de vraagstelling verkeerd kunnen begrijpen. De resultaten van deze enquête vervangen dus in geen geval objectieve en gestructureerde data over bijvoorbeeld de frequentie van doorverwijzingen of de lengte van wachttijden bij de ELP.

Besluit

Van de 210 huisartsen die de enquête invulden is de grote meerderheid (83,2%) vertrouwd met het concept van eerstelijnspsychologische zorg. Huisartsen verwijzen hun patiënten met milde tot matig ernstige klachten regelmatig naar de eerstelijnspsycholoog. De zelfstandig gevestigde psycholoog lijkt bij veel huisartsen nog meer ingeburgerd dan de ELP. De invoering van de eerstelijnspsychologische functie is een proefproject waardoor de functie nog niet volledig op punt staat. Dit komt ook tot uiting in de enquête want slechts 13.8% van de huisartsen ervaart geen drempels bij de doorverwijzing naar een ELP. De belangrijkste drempel die wordt ervaren zijn de lange wachtlijsten en het beperkt aantal eerstelijnspsychologen. Meer dan de helft van de huisartsen ervaart dit. Andere drempels die genoemd worden zijn het beperkt aantal terugbetaalde sessies en onduidelijkheid over naar wie men kan doorverwijzen voor ELPZ.

Het tekort aan beschikbare eerstelijnspsychologen kan deels verklaard worden door het beperkt aantal psychologen die in het systeem van eerstelijnspsychologische zorg zijn gestapt. De onderhandeling tussen de lokale netwerken, die de lokale psychologen en orthopedagogen vertegenwoordigen, en de betrokkenen op politiek (medewerkers FOD) en op administratief vlak (medewerkers RIZIV) lopen immers moeilijk. Om van de eerstelijnspsychologische functie een succes te maken lijkt het erop dat er beter dient ingespeeld te worden op de drempels die klinisch psychologen ervaren om in te stappen in het systeem van eerstelijnspsychologische zorg. Dit zal vervolgens ook een rechtstreekse invloed hebben op de belangrijkste drempel die huisartsen ervaren bij de doorverwijzing van patiënten naar de eerstelijnspsycholoog, met name de lange wachtlijsten en het beperkt aantal eerstelijnspsychologen. Ook dient er nog meer ingezet te worden op het sensibiliseren van huisartsen over de ELPF a.d.h.v. overzichtelijke websites, folders en informatiebrieven.

Bronnen

1) WHO, World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004, *291*(21): 2581–2590.

2) Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be

3) GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2017, 390 (10100): 1211-1259.

4) GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Psychiatry 2022, *9*(2): 137-150

5) Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. (2022). (Positieve) Geestelijke gezondheid: cijfers. Geraadpleegd op 5 april 2022, van https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers

6) Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, Van Hoof E. (29 april 2020). Voorstel van resolutie voor laagdrempelige en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg in (post-)coronatijden. DOC 55 1040/001. Geraadpleegd op 5 april 2022 van https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1040/55K1040001.pdf

7) Van Audenhove C, Scheerder G. (11 december 2010). Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg 2010. Werkgroep Geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 5 april 2022, van https://adoc.pub/conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg-11-december-2010-antw.html

8) Schotte, C.K., Van den Bossche, B., Van den Bergh, R., Claes, S. & Cosyns, P. Denken over depressie. Een biopsychosociaal model. Tijdschrift voor Klinische Psychologie 2003, 33: 98-117

9) National Institute for Clinical Excellence (NICE). (28 october 2009). Depression in adults: recognition and management Clinical guideline [CG90]. Nice.org.uk. Geraadpleegd op 5 april 2022, van https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Recommendations

10) De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.

11) Cuijpers, P. Sijbrandij, M. Koole, SL. et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry 2014, 13: 56-67.

12) Hollon, S. Thase, M. Markowitz, J. Treatment and prevention of depression. Psychological science in the public interest, 2002-11-01, 3 (2): 39-77

13) Rens E., Glazemakers I., Van den Broeck K. (2020). Wachten op psychische hulp: De lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Leerstoel Public Mental Health Universiteit Antwerpen. Geraadpleegd op 10 april 2022, van https://repository.uantwerpen.be/desktop/irua

14) Zorgnet Icuro. (2017). Terugbetaling Psychologische Zorg. Geraadpleegd op 8 april 2022, van https://www.zorgneticuro.be/publicaties/terugbetaling-psychologische-zorg

15) IMC Volksgezondheid (2010). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Geraadpleegd op 8 april 2022, van http://www.psy107.be/index.php/nl/

16) Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen. (26 november 2010). Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen. Geraadpleegd op 8 april 2022, van https://www.jovandeurzen.be/storage/ringleader/jo-vandeurzen/beleidsplan-geestelijke-gezondheidszorg-vlaanderen.pdf

17) Van Hoof E. (13 maart 2015). De eerstelijnspsycholoog, eerste klinisch psychologische hulp dicht bij huis. Vlaamse vereniging klinisch psychologen. Werkgroep Eerstelijnspsychologie VVKP. Geraadpleegd op 8 april 2022, van https://vvkp.be/sites/default/files/Nota_ELP.pdf

18) Van Audenhove C., Coppens E., Neyens I. (31 december 2015). Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 8 april 2022, van https://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/onderzoeksrapport-eerstelijnspsychologische-functie_ie__.pdf

19) Steffen M., Morsink S. (18 december 2020) Verslag opstart terugbetaalde eerstelijns psychologische zorg periode 2019. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Geraadpleegd op 10 april 2022, van http://www.psy107.be/images/projectanalyse.pdf

20) Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens, W, Van Cauter X, Eyssen M. Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 265As. D/2016/10.273/31.

21) Test Aankoop (12 mei 2021) Hoe snel vind je hulp bij een eerstelijnspsycholoog? Geraadpleegd op 10 april 2022, van https://www.test-aankoop.be/gezond/gezondheidszorg/preventie/nieuws/eerstelijnspsychologen

22) Agentschap zorg en gezondheid (2018) Cijfers centra geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 26 april 2022, van https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg

23) Patrick Engelhardt (25 februari 2022) Een recapitulatie betreffende de conventie. Geraadpleegd op 11 april 2022, van https://vvkp.be/nieuws/een-recapitulatie-betreffende-de-conventie

24) Vlaamse vereniging van klinisch psychologen (14 maart 2022) Bevraging Conventie 2.0.: de resultaten samengevat. Geraadpleegd op 11 april 2022, van https://vvkp.be/nieuws/bevraging-conventie-20-de-resultaten-samengevat

Appendix 1: vragenlijst

Vraag 1

In welk type praktijk bent u werkzaam?

- Solopraktijk
- Groepspraktijk
- Wijkgezondheidscentrum
- Andere

Vraag 2

Tot welke leeftijdscategorie behoort u?

- 20-30 jaar
- 30-40 jaar
- 40-50 jaar
- 50-60 jaar
- >60 jaar

Vraag 3

Recentelijk werd een ‘eerstelijnspsychologische functie’ ingelast in Vlaanderen. Psychologen kunnen zich laten erkennen als ‘eerstelijnspsycholoog’. Hierbij engageren ze zich om kortdurende, betaalbare en oplossingsgerichte psychologische ondersteuning te bieden aan patiënten met milde tot matig ernstige psychologische klachten. Op doorverwijzing van de huisarts kunnen 4 (tot max 8) sessies per jaar terugbetaald worden, mits de patiënt aan een aantal voorwaarden voldoet.
Hoe vertrouwd bent u met dit concept van eerstelijnspsychologische zorg?

- Helemaal niet
- Eerder wel
- Eerder niet
- Helemaal niet

Vraag 4

Van welk type psychologische zorg maakt u als huisarts het meest gebruik?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Zelfstandige psychologen
- Psychologen verbonden aan een geestelijk gezondheidscentrum
- Eerstelijnspsychologen
- Een psycholoog verbonden aan de groepspraktijk waar ik werk
- Een psycholoog verbonden aan het wijkgezondheidscentrum waar ik werk
- Ik leg mij als huisarts zelf toe op de psychologische ondersteuning van mijn patiënten
- Andere

Vraag 5

Hoe vaak stuurt u uw patiënten met milde tot matig ernstige klachten door naar de eerstelijnspsycholoog

- Nooit
- Zelden (<10% van mijn patiënten met milde tot matig ernstige psychologische problematiek)
- Soms (10-30% van mijn patiënten met milde tot matig ernstige psychologische problematiek)

- Regelmatig (30-50% van mijn patiënten met milde tot matig ernstige psychologische problematiek)
- Vaak (50-70% van mijn patiënten met milde tot matig ernstige psychologische problematiek)
- Zeer vaak (>70% van mijn patiënten met milde tot matig ernstige psychologische problematiek)

Vraag 6

Ervaart u drempels om vaker door te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Neen, ik ervaar geen drempels
- Ja, ik ben niet (helemaal) vertrouwd met eerstelijnspsychologische zorg
- Ja, ik weet niet naar wie ik mijn patiënten kan doorverwijzen voor eerstelijnspsychologische zorg
- Ja, de patiënten die ik doorverwijs worden vaak afgewezen/komen niet in aanmerking
- Ja, de wachtlijsten zijn vaak te lang en/of er zijn te weinig beschikbare eerstelijnspsychologen in de regio
- Ja, ik ben niet (altijd) tevreden over de resultaten die worden bereikt met eerstelijnspsychologische zorg
- Ja, ik ben niet (altijd) tevreden over de communicatie met de eerstelijnspsycholoog
- Ja, ik vind het geen meerwaarde hebben boven andere psychologische zorg
- ja, mijn patiënten staan er vaak niet voor open
- Ja, ik vind het een te complexe aanmeldingsprocedure
- Ja, ik vind het aantal terugbetaalde sessies te beperkt
- Andere:

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP017101
Uw kenmerk: Masterproef studie: De rol van eerstelijnspsychologen in de huisartsenpraktijk
Leuven, 24-02-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Chris Bervoets
Geachte Heleen Smolders

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 24-02-2021

> (Tussentijdse goedkeuring van amendement) De student wenst de manier van rekrutering uit te breiden. Ze wenst via sociale media haar collega-haio's uit te nodigen om deel te nemen aan de studie via de facebook groep van h

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 23-02-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP017101

Your reference: Master's thesis study: De rol van eerstelijnspsychologen in de huisartsenpraktijk
Leuven, 24-02-2021

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Chris Bervoets
Dear Heleen Smolders

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 24-02-2021

> (Tussentijdse goedkeuring van amendement) De student wenst de manier van rekrutering uit te breiden. Ze wenst via sociale media haar collega-haio's uit te nodigen om deel te nemen aan de studie via de facebook groep van h

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 23-02-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Template 2020.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING AN ANONYMOUS SURVEY

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten)

Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Important information regarding this template and how to fill it in correctly

This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application.

Read the explanatory document carefully when filling out this template. You can find all **information, examples and text suggestion** belonging to the various sections in this document. (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en)

Every resubmission or amendment should be done in '**track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes. The file name must also be changed to 'resubmission_MP###_version#' or 'amendment_MP##_version#'. The MP-number can be found via SCONE (overview master thesis), the version number is up to you: starting at 1 and increasing by 1 each time you are asked to make new changes.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	De rol van eerstelijnspsychologen in de huisartsenpraktijk
Version 1: Date submission	Date:22/12/2020
Version 2: Date resubmission	/
Version 3: Date third submission	/
Principal Investigator – Promotor	**Name: Bervoets Chris**
	Telephone: 0477727969
	E-mail: chris.bervoets@kuleuven.be

Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES □	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: Goedhuys Jo**
	Telephone: 04743888318
	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Smolders Heleen**
	Student number: r0466818
	Telephone: 0472958736
	E-mail: heleen.smolders@student.kuleuven.be
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project. References can be added at the end of this template.

Mentale gezondheidsproblemen maken een aanzienlijk deel uit van de totale gezondheidsproblemen. In rijke landen, zoals België, loopt het aandeel geestelijke gezondheidsproblemen op tot 38% van de totale gezondheidsproblemen. (Layard en Clark, 2014). Slechts 1 op de 3 personen met mentale gezondheidsproblemen krijgt hiervoor de gepaste zorg (Itinera, 2013).

In België heeft de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zich omgekeerd

ontwikkeld in vergelijking met de piramide van het WHO. Waar de specialistische diensten erg zijn uitgebouwd, is de eerste lijn slechts minimaal ontwikkeld. De gespecialiseerde zorg is duurder en niet in staat om alle zorgvragen op te vangen door een discrepantie tussen vraag en aanbod. (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2011)
Sinds de aanbevelingen van de eerstelijnsgezondheidsconferentie in 2010 wordt meer en meer ingezet op eerstelijnsgezondheidszorg. Via de invoering van een eerstelijnspsychologische functie wordt specifieke ggz-deskundigheid toegevoegd aan de eerste lijn (conferentie eerstelijnsgezondheidszorg 2010)

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study. Describe the research questions and hypotheses of your study.

Uit explorerende interviews bij collega huisartsen blijkt echter dat niet alle huisartsen even vertrouwd zijn met het begrip eerstelijnspsycholoog. Het beoogde doel van deze masterproef is om na te gaan hoe ingeburgerd de eerstelijnspsychologische functie is bij Vlaamse huisartsen. Dit zal gedaan worden aan de hand van een online enquête. De inzichten die via deze enquête zullen verworven worden kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de eerstelijnspsychologische zorg.

4. RESEARCH METHOD

Present the survey and explain potential ethical implications of the planned methodology.

Er zal gewerkt worden met een online enquête die verspreid zal worden over de Vlaamse huisartsen. De enquête zal peilen naar 1) hoe vertrouwd huisartsen zijn met het begrip ELP 2) hoe frequent huisartsen doorverwijzen naar een ELP 3) de drempels die huisartsen ervaren om door te verwijzen naar de ELP 4) de alternatieven die huisartsen gebruiken voor psychologische zorg.
De enquête zal anoniem zijn. Er zijn geen potentiële ethische implicaties die moeten vermeld worden.

De studie zal niet van start gaan alvorens er een goedkeuring wordt ontvangen van het OBC.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate in the study.

Inclusie criteria: huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen

Exclusie criteria: /

Er worden geen kwetsbare groepen betrokken in het onderzoek.

5.2 Sample size and population

Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size and how it relates to the total population. Does the ratio between sample size and population size makes it easy to identify participants? In case of working with a small population describe which measures will be taken to prevent identification.

Huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen. Er zijn naar schatting 10 000 huisartsen in Vlaanderen. Om een foutmarge van 5% te bekomen moeten we respons krijgen van +/- 350 huisartsen. Om een foutmarge van 10% te bekomen hebben we respons nodig van 100 huisartsen.

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants, how this will happen, and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of information letter and survey.

De student zal de deelnemers uitnodigen tot deelname aan de studie via 1) e-mail en 2) sociale media. 3) Indien onvoldoende respons wordt bekomen met bovenstaande methode, zal in tweede tijd worden overgegaan op een meer persoonlijke aanpak.

1) De e-mails zullen verzonden worden via domus medica – de vlaamse vereniging voor huisartsen. Daarnaast zal de student contact opnemen met de regionale huisartsenkringen in Vlaanderen om zo de enquête te kunnen doormailen naar huisartsen die geen lid zijn van domus medica. Tenslotte zullen de student en haar promotor hun persoonlijke connecties uitnodigen tot deelname aan de studie via mail.

2) De student zal haar collega-haio's uitnodigen om deel te nemen aan de studie via de facebook groep van haar jaar. Indien mogelijk zullen gelijkaardige facebookgroepen van bvb collega haio's uit het jaar boven haar of onder haar eveneens worden uitgenodigd tot deelname.

Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de informatiebrief (toevoegen als annex) te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres,…) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.

Indien onvoldoende respons wordt bekomen met bovenstaande methode, zal in tweede tijd worden overgegaan op een meer persoonlijke aanpak. De vragenlijsten zullen op papier worden uitgedeeld op bijscholingen, LOK vergaderingen en huisartsenwachtposten. Ze zullen anoniem worden ingezameld in een inzamelpunt.

Wanneer de aanwezige huisartsen toezeggen zal de afname van de vragenlijst plaatsvinden. Bij de start van de vragenlijst zal de onderzoeker de informatiebrief overhandigen aan de deelnemer waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek. Deze informatiebrief wordt samen met de deelnemer overlopen. Enkel

wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment in de studie zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer,…) verzameld worden of gekend zijn door de onderzoekers

5.4 Expected duration

Specify the expected duration of the whole study, and define the beginning and ending of the study for the study participant.

Januari 2021 - Mei 2022

6. ANALYSIS

Describe methods for data analysis in detail. Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases.

De data zal worden verzameld in de Qualtrics applicatie. Vervolgens zal de data worden geëxporteerd naar excel. Er zal een univariate analyse van de data gemaakt worden door middel van beschrijvende statistiek met SPSS.

7 DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van (**duid aan wat van toepassing is**):

- ☐ Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider
- ☐ REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven
- ☐ OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven
- ☐ Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)
- ☐ Andere, mits beargumentering, namelijk: ……..

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie worden verzameld over de kennis van Vlaamse huisarsten over het begrip 'eerstelijnspsycholoog' en welke drempels zij ervaren om vaker door te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens worden verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zoniet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis,* ***the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected*** *and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is* ***relevant*** *and* ***necessary*** *for his / her Master's thesis;*
- *He / she will* ***not share information*** *with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the* ***investigator, possible group members*** *and his/her* ***supervisor*** *will have access to the data*
- *He / she will take* ***all necessary steps*** *to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*

- *He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*
- *He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor.*
- *He / she will take all necessary steps to **prevent (re-)identification of participants**. Even when working with anonymous data, precautions will be taken in order to minimize the risk of re-identification.*
- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at all times**.*
- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*
- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*
- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study

*Since this study will not collect any personal data and the GDPR does not apply to anonymous data, **no separate privacy application should be submitted for this type of studies.** When approval is given by the Ethics Committee, this application can be considered as in accordance with the GDPR. There is no objection to start the processing operations.*

8 ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promotor who will be responsible for follow up. Please describe possible adverse events following your research and confirm that the name of the Principal Investigator and other relevant point of contacts have been integrated in the information letter to the participants.

/

9 APPROVAL

Data can only be collected if the head of the institution or department where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study. If applicable, please confirm this approval and give the essential contact information.

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place: prof. Chris Bervoets

10 PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11 DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12 REFERENCES

Please add references here

Layard R, Clark D. Thrive: The Power of Evidence-Based Psychological Therapies. IX, 373 p. London: Allen Lane, Penguin Group; 2014.

Van Herck P, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. 9, 9. Brussels: ITINERA; 2013.

Federale overheidsdienst volksgezondheid. Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België. (2011). Beschikbaar via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisatie_en_financiering_van_de_geestelijke_gezondheidszorg_in_belgie.pdf

Coppens E, Nevens I, Van Audenhove C. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. (2015). Beschikbaar via https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/onderzoeksrapport-eerstelijnspsychologische-functie

De Maeseneer J, Gijs Van Pottelbergh. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg. (2010). Beschikbaar via file:///C:/Users/virgi/Downloads/Werkgroep%20positionering%20-eindrapport%20(PDF).pdf

13 ANNEXES

1. *A template of the **information letter** has been developed and is available on https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten or https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en Those must be used as a basis and adapted where necessary.*

In case an alternative template is being used, a motivation should be provided here.
Please copy your information letter here.

2. *Please add the **questionnaire**. An approval will not be given if an application doesn't contain the questionnaire.*
3. *Every **advertisement, flyer, poster**, etc. that will be used in the study should be added.*
   *If recruitment will be done through **social media** or by **mail**, please also add the text or illustration that will be used.*
4. *Other (if applicable)*