Ervaringen van eerstelijnspsychologen over hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met de huisarts

Van Diest Geertrui, KU Leuven

Promotor: Prof. Delvaux Nicolas, KULeuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

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, wendt 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.

Voorwoord

Dit document omvat het onderzoek voor de masterproef ‘Ervaringen van eerstelijnspsychologen over hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met de huisarts’. Het onderzoek is uitgevoerd door Geertrui Van Diest (student master na master Huisartsgeneeskunde), onder begeleiding van promotor Prof. dr. Nicolas Delvaux.

Ik (de student) kijk tevreden terug naar het verloop van de masterproef. Door een positieve ingesteldheid en een proactieve aanpak heb ik tijdig een geslaagd onderzoek kunnen uitvoeren en kunnen afleveren. Al wil dit niet zeggen dat er geen moeilijkheden waren doorheen het proces. Het rekruteren van personen voor semigestructureerde interviews is een intensief en langdurig proces, waardoor er vertraging was opgelopen in het vooropgestelde onderzoeksproces.

Enkele personen worden nog graag bedankt voor hun inbreng en steun bij het maken van het onderzoek. Prof. dr. Nicolas Delvaux voor het advies en de ondersteuning gedurende het ganse proces van de masterproef. De personen die deelnamen aan het onderzoek worden eveneens bedankt voor hun tijd, inzichten en inzet. Tot slotte worden familieleden, vrienden, collega’s en medestudenten, waaronder met name Jolien Zwaneveld, Katrijn Van Diest en Jeroen Beuls bedankt voor hun steun doorheen mijn opleiding en in het bijzonder bij het schrijven van deze masterproef.

Geertrui Van Diest, 1 mei 2025
3de master Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Abstract

Inleiding

Mentale gezondheidsproblemen zijn wereldwijd veelvoorkomend, maar worden vaak onderbehandeld. Er is veel druk op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), die in België vooral gespecialiseerd en geïnstitutionaliseerd is. De eerstelijnspsychologische functie (ELPF) werd ingevoerd om de capaciteit en deskundigheid van psychologische hulpverlenging in de eerste lijn te vergroten. Het opzet van deze masterproef is om de ervaringen van eerstelijnspsychologen in kaart te brengen met betrekking tot hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met andere actoren in de eerste lijn, met in het bijzonder de huisartsen.

Methode

Hiervoor werden negen eerstelijnspsychologen geïnterviewd die werkzaam zijn in vijf verschillende netwerken binnen Vlaanderen. De interviews zijn gericht op hun ervaringen met de ELPF, de samenwerking met huisartsen en andere zorgprofessionals, en de obstakels die zij tegenkomen in hun dagelijkse praktijk. De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de ELPF en de samenwerking tussen de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg.

Resultaten

Uit de interviews blijkt dat de psychologen tevreden zijn over de ELPF, maar dat er nog ruimte is voor verbetering. De conventie verlaagt een aantal drempels voor opzoeken van psychologische hulp, waaronder de financiële drempel en het taboe. Desondanks blijven sommige kwetsbare groepen moeilijk te bereiken, vooral mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, en zijn er nog uitdagingen ten gevolge van blijvend stigma. Patiënten worden via verschillende actoren verwezen naar een eerstelijnspsycholoog, maar er zijn nog een aantal verbeterpunten in de samenwerking tussen zorgverleners, met name in communicatie en informatieoverdracht. De eerstelijnspsychologen pleiten voor een betere coördinatie en kennisuitwisseling tussen zorgverleners om de patiëntenzorg te verbeteren, met ook een belangrijke rol voor de netwerken hierin. Daarnaast wordt ingegaan op het huidige kader van de ELP conventie. Sommige psychologen hadden schrik om hierdoor autonomie te verliezen. Het beperkt aantal sessies biedt echter heel wat mogelijkheden om patiënten met milde en matige klachten terug op goede weg te zetten. Voor complexere problematieken is dit niet voldoende en botsen de eerstelijnspsychologen op de hoge kostprijs en lange wachtlijsten van andere hulpverlening.

Conclusie

De ELPF is dus al een goede eerste stap in het toegankelijker maken van de psychologische zorg in België en kan veel mensen met milde tot matige psychologische klachten terug op weg zetten. Er is nog nood aan verbetering in de samenwerking met andere actoren in de eerste lijn, alsook aan uitbreiding van de conventie en efficiënter gebruik van de tweedelijnszorg, met als doel een getrapt systeem van geestelijke gezondheidszorg te organiseren die goede zorg kan bieden aan alle mensen die dit nodig hebben.

Inhoudstafel

Abstract 4
Inleiding 6
Onderzoeksmethode 9
Resultaten 10
1. Deelnemers 10
2. De weg naar ELP 10
2.1 Patiënten tot bij ELP 10
2.2 Verschillende wegen 11
3. Samenwerking met andere hulpverlenging 12
3.1 Doorverwijzingen naar ELP 12
3.2 Coördinatie van psychologische hulpvragen 14
3.3 Terugkoppeling naar doorverwijzers 15
3.4 Verbetering samenwerking binnen eerste lijn 16
3.5. Samenwerking met de tweedelijnszorg 17
4. Conventie psychologische zorg in de eerste lijn 17
4.1 Motivatie 17
4.2 Financiering 18
4.3 Ondersteuning vanuit de netwerken 18
4.4 ELP kader 20
4.5 Uitbreiding van de conventie 21
Discussie 22
Besluit 25
Bronnen 26
Appendix 1: interview guideline 29
Appendix 2: Goedkeuring Ethische Commissie 30
Appendix 3: Goedgekeurd protocol 35
Appendix 4: Coderingsschema 46

Inleiding

De huidige definitie van gezondheid volgens de WHO dateert uit 1948 en beschrijft gezondheid als “een staat van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of zwakte”. Deze herdefiniëring was revolutionair in die tijd omwille van de brede blik op gezondheid die afstapt van de negatieve definitie van gezondheid als de afwezigheid van ziekte. Sindsdien is er maatschappelijk veel veranderd en gingen er binnen de gezondheidszorg gingen er stemmen op om ook deze visie op gezondheid te herevalueren en in een nog breder en dynamischer kader te plaatsen. Zo stelden M. Huber et al. in 2011 voor om de nadruk te leggen op “het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”. (1)

Dit blijkt voor veel mensen niet (altijd) evident te zijn. Mentale gezondheidsproblemen vormen namelijk een substantieel aandeel van de gezondheidsproblematiek in het algemeen. Naar schatting zou het afgelopen jaar 1 op 5 mensen wereldwijd te maken gehad hebben met mentale problemen. Dit cijfer loopt op tot 1 op 3 mensen die hiermee te kampen zullen krijgen tijdens hun leven. (2) In België zijn deze cijfers vergelijkbaar. Volgens de nationale gezondheidsenquête van Zorgnet Icuro zou 1 op 3 Belgen psychische klachten ervaren. Op jaarbasis heeft ongeveer 1 op 7 volwassenen te kampen met een psychische stoornis. Bij minderjarigen loopt dit cijfer op tot 1 op 5. De meest voorkomende psychische problemen zijn angstproblematieken, stemmingsstoornissen en alcoholafhankelijkheid, met een jaarlijkse prevalentie van respectievelijk 7%, 6-7% en 3%. (3) De gevolgen hiervan zijn zeker niet te onderschatten. Mentale gezondheidsproblemen zijn één van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit en verminderde levenskwaliteit. (4,5) Daarnaast brengt dit een hoge maatschappelijke kost met zich mee. Zo zijn er onder andere de hoge kosten in de gezondheidszorg zelf en daarnaast ook een grote kans op langdurig ziekteverzuim en invaliditeit. Op basis van data uit de Global Burden of Disease Study uit 2019 werd dit voor West-Europa gekwantificeerd op 6,5% van het bbp, wat overeenkomt met ongeveer 900 miljard euro per jaar. (6–8)

De huisarts is vaak de eerste zorgverlener die geconfronteerd wordt met een verandering in psychische toestand van patiënten, dankzij de frequente contacten, de arts-patiëntrelatie die doorheen de tijd vorm krijgt en zijn bio-psycho-sociaal model van werken. Dit kan zowel naar aanleiding van een concrete hulpvraag, als door middel van ‘case finding’, waarbij de huisarts deze verandering opmerkt en ter sprake brengt. Naast detectie, staat de huisarts ook (deels) in voor de begeleiding en behandeling van deze mentale gezondheidsproblemen, zeker voor milde tot matige aandoeningen. (9) Qua behandeling is er steeds meer evidentie dat naast een medicamenteuze behandeling, ook bijkomende psychotherapeutische ondersteuning zinvol is. Het geeft een bijkomend effect tijdens een acute episode, met daarenboven ook minder kans op herval, zowel op korte als lange termijn. (10,11) Huisartsen hebben vaak niet de expertise en/of bekwaamheid om deze psychotherapeutische behandeling te bieden en hebben dan als taak om gericht door te verwijzen. (9)

Bevolkingsstudies tonen echter aan dat slechts 43% van de volwassenen en 31% van de jongeren professioneel wordt behandeld voor vaak voorkomende en behandelbare mentale gezondheidsproblemen. (3) De doorverwijzing naar professionele hulp loopt dus vaak mank, voornamelijk door lange wachttijden, de hoge kostprijs en een taboe rond psychologische hulp. Hierdoor haken mensen af en dreigen veel patiënten pas laattijdig of niet behandeld te worden, zeker ook in lagere socio-economische bevolkingsgroepen. (12) Dit ligt onder meer aan de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België. Deze is historisch

gegroeid vooral zeer gespecialiseerd en geïnstitutionaliseerd. Ons land is bijvoorbeeld nog steeds één van de koplopers in Europa in aantal psychiatrische bedden per aantal inwoners. Deze vorm van GGZ is echter zeer kostelijk en ontoereikend voor de grote vraag. Doorheen de tijd is er een verschuiving in de visie op GGZ, waarbij er nood is aan uitbouw van meer gemeenschapsgerichte zorg. Hiermee beoogt men een GGZ die meer gericht is op de behoeften en zorgvragen van mensen met psychische problemen, ingebed in de eigen leef-, leer- of werkomgeving. Dit heeft dus zijn plaats in de laagdrempelige eerstelijnszorg, waar ook grote aandacht kan gaan naar preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. (13) Op dit moment zijn er al verschillende actoren hiervoor in de eerste lijn, maar het ontbreekt hen aan samenwerking en coördinatie, waardoor patiënten niet op een performante doorverwijzing kunnen rekenen. (9) Dit wordt ook verder bemoeilijkt door de versnippering van bevoegdheden in België, die verdeeld zijn over de federale overheid, de gemeenschappen en de federale sociale zekerheid.

Om hier een antwoord op te bieden organiseerde de Vlaamse Overheid in 2010 een conferentie eerstelijnsgezondheidszorg met een aparte werkgroep voor Geestelijke Gezondheidszorg. Deze bestond uit vertegenwoordigers van alle GGZ specialisten. Zij kregen de taak om het aanbod van GGZ in de eerste lijn in kaart te brengen en knelpunten hierin te benoemen. Hierop formuleerde ze ook een aantal verbeterpunten, waaronder de aanbeveling om een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) in te voeren, met als doel meer capaciteit en GGZ-deskundigheid toe te voegen aan de eerste lijn. (9)

De ELPF wordt uitgeoefend door een psycholoog in de eerste lijn, die nauw samenwerkt met de huisarts en andere actoren in de eerste lijn. Hij voorziet in kortdurende, laagdrempelige en generalistische zorg bij niet-complexe psychische klachten, gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt binnen zijn of haar context en dichtbij huis. Hierbij besteedt hij aandacht aan vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen en indien nodig bevordert hij de doorstroming naar meer gespecialiseerde gezondheidzorg. Op deze manier wordt de GGZ in eerste lijn een meer getrapt zorgsysteem, waar dankzij preventie en vroegtijdige interventie, een deel van de complexere problemen voorkomen kunnen worden en zo de beschikbare gezondheidszorg efficiënter kan worden ingezet. (14)

Deze ELPF werd in 2010 voor het eerst geïmplementeerd via een beleidsvoorstel van toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, in 7 pilootprojecten verspreid over Vlaanderen. Uit de evaluatie door het steunpunt WZG, over de periode van 2012 en 2015, bleken zowel patiënten, huisartsen als klinische partners dit als een grote meerwaarde te beschouwen. (15) In 2016 werd er ook een interuniversitaire opleiding ingericht, de Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg, om psychologen bij te scholen in deze meer generalistische en vraag gestuurde vorm van psychologische begeleiding. (16) Om de ELPF verder uit te bouwen werd begin 2019 het project rond de terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg opgezet. Het maakt deel uit van een wetenschappelijke studie, lopende aan de KULeuven en de ULiège. In dit 4-jarig project kregen 107 netwerken in Vlaanderen de taak om de uitrol en regionale coördinatie van de ELPF te organiseren. Een grondig analyse op basis van ervaringen uit de praktijk en voortschrijdende wetenschappelijke inzichten, zal bijdragen tot de verdere optimalisatie van de ELPF. (17)

De ELP is dus een veelbelovende actor in de GGZ in de eerste lijn, die het bestaande zorgaanbod kon ondersteunen om zo de efficiëntie ervan te verhogen. In de zomer van 2021 keurde het Verzekeringscomité van het RIZIV een overeenkomst goed met de netwerken

geestelijke gezondheid over de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. (18) Een jaar later hadden al meer dan 2300 Belgische psychologen zich aangesloten bij een netwerk om deze conventie te kunnen ondertekenen. Dit komt overeen met ongeveer 14% van de beoogde klinisch psychologen. (19) Hieruit blijkt toch een zekere terughoudendheid. Volgens een bevraging bij 412 zelfstandige gevestigde psychologen zouden minder dan de helft (45,6%) van de ondervraagden in de conventie willen stappen. Redenen hiervoor waren enerzijds tijdsgebrek, om 8 uur per week hiervoor vrij te maken en de extra werkbelasting die dit met zich mee zou brengen, en anderzijds de voorwaarden van de conventie zelf, waarbij men ook vreest om zijn autonomie te verliezen. (20)

Het doel van deze masterproef is om na te gaan wat de eerstelijnspsychologen zelf vinden van de ELPF, hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met andere actoren in de eerste en tweede lijn, met in het bijzonder de huisartsen. Dit onderzoek zal gebeuren aan de hand van interviews met zowel eerstelijnspsychologen als klinisch psychologen die momenteel de opleiding Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Op deze manier pogen we andere klinisch psychologen verder te kunnen informeren en bij te dragen aan de optimalisatie van de ELPF in Vlaanderen.

Onderzoeksmethode

Vooraf werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd over de "Eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen" in verschillende databanken en websites. Er werd achtergrondinformatie verzameld over de prevalentie en impact van mentale gezondheidsproblemen en de organisatie van geestelijke gezondheidszorg wereldwijd via de databanken pubmed en embase. Verdere informatie over de cijfers en geestelijke gezondheidszorg in België, alsook de ontwikkeling en evolutie van de conventie voor eerstelijnspsychologie in Vlaanderen werd bekomen via websites zoals www.zorg-en-gezondheid.be, www.riziv.fgov.be, www.inami.fgov.be, www.sciensano.be, www.gezondleven.be, www.ministerjovandeurzen.be, www.psy107.be, www.vlaamseverenigingklinischpsychologen.be, www.elp-academie.be, www.vivel.be en www.departementzorg.be.

Het onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews waar er gepeild werd naar de ervaringen van eerstelijnspsychologen in Vlaanderen. Hiervoor werden eerstelijnspsychologen per mail gecontacteerd via de netwerken van de eerstelijnszones, alsook via de ELP Academie. Ze werden uitgenodigd om deel te nemen aan een individueel interview of een focusgroep. Er werden uiteindelijk negen interviews afgenomen, tussen maart en augustus 2024. Er was onvoldoende respons om een focusgroep bijeen te brengen. De interviews werden online afgenomen, via Zoom® of Microsoft Teams®. Deze werden opgenomen met behulp van OBS Studio®.

Om hun ervaringen in kaart te brengen werden verschillende aspecten uitgelicht tijdens het interview, cfr. de interview guideline in Appendix 1. Zo werden hun eigen motivatie en eventuele drempels die ze ervaarden om een ELPF op te nemen bevraagd. Daarnaast werden enkele vragen gesteld in verband met de samenwerkingen met andere actoren in de eerstelijnszorg, in het bijzonder de huisartsen. Vervolgens werd er ingegaan op de patiënten die tot bij de ELP komen voor hulp en hoe ze erin slagen om deze patiënten te helpen binnen de ELPF. Tot slot werd ook de samenwerking met de tweedelijnszorg besproken.

Na afronding werden de opnames van de interviews getranscribeerd via Turboscribe®, met nadien een manuele controle en aanvulling van de transcripties. Met behulp van Nvivo®, werden ze gecodeerd en gethematiseerd. Een schematische voorstelling hiervan is terug te vinden in Appendix 4.

Resultaten

1. Deelnemers

Er werden uiteindelijk negen eerstelijnspsychologen geïnterviewd, werkzaam in verschillende netwerken binnen Vlaanderen. Hiervan is één psycholoog actief in het netwerk Bruzel en één in het netwerk Westhoek. Twee psychologen werken in het netwerk Zuidoost Limburg. Vijf psychologen zijn verbonden aan het netwerk SaRa, waarvan er twee ook werkzaam zijn binnen het netwerk Emergo. Het grootste deel, namelijk zes van de negen geïnterviewde psychologen, was op het moment van het interview zo'n tweetal jaar actief als eerstelijnspsycholoog. Twee anderen waren op dat moment net iets minder dan een jaar werkzaam binnen de conventie en een laatste was slechts drie maanden aan de slag. De meerderheid, namelijk vijf van de negen psychologen, werkt uitsluitend binnen de conventie. De andere vier kunnen slechts een deel van hun uren binnen de conventie uitoefenen en werken daarnaast ook niet-geconventioneerd. Sommige eerstelijnspsychologen zijn verbonden aan een huisartsenpraktijk, terwijl anderen privé werken of beiden combineren. Daarnaast zijn een aantal psychologen ook verbonden aan andere organisaties, zoals het Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW), het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), ziekenhuizen, alsook enkele specifieke organisaties voor kinderen en jongeren.

2. De weg naar ELP

2.1 Patiënten tot bij ELP

Een van de doelen van de eerstelijnspsychologische functie is het vergroten van de toegankelijkheid van psychologisch zorg. Volgens de ervaring van de geïnterviewde eerstelijnspsychologen zijn er inderdaad een aantal elementen binnen het kader waarin ze werken die de drempel voor patiënten verlagen om deze stap te zetten. De meest opvallende is het **financiële**, namelijk dat het remgeld voor de patiënten aanzienlijk verlaagd is dankzij de conventie, tot zelfs gratis voor jongeren. Dit maakt dat mensen sneller psychologische hulp gaan opzoeken, zowel van hogere als, meer opvallend, van lagere socio-economische klassen.

"Zeker het feit dat ik geconventioneerd ben, dat is echt de doorslaggever. Er komen mensen die het eigenlijk niet zo breed hebben en die niet zomaar een consultatie kunnen betalen, laat staan acht, veel sneller bij mij terecht." (Interview 1)

Desondanks zijn er toch nog een aantal mensen die volgens de psychologen op deze manier nog niet worden bereikt. Namelijk de armste lagen van de maatschappij, die meestal ook minder gezondheidsvaardigheden hebben. Dit is een groep die zich ook minder bij de huisarts zal presenteren en zich moeilijk kan informeren over de voordelen en de mogelijkheden van psychologische hulp. Hoewel het betalen van vier of elf euro zelfs voor sommigen nog moeilijk is, pleiten de psychologen zelf niet om dit nog verder te verlagen, integendeel.

"Het zegt ook iets over je motivatie. Als je het niet ziet zitten om vier of elf euro neer te leggen, dan is het niet het moment om in begeleiding te gaan." (Interview 2)

Doordat er een lage kostprijs aan vast hangt, merken een aantal psychologen ook dat sommige mensen minder stipt afspraken nakomen. Dit gebeurt zowel bij individuele gesprekken als bij groepssessies. Hierdoor moeten psychologen zelf strenger hierin optreden, wat niet evident is als het over mensen gaat met weinig financiële middelen. Anderzijds merken sommigen ook dat mensen wat vaker willen of blijven komen. Het is hier opnieuw de taak van de psycholoog om het aantal sessies en de duur van de begeleiding te beperken.

Een tweede aspect dat duidelijk naar voren kwam in verband met de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog is de **maatschappelijke mentaliteitsverandering**. Er is een merkbaar verschil in hoe mensen vandaag de dag kijken naar psychologisch hulp. Er is een tendens van normalisering om bezig te zijn met mentale gezondheid, waardoor de taboe merkelijk afneemt. Dit weerspiegelt zich in de grote waaier aan mensen die zich bij de eerstelijnspsycholoog presenteren. Het gaat over mensen van alle leeftijden en genders. Het meest opvallende is de grote hoeveelheid jongeren die hulp zoekt, maar ook meer en meer ouderen en mensen met een andere culturele achtergrond. Sommige psychologen maken de kantlijn dat we als maatschappij kritisch moeten blijven en niet te veel gaan psychologiseren. Aanvullend hierbij zijn ook de voordelen van het groepsaanbod dat eerstelijnspsychologen kunnen aanbieden. Op deze manier kunnen ze veel meer mensen bereiken dan met individuele therapie alleen. Bijkomend heeft dit opnieuw een normaliserend effect, hoewel het niet voor iedereen evident is om in groep over psychologische problemen te spreken.

Desondanks is het **taboe** nog niet volledig verdwenen en zijn er mensen die zich schamen of bezorgd zijn over wat kennissen in hun omgeving zouden denken. Dit is het meest merkbaar bij de ouderen, ook vooral in kleinere dorpen of gemeenten. Hierin merken de eerstelijnspsychologen dat het een enorme meerwaarde heeft om te werken in een huisartsenpraktijk.

“Dat ze mij kunnen zien rondlopen, dat ik iemand concreet ben en dat de stap naar mij zetten veel kleiner is dan wat dat in andere omstandigheden zou zijn.” (Interview 1)

Daarbij komt ook het voordeel van een gemeenschappelijke wachtzaal, zodat er een soort anonimiteit is bij welke hulpverlener iemand een afspraak heeft. Het is een vertrouwde omgeving waarbinnen gesproken wordt over gezondheid en ook plaats is voor mentale gezondheid. Voor anderen is het juist een voordeel dat ze ergens anders naar een psycholoog kunnen gaan, in een omgeving waar ze geen bekenden tegen het lijf lopen.

Tot slot zijn er ook **persoonlijke drempels** waar de conventie voor eerstelijnspsychologie nog niet onmiddellijk een oplossing voor biedt. Sommige mensen geloven niet in de meerwaarde van psychologische therapie. Anderen zijn omwille van hun situatie of andere problemen niet in staat om de stap naar hulp te zetten. Voor deze mensen zou dan eerst andere ondersteuning nodig zijn. Nog anderen zijn er nog niet klaar voor om voor zichzelf toe te geven dat er een probleem is of dat ze hulp nodig hebben.

2.2 Verschillende wegen

Om de toegankelijkheid voor mensen te vergroten is één van de voorwaarden van de conventie dat eerstelijnspsychologen **vindplaatsgericht en *outreachend*** werken. Naast de reeds vernoemde samenwerking binnen een huisartsenpraktijk, zijn er ook nog andere voorbeelden van hoe dit in praktijk gebracht kan worden. Eén van de psychologen werkt

namelijk in dienstverband bij het CAW met ook een aantal uren in het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW). Een andere was een tijd werkzaam in een buurthuis. Nog een andere werkt ook een aantal uren in een ziekenhuis, op de afdeling bariatrie. Twee psychologen werken nauw samen met scholen, één als psycholoog bij het CLB, de ander doet IQ-onderzoeken bij leerlingen met leerproblemen. Een aantal psychologen vinden moeilijk de tijd om actief naar vindplaatsen te gaan, omdat er al zo'n grote vraag is naar hun begeleiding. Een aantal zijn ook actief op zoek naar nauwere samenwerking in hun omgeving, zoals bij de gemeente of in rusthuizen, maar krijgen maar weinig respons.

Naast deze vindplaatsen zijn er nog andere manieren hoe mensen bij de eerstelijnspsycholoog terecht komen. Zo zijn er mensen in hun omgeving die de suggestie geven. Vaak mensen die zelf tevreden waren bij een bepaalde eerstelijnspsycholoog. Daarnaast krijgen ze ook **doorverwijzingen** van diëtisten, andere (eerstelijns)psychologen, kruispunten, het CLB, leerkrachten, logopedisten, studiecoaches, het CAW, het Huis van het Kind, het OCMW, juridisch bemiddelaar, seksuologen, kinesisten, apothekers, maatschappelijk werkers, het Adviespunt Verslaving, Rechtstreeks Toegankelijke Hulp, arbeidsartsen, en natuurlijk ook huisartsen. Naast de doorverwijzingen van deze eerstelijns actoren, krijgen ze soms ook doorverwijzing van de tweede lijn, met name de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en ziekenhuizen. Hier komt dan voornamelijk de vraag om aan nazorg te doen, zodat de patiënten laagdrempelig nog opgevolgd kunnen worden na bijvoorbeeld een crisismoment of zelfs een opname.

3. Samenwerking met andere hulpverlenging

3.1 Doorverwijzingen naar ELP

Heel concreet gaan we dieper in op de doorverwijzingen van huisartsen, te beginnen met hoe dit in praktijk wordt aangepakt. In de meeste gevallen is er **weinig tot geen informatieoverdracht** bij de doorverwijzingen. Vele patiënten vermelden dat ze enkele namen van eerstelijnspsychologen kregen van hun huisarts en dan zelf contact hebben opgenomen. Hierbij is het een voordeel als de huisartsen persoonlijke contacten hebben met eerstelijnspsychologen in de buurt of goede feedback horen van eerder verwezen patiënten. De meeste eerstelijnspsychologen vinden het ook geen probleem dat er weinig informatie over de problematiek gedeeld wordt bij de doorverwijzing. Vooral omdat het meestal gaat over mensen met milde tot matige klachten. Daarnaast gaan psychologen tijdens het intake gesprek zelf de problematiek verkennen. Vele psychologen vinden het ook positief dat de verplichte doorverwijzing via de huisarts, die nodig was in het begin van de conventie, is afgeschaft. Mensen hebben namelijk recht op privacy, dus ook om hun verhaal niet (volledig) te delen met de huisarts.

"De cliënt geeft soms ook aan dat het verhaal helemaal niet gekend is bij de huisarts. En dat ze gewoon om een naam hebben gevraagd" (Interview 6)

In sommige gevallen nemen huisartsen wel **kort rechtstreeks contact** op met de eerstelijnspsycholoog, zei het telefonisch of via een verwijsbrief. In het eerste geval wordt er dan meestal even gepolst of de psycholoog nog plaats heeft om een nieuw traject op te starten. Ook wordt soms wat informatie over de patiënt gedeeld. Dit gebeurt vaker bij psychologen werkzaam in een huisartsenpraktijk; waar het evidenter is om tussendoor kort met elkaar te spreken. De psychologen vermelden dat patiënten het ook appreciëren of er

soms zelfs vanuit gaan dat er wat overdracht geweest is. In het geval er een **verwijsbrief** meegegeven wordt, is deze ook vaak beknopt en niet altijd zo relevant. Toch zijn er wel een aantal zaken die de eerstelijnspsychologen wel nuttig zouden vinden. De meerderheid noemt het medicatieschema, omdat dit vaak rechtstreeks invloed heeft op de therapie. Daarnaast vinden ze ook het zinvol om kennis te hebben van de (psychiatrische) voorgeschiedenis alsook van de context en het netwerk rond de patiënt. Verder vermelden een aantal ook de hulpvraag van de patiënt en de hulpvraag van de huisarts, aangezien die soms verschillend kunnen zijn. Tot slot zou het ook zinvol zijn als de huisarts contactgegevens vermeldt of de manier hoe hij/zij feedback wenst te ontvangen over het traject bij de eerstelijnspsycholoog. Hoe dit in praktijk nu gebeurt, wordt verderop nog besproken. Een belangrijk punt bij deze verwijsbrieven is ook de transparantie voor de patiënt. Twee psychologen (interview 1 en 5) zijn van mening dat de patiënt de brief zou moeten kunnen lezen. Het is in psychologie van belang om een vertrouwensband op te bouwen. Dit gebeurt binnen een context waar de patiënt zich comfortabel moet kunnen voelen om te vertellen wat hij/zij wil, met opnieuw recht op privacy om bepaalde zaken niet te delen.

"Want een gesloten envelopje is, is een no-no. We proberen dat zoveel mogelijk te vermijden. Zien dat het dossier op zo'n manier opgesteld is dat de patiënt het oké vindt. Dat het netjes opgesteld is. Of dat het toch overlopen kan worden met de patiënt als de patiënt daar vragen bij heeft." (Interview 1)

Naast de praktische kant van de doorverwijzing, werd ook besproken **hoe terecht de doorverwijzingen** naar een eerstelijnspsycholoog zijn. Wat de huisartsen betreft, voelen ze zeker goed aan welke de kwetsbare patiënten zijn, waar het verlaagde remgeld een grote drempel wegneemt. Daarentegen lijken ze minder rekening te houden met de ernst van de problematiek. Het feit dat de eerstelijnspsychologische functie bedoeld is voor milde tot matige psychologisch klachten en geen ernstige klachten of psychiatrische beelden, is minder bekend bij huisartsen.

"Als ik een huisarts aan de telefoon heb die wil doorverwijzen, vraag ik ook altijd of ze bekend zijn met eerste lijn, tweede lijn. Ik denk dat ze altijd zeggen dat ze niet zijn." (Interview 2)

Andere redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld dat sommige mensen pas openstaan voor hulp als de problematiek al langer aansleept. Daarnaast is het voor huisartsen ook niet altijd evident om die inschatting te maken, in de beperkte tijd van een consultatie of als patiënten niet het volledige verhaal delen met hun huisarts. De meeste psychologen proberen minder geschikte doorverwijzingen wel terug te koppelen naar de huisartsen, zeker als het duidelijk een te ernstige problematiek betreft. Een aantal psychologen zijn dan ook van mening dat het in zo'n geval geen meerwaarde is om de patiënt naar een eerstelijnspsycholoog door te verwijzen. Anderen zien hier wel een rol weggelegd voor de eerstelijnspsycholoog. (Zie Sectie 3.2). Deze terugkoppeling loopt opnieuw vlotter bij een samenwerking binnen een huisartsenpraktijk. De investering om dit terug te koppelen lijkt wel te lonen, namelijk dat de doorverwijzingen gerichter worden.

Meestal zijn de doorverwijzingen van andere actoren binnen de gezondheidszorg terecht, al is daar ook veel geïnvesteerd in het informeren van de doorverwijzers. Dit gaat opnieuw opvallend vlotter als er een nauwere samenwerking is, zoals bijvoorbeeld bij de psycholoog werkzaam bij het CAW. Het onthaal doet daar een eerste filter en dankzij het eenvoudige overleg met de psycholoog loopt dat zeer goed. Bij anderen is er duidelijk nog werk aan een

goede triage in doorverwijzing naar een eerstelijnspsycholoog. Dit wordt vooral ook vermeld bij doorverwijzingen van de kruispunten. Voor deze instantie zijn de psychologen wat strenger omdat het een onderdeel van hun taak is om voor mensen de geschikte hulpverlenging te zoeken.

"Dat vind ik problematischer, omdat die in mijn ogen ook wel een opdracht daarin hebben te vervullen." (Interview 4)

3.2 Coördinatie van psychologische hulpvragen

Doorverwijzingen naar een eerstelijnspsycholoog zijn dus niet uitsluitend mensen met milde tot matige psychologische klachten. Ook patiënten met ernstige problematieken komen bij hen terecht. Sommige psychologen vinden echter doorverwijzing van deze laatste niet zinvol aangezien ze hen weinig kunnen bieden binnen de eerstelijnscontext. Het merendeel van de psychologen vindt echter dat ze ook hierin een rol te spelen hebben. Het is voor doorverwijzers namelijk niet altijd gemakkelijk om een **inschatting te maken van de ernst** van de problematiek. Veel psychologen ervaren zelf ook dat het niet evident is om daar al van bij het intake gesprek een goed zicht op te hebben. In sommige gevallen is één gesprek voldoende, maar vaak zijn meerdere gesprekken nodig om dit grondig in kaart te kunnen brengen. Over verloop van tijd komen er vaak nog zaken naar boven, waaruit dan blijkt dat er meer en intensievere therapie nodig is. Vele psychologen zijn dan ook van mening dat dit hun taak is om hiervan een inschatting te maken.

"Wat zijn de factoren die goed zitten? Wat kan ervoor zorgen dat die psychiatrische problematiek kan herstellen in mijn praktijk? Dat kan een huisarts toch niet allemaal in kaart gaan brengen. Daar heb je langdurige gesprekken voor nodig. Dus ik denk dat dat inderdaad iets is dat bij de psycholoog mag liggen." (Interview 6)

In een volgende stap gaan de psychologen dan op zoek welke vorm van hulpverlening het meest geschikt is. Ze bekijken of dit haalbaar is binnen de conventie, zo niet, naar waar ze verder doorverwijzen. Hierbij adviseren ze niet alleen de patiënten zelf, maar ook de doorverwijzers en andere actoren binnen de eerstelijnszorg. Soms krijgen de psychologen rechtstreeks vragen over waar ze iemand best naar kunnen doorverwijzen. Dit gebeurt vaak telefonisch. Naast een therapeutische functie, heeft de eerstelijnspsycholoog dus ook een grote **adviserende rol**. Dit vereist kennis van de sociale kaart, wat niet voor iedere psycholoog zo evident is. Hier zal verder nog op teruggekomen worden.

Tot slot hebben eerstelijnspsychologen ook een **ondersteunende rol** voor de patiënten in heel dit proces. Dit kan gaan over het faciliteren van een doorverwijzing, maar ook over het voorbereiden van een patiënt hierop. Sommigen zijn namelijk niet klaar om de stap naar verdere hulpverlening te zetten. Daarnaast zijn er, zoals verderop nog zal besproken worden, in de tweede lijn lange wachtlijsten. Dit maakt dat vele eerstelijnspsychologen zoekende zijn naar een manier om deze tijd te overbruggen. (Zie Sectie 3.5 en 4.4)

"Ik vind het geen probleem dat die doorverwezen worden naar mij. Vaak ben ik dan een brug naar. En als je die patiënten drie maanden alleen laat thuis wachten, dan gaat het alleen maar van kwaad naar erger." (Interview 1)

3.3 Terugkoppeling naar doorverwijzers

Binnen de samenwerking in de eerstelijnszorg, is communicatie natuurlijk ook van belang. Hier zal er wat dieper worden ingegaan op de visie van de psychologen over de **terugkoppeling naar de huisartsen**. De meerderheid van de psychologen geeft aan dat overleg met de huisarts vaak niet nodig is, zeker als het gaat over milde tot matige klachten. In de meeste gevallen loopt het goed zonder dat uitwisseling gebeurt tussen de zorgverleners. Soms geven patiënten aan dat de psycholoog contact mag opnemen met de huisarts, in de verdere opvolging. Indien de patiënt rechtstreeks door de huisarts werd doorverwezen, zij het telefonisch of met een verwijsbrief, zijn psychologen ook al meer geneigd om actief te gaan terugkoppelen naar de verwijzer. Een aantal psychologen krijgt soms een verwijzing met de expliciete vraag tot feedback over het traject. Daarnaast zijn er ook verschillende voorbeelden waar de psychologen overleg een grote meerwaarde (zouden) vinden voor de patiëntenzorg

Wanneer de problematiek ernstiger is, zijn er een aantal **redenen** waarom er vaker contact wordt genomen met de huisarts. Zo kan de psycholoog de doorverwijzer op de hoogte brengen dat de ernst van de problematiek vraagt om een verdere doorverwijzing naar de tweedelijnszorg en hierin suggesties geven. Verder nemen ze contact op met de huisarts wanneer de patiënt een arbeidsongeschiktheidsattest nodig heeft. Al proberen sommigen hierin de verantwoordelijkheid eerder bij de patiënt te leggen en die te ondersteunen en empoweren om zelf die vraag te stellen aan de huisarts. Daarnaast wordt er ook vaak contact gezocht met de huisarts als er somatische klachten zijn of de psycholoog met een aantal bezorgdheden zit. Tot slot is er vooral contact wanneer er zich acute crisissen voordoen en een patiënt kort opgevolgd moet worden. In dit laatste geval is meestal ook verdere uitbreiding van de hulpverlenging aangewezen.

"Ik denk niet dat er per se overlegd moet worden. Soms loopt het gewoon, iedereen doet zijn werk. Soms, bijvoorbeeld met burn-out, de cliënt zit thuis en wil verlenging of niet. Ja, eerstelijnshelpen is ook cliënt empoweren, van oké, je wil verlenging? Vraag het maar." (Interview 2)

Vele psychologen zijn nog zoekende in de beste manier om huisartsen te bereiken en het overleg efficiënt te organiseren. Voorbeelden waar dit zeer goed loopt, komen vooral van psychologen die werkzaam zijn in of verbonden aan een **huisartsenpraktijk**. De aanwezigheid in de praktijk en de persoonlijke band maken de drempel heel laag om vragen te stellen of te overleggen. Voor kleine zaken gebeurt dit vaak ook tussendoor. Sommigen plannen een langer overleg in, voor of na de consultaties. Bij één psycholoog werken ze met vaste overlegmomenten waar wekelijks alle patiënten worden overlopen die bij de psycholoog in opvolging zijn.

Communicatie met huisartsen buiten de eigen praktijk loopt toch wat stroever. De meeste psychologen proberen dit telefonisch te doen, wat vooral goed werkt bij dringende vragen. Voor minder dringende zaken is het vaak moeilijker om op geregelde basis te overleggen. Zowel de huisartsen als de psychologen zijn erg druk bezet. Daarbovenop komt dat psychologen vaak patiënten vanuit verschillende huisartsenpraktijken hebben, wat het organiseren van regelmatige contactmomenten bemoeilijkt. Dit is waarschijnlijk ook een van de redenen dat er vaak geen overleg plaatsvindt. Sommige psychologen werken ook via mail om de huisarts op de hoogte te houden. Anderen maken gebruik van de SILO-app, met succes. Via de app kunnen ze bondige berichten uitwisselen op elk tijdstip van de dag, binnen een beveiligde omgeving. Helaas zijn nog niet alle huisartsen te vinden via deze app en zijn

er ook nog velen die geen geverifieerd account hebben. Verder zijn er ook nog psychologen die brieven en verslagen sturen naar de huisartsen, waarbij ze zich de vraag stellen of deze wel effectief gelezen worden. Met de conventie is ook het **functioneel bilan** ingevoerd, bedoelt als communicatiemiddel met de huisartsen. Vele psychologen vinden dit echter nogal omslachtig. Er kruipt enerzijds veel tijd in om dit op te stellen. Anderzijds is het voor velen zoeken hoe ze dit tot bij de huisarts krijgen. Sommigen sturen het per post op of mailen het door, anderen drukken het af en geven het mee met de patiënt. In de meeste gevallen ook nog zonder resultaat of feedback vanuit de huisartsen. Het elektronisch doorsturen via de eHealthBox is nog niet in gebruik bij de meeste psychologen.

"Ik bel niet zo graag, omdat je daar echt tijd voor moet maken.
Ik merk wel dat de psychiatrische ziekenhuizen wel op die manier vooral communiceren.
Maar dat vraagt echt wel veel tijd, terwijl de huisartsen... Dat vind ik wel fijn, wij zitten dan zo soms te chatten bijna op SILO." (Interview 3)

3.4 Verbetering samenwerking binnen eerste lijn

In de communicatie met huisartsen en andere hulpverleners is er duidelijk nog heel wat verbetering mogelijk. Om hieraan te beantwoorden, geven een aantal psychologen de suggestie van een **nationaal platform** waarbinnen verslagen kunnen worden uitgewisseld tussen artsen en anderen hulpverleners. Waar opvolging of overleg zou kunnen worden aangevraagd. Waar ook specialisten toegang tot hebben en verslagen kunnen doorsturen, zodat psychologen deze ook rechtstreeks kunnen raadplegen en dergelijke verslagen niet meer via de huisarts moeten opvragen.

"Dat zou wel magnifiek zijn, echt een georganiseerd, gespecialiseerd platform voor hulpverleners, alle disciplines op één centraal netwerk, bijvoorbeeld ook met kinesisten en dergelijke... (Interview 2)

Een tweede punt ter verbetering van de samenwerking dat naar boven kwam in de interviews was het uitwisselen van kennis en ervaring, een vorm van **kruisbestuiving** over de beroepsgroepen heen. Dit zou enerzijds een hulp kunnen zijn voor huisartsen bij het detecteren van psychische problemen. Deze kunnen namelijk de onderliggende reden zijn van vage algemene klachten. Daarnaast kan psychische ondersteuning ook nuttig zijn bij patiënten die hun eigen klachten vaak minimaliseren. Anderzijds is er vanuit de psychologen vraag naar gemeenschappelijk richtlijnen en uitwisseling over de aanpak van psychische problemen. Bijvoorbeeld over medicatiegebruik, dat invloed kan hebben op de doeltreffendheid van een bepaalde therapievorm. Maar ook over de verschillende manieren hoe psychologen te werk gaan. Huisartsen denken vanuit het medisch model eerder diagnostisch en oplossingsgericht. Terwijl psychologie eerder iets procesmatig is, wat tijd vraagt en waar de werkrelatie tussen psycholoog en patiënt van groot belang is. Psychologen ervaren dat ze daar vaak niet op dezelfde lijn zitten als artsen, maar dat er langs beide kanten nog veel van elkaar te leren valt.

"Ik hoor mensen vertellen soms, dat ze zich precies wat afgevlakt voelen. En ja, als er geen emotie is, ja dan ben je niet bezig met therapie." (Interview 7)

3.5. Samenwerking met de tweedelijnszorg

Zoals eerder vermeld hebben eerstelijnspsychologen een coördinerende rol in het begeleiden van psychologische hulpvragen van patiënten. Daarbij hebben ze ook een taak in het doorverwijzen naar verdere hulpverlening wanneer dit nodig is. Dit gaat dan over begeleiding bij een niet-geconventioneerde psycholoog voor een langduriger traject of aanmelding bij een CGG. In sommige gevallen is het noodzakelijk om een mobiel crisisteam in te schakelen of zelfs om iemand te laten opnemen in het ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling. Alle eerstelijnspsychologen ervaren echter heel wat moeilijkheden om deze zorg te kunnen organiseren voor hun patiënten. Voornamelijk omdat ze hierbij stoten op de **lange wachtlijsten**. In sommige regio's lopen de wachtlijsten voor het CGG op tot wel twee jaar. Ook bij niet-geconventioneerde psychologen of psychiaters is het lang wachten vooraleer iemand er terecht kan.

"Als het dan randgevallen zijn die doorverwezen zouden moeten worden, maar er is nog geen plaats in psychiatrie of bij andere psychologen die een langer traject kunnen aanbieden, een diepgaander traject, dan zit ik met mijn rug tegen de muur." (Interview 1)

Naast de wachtlijsten is het ook opnieuw zoeken naar een goede manier van **communicatie** met de tweedelijnszorg. Sommigen geven een verslag mee als doorverwijzing. Vaak proberen ze ook telefonisch. Hier kruipt opnieuw veel tijd in om de juiste hulpverleners aan de lijn te krijgen. Het Mobiel Crisisteam en vele ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld alleen bereikbaar tussen de werkuren voor dergelijke aanmelding. Er is dan ook nog vaak overleg nodig vooraleer een intake kan gebeuren. In de andere richting wordt er weinig feedback gegeven over een begeleiding in tweedelijnszorg. Soms zijn er wel verslagen, maar die worden alleen naar de huisarts gestuurd en zijn tot hier toe niet toegankelijk voor eerstelijnspsychologen.

Tot slot is het ook moeilijk om patiënten in ambulante begeleiding bij een niet-geconventioneerde psycholoog te krijgen. Zoals eerder vermeld, omwille van lange wachtlijsten of patiëntenstop. Hier is dan een goede kennis van de **sociale kaart** in de omgeving nodig, om zicht te hebben op welke collega's er plaats hebben. Dit is voor veel psychologen erg zoeken en de beschikbare kanalen schieten hier te kort. Als oplossing hiervoor kunnen eerstelijnspsychologen ervoor kiezen om de patiënten zelf verder te begeleiden, na hun traject binnen de conventie, aan een **niet-geconventioneerd tarief**. Ook hier ligt echter weer een grote drempel. Vele patiënten behoren namelijk tot een lage socio-economische klasse en hebben weinig financiële middelen. Ze geven aan dat ze de kosten van deze begeleiding bij een psycholoog moeilijk of niet kunnen/willen betalen.

"Dat je mensen moet afwijzen, terwijl er eigenlijk geen andere optie is, of toch met zeer lange wachtlijsten. Of je moet naar de privé en daar betaal je veel meer. En als ze komen voor eerstelijns dan is het meestal iemand die dat niet kan betalen en dan is dat een heel moeilijke boodschap." (Interview 7)

4. Conventie psychologische zorg in de eerste lijn

4.1 Motivatie

De geïnterviewde psychologen hadden verschillende motivaties om in de ELP conventie in te stappen. De grootste reden was voor de meesten de **toegankelijkheid voor patiënten**,

waarbij de drempel enorm verlaagd wordt voor mensen om de stap naar psychologische hulp te zetten. Zo kunnen ze meer mensen helpen die anders misschien niet tot bij een psycholoog zouden geraken. Ook het feit dat het gaat om **kortdurende trajecten** bleek een pluspunt voor een aantal psychologen. Vooral omdat ze op die manier een groter aantal mensen bereiken en het werk zeer gevarieerd is. Verder is het **groepsaanbod** een meerwaarde, vooral nu ze beter betaald worden voor het werk dat erin kruipt. Tot slot is de **samenwerking** met andere hulpverleners in eerstelijnszorg een grote motivator. Hierin vermelden ze het vindplaatsgerichte en het nauw samenwerken in/met een huisartsenpraktijk. Ook het samenwerken met anderen partners, in bijvoorbeeld het geven van groepssessies en het vergroten van hun eigen netwerk dankzij de conventie.

4.2 Financiering

Bij de opstart van de conventie, als proefproject, liet het honorarium voor de eerstelijnspsycholoog duidelijk te wensen over. Voor een aantal psychologen was dit een drempel om toen al in de conventie te stappen. Sinds de laatste hervormingen zijn de psychologen wel zeer tevreden over hun verloning. Zowel voor individuele begeleiding als voor groepssessies hebben ze het gevoel dat ze eerlijk vergoed worden voor hun werk. Ze verdienen zelfs meer dan vele niet-geconventioneerde psychologen. Eén psycholoog maakte wel de kanttekening dat er voor een beginnende psycholoog nog weinig ruimte is om administratieve hulp zoals een secretaresse te kunnen inschakelen. Ook het samenwerken in een huisartsenpraktijk is een kostelijke zaak, omdat de huurprijzen daar een stuk hoger liggen dan elders.

"Zeker in het begin is dat echt moeilijk. En daar vallen er volgens mij ook heel veel van uit de boot. Dan ga je mensen hebben die dan eerder van thuis uit gaan werken. En dan heb je die versnippering terug. Terwijl als je dat gecentraliseerd gaat doen, zoals hier bijvoorbeeld een multidisciplinair team, zie je daar zo hard de voordelen van." (Interview 1)

Daarnaast hebben psychologen ook nog heel wat werk buiten de uren met patiëntencontact. Dit gaat dan bijvoorbeeld over administratie, opzoekwerk, overleggen met andere hulpverleners en overleg met het ruimere netwerk van de patiënt. Een aantal psychologen vinden dat dit allemaal vervat zijn in het honorarium dat ze voor de sessies met hun patiënten krijgen. Het is echter wel tijd die niet ergens geregistreerd kan worden als werk binnen de conventie. Daarnaast worden er ook verschillende intervisiemomenten georganiseerd en opleidingen waaraan ze deelnemen. Opnieuw tijd die ze niet aan patiënten zelf kunnen spenderen. Er kwam geen vraag van de psychologen om dit werk per se apart te gaan vergoeden, maar wel om dit ergens te kunnen registreren.

"En dan vind ik het spijtig dat ik niet gewoon kan zeggen of via software dan ergens kan aanduiden ik volg intervisie, supervisie voor mijn opleiding ofzo bijvoorbeeld. Dat dat ook gewoon vast ligt en dat het niet lijkt alsof ik niks doe." (Interview 1)

4.3 Ondersteuning vanuit de netwerken

De conventie voor eerstelijnspsychologen is nog relatief nieuw en de uitrol in de verschillende netwerken kan volgens verschillende psychologen nog op een aantal punten verbeteren. Ten eerste zijn er nog veel **onduidelijkheden** voor de psychologen, wat voor

frustraties zorgt. Dit gaat bijvoorbeeld over de manier waarop de verschillende netwerken met de psychologen communiceren. Elk netwerk heeft zo zijn eigen manier, wat zorgt voor een wildgroei van verschillende kanalen. Daarbovenop zijn de website die gebruikt worden vaak niet overzichtelijk genoeg en worden ze weinig up-to-date gehouden. Daarnaast is er ook onduidelijkheid over de vereisten waaraan de software, die psychologen gebruiken om hun patiëntengegevens veilig te bewaren, moet voldoen. Ook missen een groot aantal psychologen een duidelijke sociale kaart van de regio waarin ze werken om de samenwerking binnen de eerstelijnszorg en tussen verschillende eerstelijnspsychologen te verbeteren. Toch zijn er ook goede voorbeelden, van lokale initiatieven van eerstelijnspsychologen die via de SILO-app elkaar op de hoogte houden van het aanbod. Ze hebben daarbinnen ook een aparte groep van het netwerk zelf, waar informatie vlot gedeeld wordt.

"Ook de manier van, hoe kom je aan je informatie? Wat is er? Dat is heel verschillend. Ik heb dat in Antwerpen nog altijd niet door, hoe ik op de hoogte word gehouden van een aantal dingen." (Interview 4)

Een tweede verbeterpunt is ondersteuning bij het vinden van **vindplaatsen**. Ook hierin verschilt de aanpak van netwerk tot netwerk. Een aantal psychologen vinden het niet evident om zicht te krijgen op de noden van hun regio en hier een aanbod voor te voorzien. De reden hiervoor ligt deels bij het soms moeizame contact met een aantal instanties. Ze merken dat er bij heel wat organisaties nog maar weinig bekendheid is van de conventie en de meerwaarde van een eerstelijnspsycholoog. Het vergt een grote investering van psychologen om regionaal contacten te leggen en hun omgeving te informeren over de conventie. Een investering die vele psychologen moeilijk haalbaar zien gezien de grote vraag van patiënten die ze al krijgen. Opnieuw zijn er ook goede voorbeelden. Zo zijn er psychologenkringen die zeer nauw samenwerken en een gekende waarde zijn in de regio waar ze werken. In sommige netwerken nemen de coördinatoren hierin een actieve rol op om dit uit te bouwen.

"Bij netwerk Emergo heeft de netwerkcoördinator echt geholpen rond dat vindplaatsgericht. Die zijn echt naar vindplaatsen gegaan, hebben uitleg gegeven over de conventie. Degene die geïnteresseerd waren, daar werd een oproep voor gedaan. Wie heeft interesse voor daar of daar? En dat werkt natuurlijk." (Interview 4)

Tot slot zijn de meningen verdeeld over de **opleidingen** die voorzien worden, zowel vanuit de netwerken als de ELP Academie. Vele psychologen vinden het een luxe dat ze als zelfstandige zoveel opleidingen aangeboden krijgen vanuit de netwerken. Velen zijn enthousiast over het aanbod en de kwaliteit van de opleidingen. Een aantal vinden wel dat er veel nadruk wordt gelegd op basisprincipes, zoals het kop-model. Anderen vonden sommige opleidingen dan weer te oplossingsgericht, waar het procesmatige van therapie eigenlijk verloren gaat. Tot slot wordt er weinig aandacht besteed aan het samenwerken binnen de eerstelijnszorg en communicatie met huisartsen bijvoorbeeld.

"Ook naar opleidingen. Vormingen waarop we kunnen intekenen. Die zijn allemaal gratis. Intervisies worden aangeboden. Eigenlijk is het, vind ik, voor een zelfstandige bijna een luxe situatie." (Interview 3)

4.4 ELP kader

Instappen in de conventie betekent voor psychologen op een andere manier gaan werken. Zelfstandige psychologen zijn het gewoon zelf te bepalen hoe en hoeveel ondersteuning zijn of haar patiënten nodig hebben. Binnen de conventie wordt er echter een vast kader opgelegd, wat vaak een hele aanpassing vraagt in de werkwijze van de psycholoog. Voor een aantal was dit dan ook een drempel om zich te conventioneren. Ze hadden schrik om hun **autonomie** te verliezen. Daarnaast brengt het kader geen uitbreiding van de regie die de psycholoog kan voeren. Ze krijgen de taak om de coördinatie van psychologische hulpvragen op zich te nemen, maar uiteindelijk blijven ze afhankelijk van de huisartsen als het op arbeidsongeschiktheid of ondersteunende medicatie aan komt. Het is natuurlijk heel regio-gebonden hoe goed deze samenwerkingen dan loopt en hoeveel waarde de huisartsen hechten aan het advies van de eerstelijnspsychologen. Anderzijds maakt het eerstelijnswerken ook heel veel dingen mogelijk. In het vindplaatsgericht en *outreachend* werk kunnen psychologen hun eigen stempel drukken en hulpverlening gaan uitbouwen volgens hun visie, passend binnen de geest van de conventie.

"Het heeft een half jaar geduurd, denk ik voor ik was er overtuigd. Omdat ik wel wat schrik had van autonomie te verliezen." (Interview 6)

Binnen de conventie kunnen psychologen een individuele begeleiding in acht sessies aanbieden aan volwassenen, en in tien sessies aan kinderen en adolescenten tot 23 jaar. Een kleiner aantal psychologen kan ook een behandeltraject aanbieden van maximaal 20 sessies. De meeste psychologen zijn het eens dat dit voor een typisch ELP-traject, i.e. de begeleiding van milde tot matige klachten, kan volstaan. Een aantal vinden het beperkt **aantal sessies** juist een goede zaak. Het werkt activerend en doet mensen nadenken over wat ze willen bereiken op die tijd. Verder zorgt het ervoor dat er meer tijd tussen de sessies wordt gelaten, wat eigenlijk ook zeer zinvol blijkt. Daarnaast doet het psychologen nog meer samenwerken met andere hulpverlening in eerste lijn en wordt het zoeken naar alternatieven gestimuleerd. Dit kan dan gaan om bijvoorbeeld het groepsaanbod, maar ook alternatieven buiten de psychologie. Op deze manier worden de patiënten minder afhankelijk van de ondersteuning van de psycholoog en kunnen zij op hun beurt een groter aantal mensen helpen.

"En ik vind dat wel fijn, omdat je eigenlijk een kader krijgt waardoor je de cliënten niet te afhankelijk maakt van hun zorg. Dat je daar continu rekening mee houdt van welke hulp deze persoon nog baat bij kan hebben." (Interview 3)

Veel psychologen botsen echter op die beperking van het aantal sessies. Bij patiënten met milde tot matige klachten zouden soms toch enkele extra sessies nog zeer zinvol kunnen zijn. Sommige mensen hebben wat tijd nodig om een vertrouwensband op te bouwen met hun psycholoog voor ze tot een goede werkrelatie komen. Daarnaast is het soms ook nuttig om te overleggen met andere actoren of het netwerk van de patiënt, vooral bij kinderen en jongeren. Hierdoor blijven er dan minder sessies over voor individuele gesprekken en schiet het voorziene aantal wel tekort. Voor patiënten is het ook een moeilijke boodschap dat de begeleiding stopt, terwijl nog niet alles opgelost is.

Wanneer een doorverwijzing voor langere en intensieve hulp nodig is, worden de **tekorten in het zorglandschap** pijnlijk duidelijk. Vele psychologen komen zo in moeilijke situaties waarbij ze hulp willen bieden, maar ze dit niet kunnen. De wachtlijsten bij niet-geconventioneerde psychologen zijn lang en de kostprijs van ambulante therapie is hoog. Dit

is zeker voor de meest kwetsbaren, de lage socio-economische klasse, moeilijk haalbaar. Ook bij de CCG's en psychiaters lopen de wachtlijsten op. Het is voor vele psychologen echt zoeken hoe ze binnen het kader van de conventie deze mensen toch kunnen helpen. Een aantal proberen patiënten zelf op te volgen om te voorkomen dat de problematiek in tussentijd verder achteruit zou gaan. In sommige gevallen lukt het om op deze manier een brug te zijn naar verdere hulp, maar het aantal sessies dat ze kunnen bieden is vaak toch onvoldoende.

We kunnen die mens toch niet nog een keer acht maanden op de wachtlijst laten? Dus dan zeg je, kom maar bij mij. We zullen zien waar we raken. Om dan een paar gesprekken te bieden om die wachtlijst te overbruggen. Maar, zeer moeilijk." (Interview 2)

4.5 Uitbreiding van de conventie

Alle psychologen pleiten voor een verdere uitbreiding van de conventie de komende jaren. De vraag is bij iedereen groot. De drempel voor de patiënt ligt duidelijk lager, waardoor meer mensen de stap zetten om hulp te vragen. Zo worden de grote nood aan psychologische hulp in onze maatschappij en de aanwezige tekorten in de hulpverlening nog meer zichtbaar. De eerstelijnspsychologen voelen dat de conventie al een stap in de goede richting is, maar er is meer nodig. Enerzijds is er nood aan **meer psychologen** die zich conventioneren. Momenteel is er echter geen budget om nog niet-geconventioneerde psychologen deze kans te geven. Dit brengt ook een verdeeldheid mee binnen het landschap. Eerstelijnspsychologen horen van hun collega's dat het enorm wringt om hogere bedragen te vragen sinds de komst van de conventie. In de campagnes wordt er ook weinig aandacht gegeven aan het feit dat niet iedere psycholoog geconventioneerd kan werken. Daarbij zijn er ook heel wat eerstelijnspsychologen die zelf niet voltijds binnen de conventie kunnen werken. Zij vinden het ook zeer moeilijk om te bepalen wie van hun patiënten meer moet betalen. Ze pleiten dus voor een uitbreiding van het aantal uren per psycholoog en van het aantal geconventioneerde psychologen in Vlaanderen.

"Ik doe al mijn uren in de conventie, maar ik hoor wel van collega's die dat niet kunnen. Dat het wel heel stresserend is om dat onderscheid te moeten maken tussen wie mag wel en wie mag niet." (Interview 6)

Naast het aanbod vergroten, is er ook vraag naar **uitbreiding van het aantal uren** per patiënt, of toch meer flexibiliteit hierin voor de psycholoog. Dit om te vermijden dat patiënten niet voor slechts een aantal extra sessies opnieuw moeten zoeken naar een andere psycholoog. Daarnaast zou dit ook tegemoet komen aan de lange wachtlijsten voor tweede lijn hulpverlening. Volgens de psychologen zou het een grote meerwaarde bieden als ook in de eerstelijnszorg langere terugbetaalde trajecten mogelijk zijn. Een voorstel hierbij was om het remgeld iets te verhogen, omdat het volgens sommigen te laag is in vergelijking met wat patiënten ervoor krijgen. Verdere uitbreiding van de conventie is dus nodig. De hoop leeft dat in de toekomst alle psychologische hulpverlening terugbetaald zal worden in Vlaanderen.

"Ik vermoed dat het een soort trapsgewijze uitbouw is van het mogelijk maken voor mensen dat psychologische hulp ook terugbetaald wordt. Net zoals medische hulp. Daar ga ik wel vanuit. Voor de rest denk ik welke stap een minister of een beleid eerst voor kiest, dat maakt mij niet uit als het maar een volgende stap is." (Interview 4)

Discussie

Dit onderzoek bundelt ervaringen van eerstelijnspsychologen over hun werk binnen de ELP conventie. Deze conventie heeft onder andere als doel om de toegankelijkheid van psychologische zorg te verhogen. Volgens de eerstelijnspsychologen is hier duidelijk verbetering in gekomen. Dit enerzijds door de financiële drempel te verlagen en anderzijds door mentale gezondheid en psychologische hulpverlening meer onder de aandacht te brengen. Andere studies tonen ook aan dat dit voor veel mensen belangrijke drempels zijn in het zoeken naar psychologische hulp. Zeker bij jongeren is er minder kennis over mentale gezondheid en weten ze vaak niet waar ze met hun problemen terecht kunnen. (21) Ook voor ouders is het niet evident om mentale problemen bij hun kinderen te herkennen en/of de ernst ervan in te schatten. Daarbovenop is het ook voor hen een uitdaging om te weten waar ze hulp voor hun kinderen kunnen vinden. (22,23) Het blijft dus belangrijk om hierover voldoende te informeren. Daarnaast is er nog steeds taboe en stigma rondom mentale problemen, wat ook vaak gerapporteerd wordt als een drempel voor het zoeken naar hulp. Hieronder valt dan enerzijds het (on)begrip van de omgeving, ook wel het publieke stigma genoemd, en anderzijds ook de invloed van deze sociale normen op mensen hun eigen visie hierover. Jonge mannen beschouwen het niet als mannelijk om over mentale gezondheid te praten. Velen hebben het idee dat ze zelf hun problemen moeten oplossen en dat ze zwak zijn (of overkomen) als ze mentale hulp nodig hebben. (24) Ouderen hebben dan weer meer kennis over mentale gezondheid, maar ze gaan dit publieke stigma sneller internaliseren. (25,26) Meer begrip en ondersteuning van de omgeving en sociaal engagement kunnen ervoor zorgen dat mensen met mentale problemen minder eenzaam zijn en minder het gevoel hebben dat ze hun problemen zelf moeten oplossen. (23,25) Tot slot spelen ook minder goede ervaringen in het verleden met professionele hulp een rol. (23) Vooral bij jongeren en hun ouders is er bezorgdheid over het vertrouwen van een onbekende zorgverlener, meer specifiek ook over confidentialiteit en de kwaliteit van de behandeling. (21,22) Het is dus belangrijk om de kwaliteit van eerstelijnspsychologische hulpverlening te bewaken en de bevolking hierover te informeren. De nieuwe communicatiecampagne van het RIZIV ‘Laat ze zich niet nestelen’ in 2024 probeert om mensen meer bewust te maken van mentale gezondheidsproblemen en de mogelijkheden van geconventioneerde psychologische zorg. Overzichtelijke en betrouwbare informatie hierover is te vinden op de website spreekerover.be. (27) Er zijn echter patiëntengroepen die nog niet bereikt worden, waaronder de armen en anderstaligen. Naast het financiële, hebben ze vaak minder gezondheidsvaardigheden om mentale problematiek te herkennen en de weg naar hulp te vinden. (28) Er moet dus nog verder worden ingezet op het *outreachend* en vindplaatsgericht werken om ook deze mensen te bereiken. Dit kan enerzijds door meer ruimte te creëren bij de psychologen zelf om hier tijd in te kunnen investeren. Anderzijds is het zinvol om instanties die meer in contact komen met deze patiëntengroepen te gaan informeren over de meerwaarde van een eerstelijnspsycholoog en de psychologen te ondersteunen in het leggen van contacten met deze organisaties om een aanbod te kunnen uitbouwen.

Daarnaast is het ook belangrijk om andere hulpverleners in de eerste lijn te informeren over het bestaan van eerstelijnspsychologen en hun functie. Vele verwijzingen naar een eerstelijnspsychologen gebeuren door huisartsen. (23,29) Toch geven de eerstelijnspsychologen geven aan dat huisartsen nog meer geïnformeerd moeten worden over de exacte rol van een eerstelijnspsycholoog en over de ernst van de psychologische problematieken waarmee ze werken. De conventie geeft een vorm van erkenning aan het beroep van psycholoog, alsook een toename in samenwerking met andere zorgprofessionals. (23) Deze samenwerking loopt echter nog niet optimaal. Ten eerste is het zoeken naar een

goede manier om informatie uit te wisselen, elkaar op de hoogte te houden van zorgvragen en evolutie in een behandeltraject. Het functioneel bilan dat dit mogelijk zou moeten maken, lijkt in de praktijk niet te voldoen. De resultaten van de interviews liggen in lijn met de resultaten van de EPCAP-studie, waar er ook vraag is naar herziening van het doel en de functie van dit functioneel bilan. Daarnaast is het gebruik van de eHealthBox op dit moment ook nog te weinig ingeburgerd bij de eerstelijnspsychologen. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is de omslachtige installatieprocedure. Ze moeten namelijk steeds contact opnemen met de helpdesk van de Vlaamse Overheid om onder andere de juiste certificaten te kunnen installeren, waardoor heel wat psychologen afhaken. Een verduidelijking van deze procedure of een vereenvoudigde manier zou hier al een oplossing kunnen bieden. Er moet dus verder gezocht worden naar een efficiënte manier om informatie uit te wisselen tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen om zo de samenwerking te gaan verbeteren. Ten tweede is er nood aan een duidelijke sociale kaart, waar zowel doorverwijzers als eerstelijnspsychologen overzicht hebben van het aanbod in de omgeving. (23) Voor huisartsen is het ook vaak niet duidelijk wie er ELP zorg aanbiedt, wat een grote drempel is in doorverwijzing. (29) Ten derde er is vraag naar kruisbestuiving van kennis en ervaring met psychologische problemen. Deze uitwisseling loopt het vlotste wanneer eerstelijnspsychologen nauw samenwerken met huisartsen, bijvoorbeeld verbonden aan een huisartsenpraktijk. De eerstelijnspsychologen pleiten echter voor meer ondersteuning vanuit de netwerken of de conventie om dit te realiseren. Dit ligt in lijn met de resultaten in de EPCAP-studie. (23) Om deze samenwerking te verbeteren werd in 2024 de mogelijkheid gecreëerd om een Medisch Psychologisch Overleg (MPO) te organiseren. Het doel van dit overleg is om de multidisciplinaire samenwerking te gaan versterken en ook te bekijken hoe dit in praktijk het best vorm kan krijgen. Daarnaast dient het ook om ervaringen te delen en goede afspraken te maken. Materiaal om dit in goede banen te leiden werd ontwikkeld door Vivel, in samenwerking met Domus Medica, Vlaamse Vereniging Klinische Psychologen (VVKP), ELP academie, CAW en Huis voor Gezondheid. (30)

Naast de vraag voor meer ondersteuning is er duidelijk wel tevredenheid bij de eerstelijnspsychologen over de financiële vergoeding binnen de conventie. Dit was bij het begin van de conventie wel anders, waardoor initieel weinig psychologen zich wilden conventioneren. Hierdoor was het toen moeilijk om beroep te doen op een eerstelijnspsycholoog, met lange wachtlijsten tot gevolg. Deze lange wachttijd resulteerde dan weer in een drempel voor de huisartsen om patiënten door te verwijzen. (29) Dankzij de betere financiering en goede ervaringen van collega’s is het aantal eerstelijnspsychologen flink toegenomen de laatste jaren. Zo waren er in januari 2025 al 6335 eerstelijnspsychologen actief in België, wat bijna een verdrievoudiging is op drie jaar tijd. (31)

Een andere drempel om in te stappen in de ELP conventie was voor velen het kader van de conventie en verlies aan autonomie, waaronder het beperkt aantal sessies per patiënt. De geconventioneerde eerstelijnspsychologen ondervinden echter dat voor een typisch ELP-traject het voorziene aantal sessies volstaat en dat veel patiënten er effectief baat bij hebben. Dit wordt ook zo bevestigd in de EPCAP-studie. Na een behandeling van zes maanden rapporteerden ze een afname van psychische stoornissen met acht procent en een daling van 25 procent van de ernst van de psychische problemen. Daarbij zagen ze ook een afname van het absenteïsme en het aantal dagen waarop patiënten niet kunnen functioneren, respectievelijk met 22 en 37 procent. Tot slot rapporteerden ze een toename van de veerkracht met tien procent. (23) Het is dus duidelijk dat er al heel wat kan bereikt worden op een beperkt aantal sessies van psychologische zorg. De eerstelijnspsychologen vermelden echter dat dit niet in alle gevallen volstaat. Een deel van de patiënten wordt namelijk nog

verder behandeld in additionele sessies aan niet-geconventioneerd tarief of moet worden doorgestuurd naar verdere ambulante of residentiële hulp. Dit blijkt ook uit de EPCAP-studie, waar tussen de tien en veertig procent van de patiënten nog verdere sessies volgt, na het traject binnen de conventie. (23) Het is echter geen vanzelfsprekendheid, omwille van de vaak zwakke socio-economische status van patiënten die bij een eerstelijnspsycholoog komen. In combinatie met de lange wachtlijsten maakt dit de doorverwijzing naar tweedelijnszorgverlening vaak moeilijk. Volgens de cijfers van het Vlaamse Departement Zorg is er de laatste jaren wel een afname in het gemiddeld aantal dagen tussen een aanmelding bij een CCG en het eerste contact met een hulpverlener. In 2021 bedroeg dit 51 dagen, in 2022 waren dit nog 41 dagen en in 2023 daalde dit verder tot 39 dagen. (32) De ELPF lijkt hier dus wel verbetering in te brengen, maar het huidige aanbod is nog ontoereikend voor de grote vraag. Er is nood aan meer geconventioneerde psychologen en een uitbreiding van hun aantal uren zodat ze voltijds binnen de conventie kunnen werken. Dit zou tegemoet komen aan de ethische dilemma's bij het beslissen wie binnen de conventie kan geholpen worden en wie niet. Dit zou ook meer ruimte creëren voor preventie en het *outreachend* werken in de gemeenschap. Daarnaast is er ook uitbreiding nodig van het aantal uren per patiënt. Dit zou meer autonomie aan de eerstelijnspsycholoog geven om in te schatten hoeveel ondersteuning iemand nodig heeft en hier flexibeler mee te kunnen werken. Zo kunnen ze beter inspelen op de noden van de patiënten en de lange wachtlijsten naar verdere hulpverlenging overbruggen. Dit zou ook zorgen voor minder frustraties en gevoelens van hulpeloosheid bij de zorgverleners. Er moet gestreefd worden naar een verdere uitbreiding van de eerstelijnszorg, alsook een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn, met meer transparantie en communicatie. Tot slot moet er verder onderzocht worden hoe de tweedelijnszorg gerichter en efficiënter kan worden ingezet om een getrapt systeem van terugbetaalde psychologische zorg te kunnen realiseren dat een antwoord biedt op de grote vraag. (28)

Limitaties

Dit onderzoek beschrijft de ervaringen van een aantal eerstelijnspsychologen in Vlaanderen, met enkele limitaties verbonden aan de opzet ervan. Ten eerste is er een belangrijke selectiebias. Hoewel alle netwerken in Vlaanderen werden aangeschreven om de deelnemersbrief te verspreiden onder hun eerstelijnspsychologen, hebben sommige netwerkcoördinatoren hier echter niet of negatief op geantwoord. Hierdoor hebben een heel deel van de eerstelijnspsychologen geen uitnodiging ontvangen. De deelnemende eerstelijnspsychologen zijn werkzaam in slechts 5 verschillende netwerken. Binnen de aangeschreven eerstelijnspsychologen is er ook kans op een vorm van selectiebias, waarbij bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen met een sterke mening of vooral positieve of negatieve ervaringen reageren. Ten tweede zijn er enkele vormen van bias verbonden aan het uitvoeren van interviews. Zo is er kans op interviewer bias, welke we probeerden te beperken door gebruik te maken van een vooropgestelde interview guideline. Daarnaast is er ook de mogelijkheid van respondent en recall bias bij de eerstelijnspsychologen. Tot slot zijn we ons ook bewust van het interviewer en Hawthorne effect, waarbij de aanwezigheid van de interviewer en het feit dat ze opgenomen worden invloed kunnen hebben op hun antwoorden.

Besluit

De eerstelijnspsychologische functie verhoogt de toegankelijkheid voor de psychologische hulpverlenging voor patiënten, dankzij de verlaging van de financiële drempel en het meer onder de aandacht brengen van mentale problematiek. Het is belangrijk om mensen hierover te blijven informeren om andere drempels zoals taboe en (persoonlijk) stigma tegen te gaan. De eerstelijnspsychologen ervaren deze bereikbaarheid als een zeer grote meerwaarde en belangrijk doel van de conventie. Dit geldt ook voor de samenwerking met andere actoren binnen de eerstelijnszorg, wat een grote meerwaarde betekent voor patiëntenzorg. Er is echter nog werk aan de praktische uitrol van deze samenwerking met de huisartsen. Het huidige functioneel bilan is ontoereikend om goede communicatie en overleg onderling te bewerkstelligen. Daarnaast moet er nog verder geïnvesteerd worden in het informeren van doorverwijzers over de rol van de eerstelijnspsycholoog. Een MPO is al een eerste stap in het concreter uitwerken van de samenwerking op lokaal niveau. Daarnaast is er nood aan een overzichtelijke sociale kaart van de beschikbare hulpverlening op grotere schaal om de opties binnen het zorglandschap goed te kunnen benutten. Het kader van de conventie biedt al heel wat mogelijkheden om milde en matige psychologische klachten op te vangen en te behandelen binnen een beperkt aantal sessies. Veel eerstelijnspsychologen botsen voor sommige patiënten op de beperkingen hiervan, aangezien dat verdere niet-geconventioneerde hulpverlening een hogere kostprijs alsook lange wachtlijsten met zich meebrengt. Daarnaast zijn ook het aantal plaatsen in de CCG's en tweedelijnszorg beperkt. Daarom is er nood aan verdere uitbreiding van het aantal geconventioneerde eerstelijnspsychologen, evenals van het aantal terugbetaalde uren per patiënt, om meer hulp te kunnen binnen vanuit de eerste lijn. Daarnaast moet er een betere samenwerking met en doorstroming naar de tweede lijn worden nagestreefd om een efficiënt getrapt systeem van terugbetaalde psychologische zorg in Vlaanderen uit te bouwen dat een antwoord biedt op de grote vraag.

Bronnen

1. Huber M, André Knottnerus J, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343;d4163.
2. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2):476–93.
3. Bruffaerts R. De mythes voorbij. Het public health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet-Icuro. 2021;
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382:1575–86.
5. 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 [Internet]. 2022;9:137–50. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3
6. Eurostat. Which EU countries had the highest GDP in 2019 ? [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 26]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200508-1
7. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. eClinicalMedicine. 2022;54:101675.
8. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. (Positieve) Geestelijke Gezondheid: Cijfers [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 26]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers
9. Van Audenhove C, Scheerder G. Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg. Eindrapport Werkgroep 6: Geestelijke gezondheidszorg. Antwerpen; 2010.
10. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. Psychol Med. 2017;47:414–25.
11. Guidi J, Fava GA. Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021;78(3):261–9.
12. De Grave J, De Jonghe I, Demunter S, Ghekiere A, Excelmans E, Hoefnagels G, et al. Wachten op psychische hulp: De lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. 2020.
13. IMC Volksgezondheid. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken [Internet]. 2010. p. 1–38. Available from: http://www.psy107.be/site/site.asp
14. Van Hoof E. De eerstelijnspsycholoog: Eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis [Internet]. 2015. Available from: http://www.vvkp.be/sites/default/files/pdfs/nota_eerstelijnspsychologie_11032015_layout.pdf
15. Coppens E, De Jaegere V, Mestdagh A, Neyens I, Vranken R, Van Audenhove C. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Leuven; 2015.
16. ELP-Academie. Permanente vorming Eerstelijnspsychologische Zorg [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 31]. Available from: https://www.elp-academie.be/permanente-vorming-eerstelijnspsychologische-zorg
17. Steffen M, Morsink S. Verslag - Opstart terugbetaalde eerstelijns psychologische zorg - Periode 2019. 2020.

18. RIZIV. Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het netwerk geestelijke gezondheid [Internet]. Brussel; 2021. Available from: https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/klinisch-psycholoog/Paginas/eerstelijns-specialistische-psychologische-zorg-netwerken-geestelijke-gezondheidszorg.aspx
19. VVKP. Stand van zaken RIZIV - conventie " Financiering psychologische functies in de eerstelijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden ". [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 31]. Available from: https://vvkp.be/nieuws/stand-van-zaken-riziv-conventie-financiering-psychologische-functies-de-eerstelijn-netwerken
20. VVKP. Bevraging Conventie 2.0: de resultaten samengevat [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 31]. Available from: https://vvkp.be/nieuws/bevraging-conventie-20-de-resultaten-samengevat
21. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka G, Polly B. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems ? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2021;30(2):183–211. Available from: https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4
22. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, Brien DO, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents ? A systematic review of qualitative and quantitative studies. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(6):623–47.
23. Jansen L, Glowacz F, Kinard A, Bruffaerts R. Eerstelijnspsychologische zorg in België: Wetenschappelijke evaluatie en aanbevelingen tot een duurzame integratie in de Belgische gezondheidszorg [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/eindverslag_studie_eerstelijnpsycholigische_zorg_rapport_final_psychologie_premiere_ligne.pdf
24. Sheikh A, Payne C, Stephen C, Ben L, June C. Why do young men not seek help for affective mental health issues ? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2025;34(2):565–83. Available from: https://doi.org/10.1007/s00787-024-02520-9
25. Mackenzie CS, Pankratz L. Perceived Need , Mental Health Literacy , Neuroticism and Self- Stigma Predict Mental Health Service Use Among Older Adults. Clin Gerontol [Internet]. 2025;48(1):161–74. Available from: https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2058440
26. Mackenzie CS, Heath PJ, Vogel DL. Age differences in public stigma , self - stigma , and attitudes toward seeking help : A moderated mediation model. J Clin Psychol. 2019;75(12):2259–72.
27. RIZIV. Spreek erover [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 31]. Available from: spreekerover.be
28. Rens E, Dom G, Remmen R, Michielsen J, Broeck K Van Den. Unmet mental health needs in the general population : perspectives of Belgian health and social care professionals. Int J Equity Health. 2020;19(169):1–10.
29. Smolders H. Hoe ingeburgerd is de eerstelijnspsychologische functie bij Vlaamse huisartsen? [Masterproef]. [Leuven]: KULeuven; 2022. 32p. Available from https://www.icho-info.be/application/content/downloadthesis/id/2825
30. Vivel. RIZIV conventie psychologische zorg in de eerste lijn [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 31]. Available from: https://www.vivel.be/thema/elp/

31. Nationaal Intermutualistisch College. Nationaal Intermutualistisch College (NIC) - Dashboard MHC [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 31]. Available from: https://sites.google.com/a/mycarenet.be/web/algemene-diensten/mental-health/dashboard-mhc
32. Departement Zorg. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://www.departementzorg.be/nl/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg

Appendix 1: interview guideline

1. Hoe vindt u het om te werken als eerstelijnspsycholoog?

2. Wat was/is uw motivatie om als eerstelijnspsycholoog te werken/de opleiding tot eerstelijnspsycholoog aan te vatten?

3. Welke drempels ervaart u om als klinisch psycholoog (deeltijds) een eerstelijnspsychologische functie op te nemen?
    a. Wat vindt u van de opleiding voor klinisch psychologen om zich te bekwamen in de eerstelijnspsychologische functie?
    b. Wat vindt u van het financieringsmodel voor deze beroepstitel?

4. Hoe verloopt de samenwerking met andere actoren in de eerste lijn? En in het bijzonder met de huisartsen?
    a. Hoe vindt u dat de samenwerking met de huisarts best zou verlopen? En hoe lukt dit in praktijk?
    b. Wat vindt u van de doorverwijzingen die u krijgt? Wat zou hier aan kunnen verbeteren?
    c. In hoeverre en hoe slaagt u erin om terug te koppelen of te overleggen over het traject van een patiënt naar/met diens huisarts? Wat zijn voor u de voor-en nadelen hiervan?

5. Wat vindt u van de patiënten profielen die zich aanmelden voor psychologische ondersteuning bij u als eerstelijnspsycholoog?
    a. Vinden mensen de weg naar de eerstelijnspsycholoog? Merkt u verschillen ifv socio-economische status of culturele achtergrond van patiënten? Slaagt de ELPF erin om de drempel tot psychologische hulp te verlagen? Wat zijn hiervoor redenen volgens u? En wat zou hier nog aan kunnen verbeteren?
    b. Wat vindt u van de ernst van de mentale problematiek waarmee patiënten presenteren bij u en de behandeling die u als eerstelijnspsycholoog voor kan aanbieden?
    c. Wat vindt u van het aantal sessies dat vanuit het RIZIV voorzien wordt? Is dit voldoende om deze problematieken aan te pakken of om een geschikt zorgaanbod uit te werken?

6. Hoe verloopt de samenwerking met de tweede lijn binnen de geestelijke gezondheidszorg?

Appendix 2: Goedkeuring Ethische Commissie

KU LEUVEN

UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49 O&N II – BUS 706
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP028870
Uw kenmerk: Masterproef studie: Ervaringen van eerstelijnspsychologen over hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met de huisarts
Leuven, 19-12-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Dr Nicolas Delvaux
Geachte Geertrui Van Diest

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 19-12-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Deze studie doelt na te gaan wat de (toekomstige) eerstelijnspsychologen zelf vinden van de ELPF, hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met andere actoren in de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen. Achtergrond: In 2021 werd een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) conventie gemaakt, met als doel meer capaciteit en deskundigheid toe te voegen aan de eerste lijn en een meer getrapt zorgsysteem in te richten. Na rondvraag bleek echter minder dan de helft van de bevraagde psychologen te willen aansluiten bij deze conventie. De studie zal met behulp van interviews en/of focusgroep gesprekken met zowel eerstelijnspsychologen als klinisch psychologen die momenteel de opleiding Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Semi-gestructureerde interviews, zowel op individuele basis als in focusgroepen van maximaal 12 participanten. Wanneer de persoon toezegt zal hij/zij de vraag krijgen of hij/zij wenst deel te nemen in de vorm van een individueel interview of deel uit te maken van een focusgroep. De geïnformeerde toestemming wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. ICF vermeld dat er audio- en/of video-opnames zullen worden gemaakt. Duur: ongeveer één en anderhalf uur in beslag nemen. Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. Rekrutering: via mail contact opnemen met de coördinatoren van de verschillende zorgnetwerken in Vlaanderen om de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek via mail te verspreiden onder de eerstelijnspsychologen werkzaam in hun zorgnetwerk. Deze contactgegevens zullen verzameld worden via de websites van de Vlaamse zorgnetwerken. Daarnaast zal de student ook contact opnemen met de contactpersonen van de ELP Academie, om de uitnodiging tot deelname te verspreiden via mail onder de klinisch psychologen die momenteel de Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Deze contactgegevens zullen verkregen worden via de website van de ELP Academie. Privacy and storage is voldoende uitgewerkt. Er zijn geen bezwaren tegen deze studie.

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 10-12-2023 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: MP028870
Your reference: Master's thesis study: Ervaringen van eerstelijnspsychologen over hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met de huisarts
Leuven, 19-12-2023

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Dr Nicolas Delvaux
Dear Geertrui Van Diest

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 19-12-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Deze studie doelt na te gaan wat de (toekomstige) eerstelijnspsychologen zelf vinden van de ELPF, hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met andere actoren in de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen. Achtergrond: In 2021 werd een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) conventie gemaakt, met als doel meer capaciteit en deskundigheid toe te voegen aan de eerste lijn en een meer getrapt zorgsysteem in te richten. Na rondvraag bleek echter minder dan de helft van de bevraagde psychologen te willen aansluiten bij deze conventie. De studie zal met behulp van interviews en/of focusgroep gesprekken met zowel eerstelijnspsychologen als klinisch psychologen die momenteel de opleiding Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Semi-gestructureerde interviews, zowel op individuele basis als in focusgroepen van maximaal 12 participanten. Wanneer de persoon toezegt zal hij/zij de vraag krijgen of hij/zij wenst deel te nemen in de vorm van een individueel interview of deel uit te maken van een focusgroep. De geïnformeerde toestemming wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. ICF vermeld dat

er audio- en/of video-opnames zullen worden gemaakt. Duur: ongeveer één en anderhalf uur in beslag nemen. Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. Rekrutering: via mail contact opnemen met de coördinatoren van de verschillende zorgnetwerken in Vlaanderen om de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek via mail te verspreiden onder de eerstelijnspsychologen werkzaam in hun zorgnetwerk. Deze contactgegevens zullen verzameld worden via de websites van de Vlaamse zorgnetwerken. Daarnaast zal de student ook contact opnemen met de contactpersonen van de ELP Academie, om de uitnodiging tot deelname te verspreiden via mail onder de klinisch psychologen die momenteel de Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Deze contactgegevens zullen verkregen worden via de website van de ELP Academie. Privacy and storage is voldoende uitgewerkt. Er zijn geen bezwaren tegen deze studie.

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 10-12-2023 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.

Appendix 3: Goedgekeurd protocol

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

Template 2022.12

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A (SEMI-)STRUCTURED INTERVIEW

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	Ervaringen van eerstelijnspsychologen over hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met de huisarts
Version 1: Date submission	Date:30/11/2023
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.

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

Template 2022.12

Principal Investigator – Promotor	**Name: Delvaux Nicolas**
	Telephone: +3216379885
	E-mail: nicolas.delvaux@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: /**
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ☐ NO ☐	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Van Diest Geertrui**
	Student number: r0662768
	Telephone: +32470471622
	E-mail: geertrui.vandiest@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 vormen een substantieel aandeel van de gezondheidsproblematiek in het algemeen. Volgens Zorgnet Icuro zou 1 op 3 Belgen psychische klachten ervaren. Bevolkingsstudies tonen echter aan dat voor vaak voorkomende en behandelbare mentale gezondheidsproblemen slechts 43% van de volwassenen en 31% van de jongeren professioneel wordt behandeld. (1) Oorzaak hiervoor is onder meer de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in België. Deze is historisch gegroeid vooral zeer gespecialiseerd en geïnstitutionaliseerd, wat ze zeer kostelijk maakt en ontoereikend voor de grote vraag. (2) In 2010 werd een conferentie eerstelijnsgezondheidszorg georganiseerd om hier verandering in te brengen. Dit resulteerde in de invoering van een eerstelijnspsychologische functie (ELPF), met als doel meer capaciteit en ggz-deskundigheid toe te voegen aan de eerste lijn en een meer getrapt zorgsysteem in te richten. (3) De initiële proefprojecten werden uitgebreid tot een grootschalig project verspreid over 107 netwerken in Vlaanderen waar de ELPF wordt uitgerold. (4) In 2021 keurde het RIZIV een overeenkomst goed met de netwerken geestelijke gezondheid over de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. (5) Na rondvraag bleek echter minder dan de helft van de bevraagde psychologen te willen aansluiten bij de conventie. (6)

3. STUDY OBJECTIVES

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

In deze masterproef willen we nagaan wat de (toekomstige) eerstelijnspsychologen zelf vinden van de ELPF, hun plaats binnen het zorglandschap en de samenwerking met andere actoren in de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen. Dit onderzoek zal gebeuren aan de hand van interviews en/of focusgroep gesprekken met zowel eerstelijnspsychologen als klinisch psychologen die momenteel de opleiding Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Aan de hand van deze resultaten hopen we andere klinisch psychologen verder te informeren en bij te dragen aan de optimalisatie van de ELPF in Vlaanderen.

4. RESEARCH METHOD

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

Dit onderzoek zal uitgevoerd worden aan de hand van semi-gestructureerde interviews, zowel op individuele basis als in focusgroepen van maximaal 10 participanten. (Zie Annex 2 voor de

interview guideline). Bij aanmelding voor deelname aan het onderzoek zal de vraag gesteld worden op welke manier de participant wenst deel te nemen.

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: klinisch psychologen die deeltijds of voltijds een eerstelijnspsychologische functie uitoefenen in Vlaanderen of die op moment van rekrutering de Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen

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 re-identification.

Op basis van de beschikbare gegevens van de netwerken geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen zijn er in 2023 zo'n 2600 eerstelijnspsychologen. Voor dit onderzoek zullen we interviews afnemen en/of focusgroep gesprekken voeren tot er geen nieuwe elementen meer naar boven komen in de antwoorden. Verwacht zal dit liggen rond een 12-tal deelnemers. Indien blijkt dat we dan nog geen datasaturatie bereiken zal dit aantal opgedreven worden.

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 the informed consent form.

De student zal via mail contact opnemen met de coördinatoren van de verschillende zorgnetwerken in Vlaanderen om de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek via mail te verspreiden onder de eerstelijnspsychologen werkzaam in hun zorgnetwerk. Deze contactgegevens zullen verzameld worden via de websites van de Vlaamse zorgnetwerken. Daarnaast zal de student ook contact opnemen met de contactpersonen van de ELP Academie, om de uitnodiging tot deelname te verspreiden via mail onder de klinisch psychologen die momenteel de Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg volgen. Deze contactgegevens zullen verkregen worden via de website van de ELP Academie. De deelnemers zullen dus via mail uitgenodigd worden tot deelname aan de studie. Indien onvoldoende respons wordt bekomen met bovenstaande methode, zullen in tweede tijd de

student en haar promotor hun persoonlijke connecties uitnodigen tot deelname aan de studie via mail of telefoon.

Wanneer de persoon toezegt zal hij/zij de vraag krijgen of hij/zij wenst deel te nemen in de vorm van een individueel interview of deel uit te maken van een focusgroep. Op basis van diens keuze wordt verder concreet afgesproken. Voor een individueel interview zal onmiddellijk een moment afgesproken worden waarop dit zal plaatsvinden. Indien een participant wenst deel te nemen aan een focusgroep gesprek, zal hij/zij op een lijst geplaatst worden. Wanneer meerdere participanten zich aanmelden voor een focusgroep, zal via Doodle naar een gezamenlijk moment hiervoor worden gezocht, met een maximum van 10 participanten per focusgroep.

De geïnformeerde toestemming (ICF, toegevoegd als annex) wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven 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, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook wordt in het ICF expliciet vermeld of er al dan niet audio- en/of video-opnames zullen worden gemaakt tijdens het interview of het focusgroep gesprek. Bij de start van het interview of het focusgroep gesprek zal de onderzoeker de ICF nogmaals samen met de deelnemer(s) overlopen. Enkel wanneer de deelnemer(s) instemmen met het interview of het focusgroep gesprek en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker via e-mail of op papier, zal het interview of het focusgroep gesprek van start gaan. Zowel in de ICF als bij de start van het interview of het focusgroep gesprek 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 het interview of het focusgroep gesprek op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audio- en/of videofragmenten - van niet afgeronde interviews of focusgroep gesprek zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

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.

De studie zal starten na goedkeuring van de ethische commissie en zal lopen tot weinig tot geen nieuwe informatie verkregen wordt bij het afnemen van verdere interviews. Verwacht einde in juni 2024.

De interviews en focusgroep gesprekken zelf zullen respectievelijk ongeveer één en anderhalf uur in beslag nemen.

6. ANALYSIS

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

<u>Interviews</u>

De data verkregen door middel van deze interviews zal geanalyseerd worden volgens het QUAGOL, Qualitative Analysis Guide of Leuven, framework. Hierbij worden de interviews

eerst op basis van de opname getranscribeerd. Deze informatie wordt dan samengevat in een beschrijving van de verhaallijn doorheen elk individueel interview apart. Deze concrete ervaringen worden dan omgezet in concepten, waarbij telkens ook terug gereflecteerd wordt of deze concepten aansluiten bij de oorspronkelijke data. Uiteindelijk zal een lijst van overkoepelende concepten worden opgesteld, waaraan codes worden toegewezen. Nadien zal alle oorspronkelijke data gelinkt worden aan een van deze codes. Op basis hiervan zal een analyse gemaakt worden met een beschrijving van deze concepten, hun betekenis, hun dimensies en karakteristieken. Deze analyse wordt nadien samengebracht in een betekenisvol geheel als antwoord op de onderzoeksvraag.

Focusgroepen

De data verkregen door middel van deze focusgroepen zal geanalyseerd worden volgens het QUAGOL, Qualitative Analysis Guide of Leuven, framework. Hierbij worden de focusgroep gesprekken eerst op basis van de opname getranscribeerd. Deze informatie wordt dan samengevat in een beschrijving van de verhaallijn doorheen elk focusgroep gesprek apart. Deze concrete ervaringen worden dan omgezet in concepten, waarbij telkens ook terug gereflecteerd wordt of deze concepten aansluiten bij de oorspronkelijke data. Uiteindelijk zal een lijst van overkoepelende concepten worden opgesteld, waaraan codes worden toegewezen. Nadien zal alle oorspronkelijke data gelinkt worden aan een van deze codes. Op basis hiervan zal een analyse gemaakt worden met een beschrijving van deze concepten, hun betekenis, hun dimensies en karakteristieken. Deze analyse wordt nadien samengebracht in een betekenisvol geheel als antwoord op de onderzoeksvraag.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. pseudonymisation or anonymization), how the data is safely stored, how the data is safely shared and what will happen to the data at the end of the project.

Interviews

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 interview informatie worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Bij het afnemen van interviews via online-meetings zullen er ook beelden worden gemaakt. De opgenomen interviews zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker. De interviewopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd. Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken student. 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. Zo niet, 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 met de transcripties 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.

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: .....

<u>Focusgroepen</u>

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van gesprekken in focusgroepen informatie worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens deze gesprekken vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Bij het voeren van deze gesprekken via online-meetings zullen er ook beelden worden gemaakt. De opgenomen gesprekken zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker. De gespreksopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd. Transcripties van de gesprekken zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de gesprekken worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken student. 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. Zo niet, 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 met de transcripties 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.

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: .....

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. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data 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 use **anonymisation** or **pseudonymisation** in order to limit the risks of data leaks and data loss.*
- *If pseudonymisation is used, he/she will treat the pseudonymisation **key** or the **encryption table** containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the **same confidentiality** as the original data. He/she will **never store the key or***

***encryption table at the same device** (e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the pseudonymised data.*

- *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*

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

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. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

*When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. **No separate privacy application should be submitted for this type of studies.***

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 ICF 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. Nicolas Delvaux

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

1. Bruffaerts R. De mythes voorbij. Het public health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet-Icuro. 2021;
2. IMC Volksgezondheid. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken [Internet]. 2010. p. 1–38. Beschikbaar op: http://www.psy107.be/site/site.asp
3. Van Audenhove C, Scheerder G. Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg. Eindrapport Werkgroep 6: Geestelijke gezondheidszorg. Antwerpen; 2010.
4. Steffen M, Morsink S. Verslag - Opstart terugbetaalde eerstelijns psychologische zorg - Periode 2019. 2020.
5. RIZIV. Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het netwerk geestelijke

gezondheid [Internet]. Brussel; 2021. Beschikbaar op: https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/klinisch-psycholoog/Paginas/eerstelijns-specialistische-psychologische-zorg-netwerken-geestelijke-gezondheidszorg.aspx

6. VVKP. Bevraging Conventie 2.0: de resultaten samengevat [Internet]. 2022 [geciteerd 31 oktober 2023]. Beschikbaar op: https://vvkp.be/nieuws/bevraging-conventie-20-de-resultaten-samengevat

13. ANNEXES

1. *A template of the ICF has been developed and is available on https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten or https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en. This 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 **interview guideline**. An approval will not be given if an application doesn't contain the interview guideline.*

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)*

Appendix 4: Coderingsschema

