

Eerstelijns psychologische zorg in België: klinische kenmerken en zorggebruik

L. Jansen, F. Glowacz, C. Yurdadon, W. Voorspoels, A. Kinard, R. Bruffaerts

- Achtergrond** Met het doel de behandelkloof en de lange uitsteltijd tot het zoeken van behandeling voor psychische problemen te verkleinen werd eerstelijns psychologische zorg (ELP) toegevoegd aan de terugbetaalde ambulante geestelijke gezondheidszorg in België.
- Doel** In kaart brengen van de karakteristieken van de patiënten die behandeld werden binnen de maatregel tot terugbetaling van ELP.
- Methode** In totaal vulden 350 patiënten online een vragenlijst in aan het begin van hun ELP-behandeling binnen één van de 31 ggz-netwerken in België. Naast socio-demografische karakteristieken schatten we het voorkomen van psychische stoornissen volgens de DSM-5, suicidaliteit, reeds doorlopen zorgtrajecten, de uitsteltijd tot het zoeken van zorg en de redenen hiervoor.
- Resultaten** Bijna 90% van de behandelde patiënten screende positief op zowel een psychische stoornis (volgens de DSM-5) ooit in het leven als in de voorgaande 12 maanden. Ruim een derde ervoer reeds suicidale gedachten en/of gedrag. Voor 49,1% van de patiënten was de ELP-behandeling de eerste behandeling ooit binnen de geestelijke gezondheidszorg. De mediane uitsteltijd tot het zoeken van behandeling was 6 jaar.
- Conclusie** Met de nodige voorzichtigheid kunnen we stellen dat de ELP-populatie eerder lijkt op een poliklinische populatie die reeds langer bestaande psychische stoornissen heeft en vaak al eerder in behandeling is geweest. Daarmee is het de vraag of het ELP-aanbod wel aansluit bij de behandelde patiëntenpopulatie.

Bij het psychisch welzijn van de algemene bevolking staan twee zaken centraal. Ten eerste komen psychische stoornissen veel voor: in België heeft bijna 28% van de bevolking ooit in hun leven minstens één psychische stoornis gehad en 13% heeft die in de afgelopen 12 maanden gehad (Bonnewyn e.a. 2008). Ten tweede blijken mensen met psychische stoornissen vaak pas laat professionele hulp te zoeken hiervoor: slechts 43% zocht professionele hulp binnen 12 maanden (Bruffaerts e.a. 2007). Op lange termijn komt de meerderheid van personen met psychische stoornissen uiteindelijk wél in behandeling. De behandelkloof is dus veeleer een kwestie van uitstel van zorg. Gemiddeld duurt het in België 10-15 jaar vooraleer er effectief professionele hulp wordt ingeschakeld voor psychische stoornissen (Bruffaerts e.a. 2007; 2021).

Er hebben zich de afgelopen twee decennia twee grote verschuivingen voorgedaan in het Belgische zorglandschap wat betreft psychische stoornissen. Ten eerste

steeg de proportie personen dat effectief hulp zoekt met ongeveer 1% per jaar, en dat specifiek in laagdrempelige en eerstelijnszorg (Bruffaerts e.a. 2011). Ten tweede zijn de plaats en de rol van de klinisch psycholoog versterkt: met de ontwikkeling van een wettelijk kader voor de klinische psychologie in België is dit aandeel meer dan verdubbeld ten opzichte van het begin van de 20e eeuw (Bruffaerts 2021). Ook in het ggz-beleid zijn er de laatste jaren sterke veranderingen doorgevoerd: de zorg wordt vanaf 2011 georganiseerd in netwerken waarin een multidisciplinaire en geïntegreerde zorg-op-maat voor de patiënt wordt georganiseerd (www.psy107.be). De maatregel tot terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg, die op 1 januari 2019 in werking trad, past in dit kader.

Met de toevoeging van de eerstelijnspsychologie (ELP) aan de terugbetaalde ambulante ggz heeft men als centraal doel de behandelkloof en de lange uitsteltijd tot het zoeken van behandeling te verminderen en probeert

AUTEURS

Leontien Jansen, klinisch psycholoog en postdoctoraal onderzoeker, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Fabienne Glowacz, klinisch psycholoog en hoogleraar, Service de Psychologie clinique de la délinquance Unité de recherche Arch - Adaptation, Résilience et Changement, Université de Liège.

Claudio Yurdadon, statisticus, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Wouter Voorspoels, statisticus en postdoctoraal onderzoeker, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Annabelle Kinard, klinisch psycholoog en promovendus, Service de Psychologie clinique de la délinquance Unité de recherche Arch - Adaptation, Résilience et Changement, Université de Liège.

Ronny Bruffaerts, klinisch psycholoog en hoogleraar, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Correspondentie

Dr. Leontien Jansen (Leontien.jansen@kuleuven.be).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-06-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(9):595-603

men een sterke impuls te geven aan betere zorg voor de individuele patiënt met matig ernstige psychische problemen. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voorziet sinds 1 januari 2019 in terugbetaling van consultaties bij geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen voor maximaal 8 sessies per patiënt per kalenderjaar na doorverwijzing van een arts (www.inami.fgov.be).

Geconventioneerde wil zeggen: erkende klinisch psychologen en orthopedagogen (met masterdiploma klinische psychologie of orthopedagogiek en minimaal 3 jaar professionele ervaring) die zich verbinden aan de maatregel tot terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg, waarbij zij akkoord gaan met een minimum van 4 sessies/week, een vast tarief per sessie en maximaal 4-8 terugbetaalde sessies per patiënt/kalenderjaar. Verder volgen zij intervisie- en opleidingsmomenten binnen het eigen ggz-netwerk. Echter, er zijn geen vereisten inzake het volgen van opleidingen en cursussen om accreditatie te behouden, en daarom spreken we niet over geaccrediteerde klinisch psychologen/orthopedagogen.

De maatregel beoogt dat de patiënt snel vanuit de eerste lijn kan worden doorverwezen naar de ELP. Hoewel de ELP-conventie voorschrijft dat de doelgroep bestaat uit personen met matig ernstige psychische problemen die (nog) niet voldoen aan de diagnose psychische stoornis en nog niet of in zeer beperkte mate reeds behandeld werden, is het de vraag welke patiënten er daadwerkelijk worden behandeld in de ELP.

Tegen deze achtergrond is de Evaluation of Primary Care Psychology (EPCAP) opgezet, die een evaluatie voorziet van de maatregel tot terugbetaling van ELP (www.kuleuven.be/epcap). Voor de studie die wij in dit artikel beschrijven, gelden de volgende onderzoeksvragen:

- Welke patiëntenpopulatie wordt bereikt?
- Welke zorgpaden hebben ELP-patiënten reeds eerder bewandeld?
- Hoe lang stelt de gemiddelde ELP-patiënt het zoeken van professionele hulp uit?
- Wat zijn de redenen voor dit uitstel?

METHODE

Steekproef

We verzamelden de gegevens via de 31 Nederlands- en Franstalige netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor zowel volwassenen als kinderen en adolescenten in België. Door tussenkomst van eerstelijnspsychologen en -orthopedagogen werden alle startende patiënten gevraagd om deel te nemen aan de studie. In totaal vulden 447 patiënten tussen november 2020 en augustus 2021 online de vragenlijst in. De inclusie van patiënten in deze naturalistische studie betrof ~2,5% van de totale patiëntenpopulatie ($n = 18.162$ in boekjaar 2021; RIZIV). Echter, we wisten niet hoeveel patiënten geïnformeerd werden over de studie, waardoor het onmogelijk was een correct responspercentage te berekenen.

De vragenlijst werd thuis ingevuld aan het begin van de ELP-behandeling, na het tekenen van de geïnformeerde toestemming. We rapporteren enkel over de volwassen (≥ 18 jaar) patiënten die de vragenlijst volledig invulden of waarbij in beperkte mate data geïmputeerd dienden te worden ($n = 350$; 78,3%).

De EPCAP-studie is een longitudinale studie waarbij de patiënten ook na 3, 6, 12 en 18 maanden opnieuw gecontacteerd werden om online deze vragenlijst in te vullen. De analyses in dit artikel betreffen alleen de baseline

gegevens van patiënten aan het begin van de ELP behandeling (baseline). Het studieprotocol werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (goedkeuring #S64034).

Instrumenten

Naast sociodemografische kenmerken werden de patiënten bevraagd over hun psychische stoornissen en psychische problemen aan de hand van de *Composite International Diagnostic Interview Screener* (CIDI-SC; Kessler e.a. 2013), geüpdatet voor DSM-5. Dit klinische instrument omvat screeningsschalen voor de volgende DSM-5-stoornissen en gerelateerde problemen, zowel ooit in het leven ('lifetime') als in de laatste 12 maanden: majeure depressieve episode, majeure depressieve stoornis, manie/hypomanie, bipolaire stoornis type I en II, gegeneraliseerde angststoornis, sociale-angststoornis, niet-geactiveerde paniekaanval, paniekstoornis, stoornis in het gebruik van middelen, eetbuistoornis, bulimia nervosa, psychose, periodieke explosieve stoornis (IED), posttraumatische stressstoornis (PTSS), externaliserende stoornis en zelfverwondend gedrag.

De CIDI-SC is niet zozeer gericht op het diagnosticeren als wel op het screenen van psychische problemen, waarbij de aanwezigheid van een psychisch probleem of psychische stoornis gesuggereerd wordt. In de huidige studie beschrijven we met de prevalentie van een stoornis daarom het percentage positieve screens en niet het percentage DSM-5-diagnoses. De CIDI-SC heeft een redelijke concordantie (AUC = 0,70-0,78) met psychische stoornissen en problemen op basis van klinische interviews, gebaseerd op reeds geoptimaliseerde afkapwaarden (Lan-dis & Koch 1977; Kessler & Üstün 2004; Kessler e.a. 2013). Verder werden patiënten aan de hand van de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) bevraagd over alcoholgerelateerde problemen (Saunders e.a. 1993). De AUDIT-versie die werd geïncludeerd in EPCAP had in eerder onderzoek een redelijke concordantie, met een AUC van 0,78-0,88 met diagnoses op basis van klinische interviews (Reinert & Allen 2002). Echter, recenter onderzoek suggereerde meer gevarieerde en minder optimale sensitiviteits- en specificiteitschattingen voor vrouwen en landen met een lagere prevalentie (Lang e.a. 2019). Voor een fijnmaziger algoritme waarbij we zowel rekening hielden met de subschaal afhankelijkheid als met de totale score, en in lijn met een eerdere aanbeveling (Babor e.a. 2001; Benjet e.a. 2021), definieerden we de alcoholgebruikstoornis (AUD) als ofwel een totale AUDIT-score van ≥ 16 of een totale AUDIT-score van 8-15 met een score van ≥ 4 op de AUDIT-afhankelijkheidssub-schaal.

De *Columbia Suicidal Severity Rating Scale* (Posner e.a. 2011) gebruikten we voor het in kaart brengen van suïcidaliteit (gedachten, plannen en pogingen) (Kessler e.a. 2013).

De *Sheehan Disability scale* werd gebruikt om de impact van psychische problemen op het dagelijks functioneren in kaart te brengen (Sheehan e.a. 1996).

Ook vroegen we naar de specifieke aanvangsleeftijden van de psychische problemen. Voor informatie over voorafgaand zorggebruik en de uitsteltijd tot het zoeken van zorg gebruikten we specifieke vragen uit de zorgmodule van het CIDI-3.0 (Kessler & Üstün 2004). De uitsteltijd werd gedefinieerd als het aantal jaren tussen het ontstaan van de eerste psychische problemen en de leeftijd waarop de patiënt voor het eerst professionele hulp kreeg voor een psychisch probleem. Ten slotte vroegen we ook naar de redenen om de zorg uit te stellen, waarbij de patiënt er meerdere kon aanduiden (Bruffaerts e.a. 2019).

Statistische analyses

Alle analyses werden uitgevoerd met R - versie 4.1.0 (R Core Team 2021). De beschrijvende statistieken drukten we uit als gewogen proporties (%) met standaardfouten (SE). Ontbrekende waarden werden meervoudig geïmputeerd door het gebruik van het mice-algoritme (Van Buuren & Groothuis-Oudshoorn 2011). Aangezien het een niet-gerandomiseerde dataverzameling betrof binnen een naturalistische studie, schatten we kalibratiegewichten (Deville e.a. 1993) op basis van geslacht, leeftijd en regio van verblijf van de gehele ELP-populatie (RIZIV 2021). Aan de hand van het survey-algoritme (Lumley 2011) kalibreerden we alle resultaten vervolgens op basis van deze gewichten. Hierdoor konden we, op basis van deze gewogen resultaten, uitspraken doen die representatief zijn voor de gehele ELP-populatie. De analysescripts en een synthetische dataset, gesimuleerd uit de geobserveerde dataset, zijn te vinden op <https://osf.io/dza62/>.

RESULTATEN

Sociodemografische karakteristieken

De gemiddelde leeftijd van de studipopulatie was 40,7 jaar (SD 13,4). In totaal was 69,7% van de patiënten vrouw en werkte meer dan de helft van de patiënten in loondienst of als zelfstandige (tabel 1). Twee derde van de patiënten leefde samen met een andere persoon: partner, ouders en/of kind(eren).

Prevalentie psychische stoornissen en suïcidaliteit

Bijna 90% van de behandelde patiënten screende positief op de criteria voor zowel een psychische stoornis (CIDI-SC-DSM-5) ooit in het leven als in de afgelopen 12 maanden (tabel 2). Meer dan de helft screende positief op de criteria van een stemmingsstoornis (63,3% ooit; 59,4% in het afgelopen jaar) of een angststoornis (61,4% ooit; 57,3% in het afgelopen jaar). De prevalentie van een middelengebonden stoornis was 17,6% ooit en 9,6% in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP-behandeling. Bijna 30% screende positief voor eetstoornissen ooit, en 21,9% voor een eetstoornis in het afgelopen jaar.

Tabel 1. Sociodemografische kenmerken (n = 350)

| Leeftijd | N | % ¹ (SE) ² |
|----------------------------------------|-----|----------------------------------|
| Gemiddelde leeftijd: | | 40,7 (13,37) |
| 18-34 jaar | 135 | 37,9 (0,007) |
| 35-49 jaar | 108 | 35,7 (0,006) |
| 50-64 jaar | 96 | 23,0 (0,004) |
| 65 jaar en ouder | 11 | 3,3 (0,003) |
| Geslacht | | |
| Vrouw | 267 | 69,7 (0,007) |
| Man | 83 | 30,3 (0,007) |
| Werk | | |
| Student | 31 | 8,4 (0,016) |
| In loondienst | 167 | 48,8 (0,030) |
| Zelfstandige | 16 | 4,5 (0,013) |
| Niet werkend (tijdelijke onderbreking) | 13 | 2,9 (0,008) |
| Niet werkend (werkzoekend) | 19 | 6,7 (0,016) |
| Niet werkend ((brug)pensioen) | 16 | 4,8 (0,012) |
| Niet werkend (arbeidsongeschikt) | 62 | 18,1 (0,022) |
| Onderwijs | | |
| Lager onderwijs | 20 | 5,6 (0,014) |
| Secundair onderwijs | 138 | 40,2 (0,029) |
| Hoger onderwijs (korte variant) | 88 | 25,1 (0,025) |
| Hoger onderwijs (lange variant) | 50 | 11,9 (0,017) |
| Universiteit | 48 | 16,5 (0,024) |
| Doctoraat | 2 | 0,8 (0,006) |
| Woonsituatie | | |
| Met partner | 154 | 40,7 (0,029) |
| Alleen | 84 | 24,5 (0,027) |
| Met één of meer kinderen | 50 | 16,5 (0,022) |
| Met (schoon)ouder(s) | 38 | 11,2 (0,017) |
| Burgerlijke staat | | |
| Gehuwd | 106 | 29,4 (0,025) |
| Feitelijk gescheiden | 13 | 4,3 (0,013) |
| Wettelijk gescheiden | 49 | 15,0 (0,021) |
| Weduwe(naar) | 8 | 2,9 (0,012) |
| Nooit getrouwd | 170 | 48,4 (0,022) |
| Gewest | | |
| Vlaanderen | 247 | 49,7 (0,001) |
| Wallonië | 94 | 44,0 (0,001) |
| Brussel | 9 | 6,3 (0,002) |

¹Percentages berekend op basis van de gewogen data.

²Standaardfout ten aanzien van de gewogen data.

Opvallend was dat 75,5% positief screende op PTSS die één maand of langer duurde gedurende hun leven, met 68,8% in het afgelopen jaar.

De mediane aanvangsleeftijd van psychische stoornissen werd geschat op 20 jaar (met een interkwartielafstand tussen 13 en 31 jaar). Geen enkele patiënt binnen de studiepopulatie screende positief op de CIDI-SC-DSM-5-criteria voor hypomanie en bipolaire stoornis type II.

Tabel 2. Prevalentie psychische problemen en stoornissen

| |
|-----------------------------------------------------------|
| Aantal stoornissen⁴ |
| Géén |
| 1 |
| 2 |
| ≥ 3 |
| ≥ 1 psychische stoornis |
| Stemmingsstoornis en gerelateerde problemen (alle) |
| Manie |
| Bipolaire stoornis type I |
| Depressieve episode |
| Depressieve stoornis |
| Angststoornis en gerelateerde problemen (alle) |
| Gegeneraliseerde angststoornis |
| Sociale-angststoornis |
| Niet-geactiveerde paniekaanval |
| Paniekstoornis |
| Stoornis in gebruik van middelen (alle) |
| Stoornis in het gebruik van alcohol |
| Stoornis in het gebruik van illegale middelen |
| Eetstoornis (alle) |
| Eetbuistoornis |
| Bulimia nervosa |
| Suïcidaal gedrag en/of gedachten (alle) |
| Suïcidepoging |
| Suïcideplan |
| Suïcide-ideatie |
| Andere |
| Psychose |
| Periodieke explosieve stoornis (IED) |
| Posttraumatische stressstoornis (PTSS) |
| Zelfverwondend gedrag (NSSI) |
| Externaliserende stoornis |

¹Door de patiënt gerapporteerde leeftijd waarop hij of zij voor het eerst psychische problemen ervoer.

²Impact op het dagelijks functioneren ten gevolge van psychische problemen in de afgelopen 12 maanden.

³Prevalentie in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP.

⁴Inclusief manie, hypomanie, majeure depressieve episode, depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale-angststoornis, paniekstoornis, stoornis in het gebruik van alcohol, stoornis in het gebruik van illegale middelen, eetbuistoornis, bulimia nervosa, IED en PTSS.

Een op de tien patiënten screende positief op de criteria van slechts één psychische stoornis, terwijl meer dan de helft van de patiënten (56,6%) positief screende op drie of meer psychische stoornissen in het afgelopen jaar. Suïcidale gedachten en/of gedrag werd gerapporteerd door een derde van alle patiënten in de 12 maanden voorafgaand aan ELP-behandeling; 1,2% had een suïcidepoging gedaan in het afgelopen jaar. Alle patiënten die in het afgelopen jaar op minstens één psychische stoornis positief screenden, ervoeren een impact op het dagelijks functioneren ten gevolge van

| | Prevalentie (%) | | Aanvangsleeftijd ¹ | | | Impact op dagelijks functioneren ² | | | Ernstig | Zeer ernstig |
|--|-----------------|-------------------------|-------------------------------|------|------|-----------------------------------------------|-------|-------|---------|--------------|
| | Ooit | 12 maanden ³ | P25 | P50 | P75 | Geen | Licht | Matig | | |
| | 13,4 | 18,8 | 0,0 | 0,0 | 19,0 | 6,8 | 19,5 | 20,6 | 32,6 | 20,5 |
| | 10,1 | 11,5 | 17,0 | 23,9 | 32,6 | 0,0 | 25,0 | 34,1 | 40,9 | 0,0 |
| | 13,3 | 13,2 | 0,0 | 20,0 | 36,2 | 0,0 | 7,6 | 30,4 | 43,3 | 18,6 |
| | 63,3 | 56,6 | 13,0 | 19,0 | 30,0 | 0,0 | 3,5 | 21,0 | 46,6 | 29,0 |
| | 85,5 | 80,9 | 12,0 | 20,0 | 31,0 | 0,0 | 7,2 | 24,3 | 45,3 | 23,2 |
| | 63,3 | 59,4 | 11,0 | 18,0 | 30,0 | 0,0 | 0,0 | 3,4 | 18,7 | 46,1 |
| | 16,3 | 13,8 | 14,3 | 19,0 | 34,1 | 0,0 | 1,6 | 15,1 | 52,6 | 30,7 |
| | 16,3 | 12,0 | 14,3 | 19,0 | 34,1 | 0,0 | 0,0 | 11,6 | 65,6 | 22,8 |
| | 58,9 | 55,1 | 11,0 | 18,0 | 28,0 | 0,0 | 3,2 | 18,9 | 47,3 | 30,5 |
| | 47,0 | 43,1 | 10,0 | 18,0 | 28,0 | 0,0 | 4,1 | 20,8 | 42,7 | 32,5 |
| | 61,4 | 57,3 | 12,0 | 19,0 | 30,0 | 0,0 | 0,0 | 3,4 | 18,9 | 46,0 |
| | 27,1 | 26,6 | 7,0 | 19,0 | 29,7 | 0,0 | 3,0 | 16,9 | 39,2 | 41,0 |
| | 45,4 | 41,9 | 14,0 | 19,0 | 30,0 | 0,0 | 2,8 | 20,4 | 49,4 | 27,5 |
| | 29,8 | 25,2 | 9,4 | 18,0 | 28,2 | 0,0 | 0,0 | 15,2 | 47,6 | 37,2 |
| | 12,2 | 11,2 | 7,0 | 15,3 | 28,0 | 0,0 | 0,0 | 19,7 | 51,0 | 29,3 |
| | 17,6 | 9,6 | 15,0 | 20,0 | 30,0 | 0,0 | 0,0 | 4,1 | 13,1 | 55,9 |
| | 5,7 | 5,1 | 15,4 | 26,3 | 41,3 | 0,0 | 4,3 | 16,9 | 61,6 | 17,2 |
| | 14,2 | 5,1 | 15,0 | 19,0 | 26,3 | 0,0 | 3,5 | 7,8 | 51,6 | 37,2 |
| | 29,1 | 21,9 | 14,0 | 18,0 | 28,7 | 0,0 | 0,0 | 2,7 | 17,6 | 47,5 |
| | 26,4 | 21,4 | 14,0 | 19,0 | 29,9 | 0,0 | 2,0 | 18,1 | 48,7 | 30,5 |
| | 10,5 | 4,9 | 12,4 | 18,0 | 28,2 | 0,0 | 0,0 | 7,5 | 35,4 | 57,1 |
| | 53,7 | 36,1 | 15,0 | 19,0 | 30,0 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 17,8 | 47,6 |
| | 13,4 | 1,2 | 15,0 | 17,8 | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 30,4 | 18,9 | 50,7 |
| | 34,2 | 18,4 | 15,0 | 18,0 | 26,4 | 0,0 | 1,1 | 16,9 | 42,5 | 39,5 |
| | 53,7 | 36,1 | 15,0 | 19,0 | 30,0 | 0,0 | 2,1 | 17,1 | 54,7 | 26,1 |
| | | | | | | | | | | |
| | 14,2 | / | 15,0 | 20,0 | 30,0 | 0,0 | / | / | / | / |
| | 22,3 | 19,1 | 15,0 | 25,0 | 36,0 | 0,0 | 1,1 | 10,0 | 57,7 | 31,2 |
| | 75,5 | 68,8 | 14,0 | 20,0 | 33,8 | 0,0 | 5,9 | 22,9 | 47,8 | 23,4 |
| | 21,7 | 13,9 | 15,0 | 17,0 | 21,4 | 0,0 | 12,3 | 20,9 | 42,2 | 24,6 |
| | 2,6 | 1,8 | 5,5 | 15,9 | 27,0 | 0,0 | 0,0 | 10,1 | 51,5 | 38,5 |

psychische problemen, waarbij 68,5% deze impact als ernstig tot zeer ernstig rapporteerde.

Voorafgaand zorgtraject

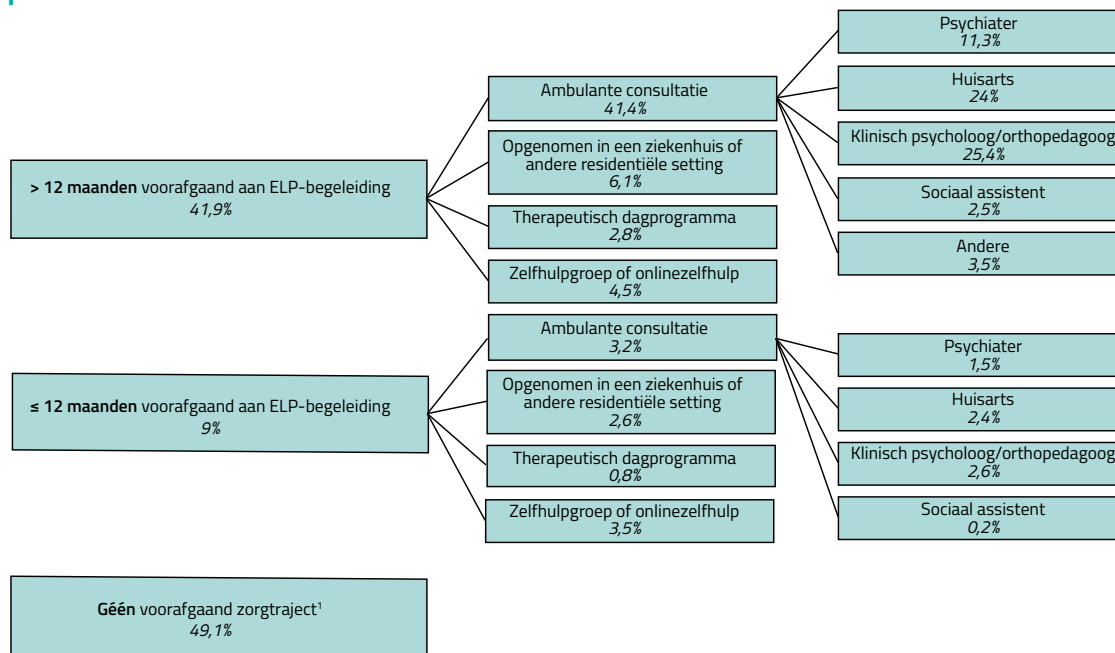
Voor 49,1% van de patiënten was de ELP-behandeling de eerste behandeling ooit binnen de geestelijke gezondheidszorg (figuur 1). Van de patiënten die voor de huidige ELP-behandeling reeds behandeling kregen voor een psychisch probleem (50,9%), was dit voor het overgrote deel langer dan 12 maanden geleden (41,9%). Voor hen was dit meestal van ambulante aard (41,4%), maar 6,1% van de patiënten rapporteerde ook een opname in het verleden. Meer dan een kwart van alle patiënten werd vroeger reeds behandeld door een klinisch psycholoog/orthopedagoog, 24% was al in behandeling geweest bij de huisarts en 11,3% bij een psychiater. In het jaar vóór de ELP-behandeling kreeg 9% behandeling voor een psychisch probleem. Ruim 42% kreeg ooit medicatie voorgeschreven in het kader van een psychisch probleem en voor 41% was dit in het afgelopen jaar ook het geval.

De voornaamste redenen voor doorverwijzing naar ELP waren volgens de patiënten het leren omgaan met emotionele problemen (62,4%), stress (59,8%), recente stressvolle gebeurtenissen (46,8%) en aanvaarding van het verleden (42,1%). Daarnaast hoopte men hulp te krijgen bij het nemen van belangrijke beslissingen (23,4%), wilde men controle over gedragsproblemen (17,1%) of zocht men hulp in de omgang met fysieke klachten (12,9%).

Uitsteltijd tot behandeling en redenen tot uitstel

Patiënten rapporteerden een gemiddelde uitsteltijd van 11,7 jaar met een mediaan van 6 jaar (tabel 3). Met uitsteltijd bedoelen we het aantal jaar tussen de eerste keer dat zij psychische problemen ervoeren en het moment dat zij in professionele behandeling waren gegaan, los van een ELP-behandeling. Wanneer we keken naar de uitsteltijd tot ELP-behandeling zagen we dat meer dan de helft (57,8%) van de

Figuur 1. Zorgtraject voorafgaand aan de ELP-begeleiding in het kader van een psychisch probleem



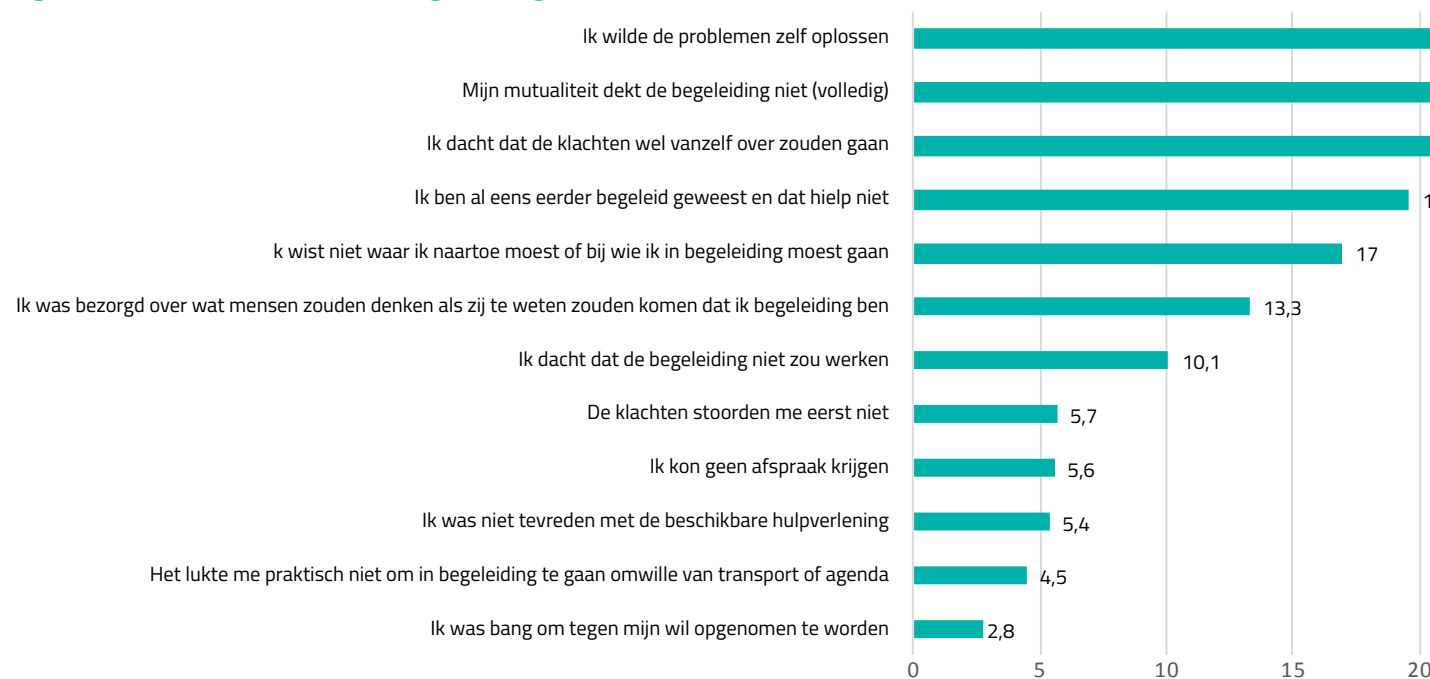
¹ De ELP was de eerste professionele begeleiding ooit voor een psychisch probleem

patiënten contact met hun doorverwijzend arts zocht binnen de 6 maanden nadat ze besloten hadden dat zij geholpen wilden worden voor een psychisch probleem. De overgrote meerderheid deed dit binnen de 12 maanden. De mediane uitsteltijd tussen de consultatie bij de doorverwijzend arts en de start van de ELP-behandeling bedroeg 1 tot 2 weken.

Redenen voor het uitstellen van de ELP-behandeling waren vaak aan attitude gerelateerd: 45% van de patiënten

wilde eerst zelf het probleem oplossen en 33,4% dacht dat de klachten vanzelf wel over zouden gaan (figuur 2). Daarnaast speelden de kosten (33,7%) en het niet weten waarnaar toe te gaan voor professionele hulp (17%) een rol in het uitstelgedrag van de patiënten. Ten slotte had een aanzienlijk deel van de patiënten minder goede ervaringen in het verleden met professionele hulp (19,6%) en was 13,3% van de patiënten bezorgd over wat anderen zouden denken wanneer zij professionele hulp zouden krijgen.

Figuur 2. Redenen om de ELP-begeleiding uit te stellen (%)



DISCUSSIE

Dit is de eerste studie met een schets van het klinische profiel van patiënten die worden behandeld binnen de RIZIV-conventie eerstelijns psychologische zorg (ELP) in België. Er zijn drie belangrijke bevindingen:

Ten eerste screende bijna 90% van de ELP-patiënten positief op een psychische stoornis volgens de DSM-5 ooit in hun leven en in het afgelopen jaar. Het betrof vooral stemmingsstoornissen, angststoornissen, post-traumatische stressstoornissen, eetstoornissen en suicidaliteit en er was heel veel psychiatrische comorbiditeit. Ten tweede was de helft van de patiënten al eerder in behandeling; ELP was de eerste behandeling voor slechts 49% van de patiënten.

Ten derde rapporteren patiënten een mediane uitstelijd van 6 jaar tussen de start van de psychische problemen en het moment waarop zij professionele hulp zochten. De gedachte dat zij het probleem zelf wel zouden kunnen oplossen, was een belangrijke reden om het zoeken van hulp uit te stellen.

Eerdere ervaringen met ELP aan de hand van pilootprojecten in Vlaanderen suggereerden dat een structurele inbedding van de eerstelijnspsycholoog leidt tot vroegdetectie en -interventie, meer zelfredzaamheid van patiënten en hun omgeving en een verhoogde toegankelijkheid tot en samenwerking binnen de gezondheidszorg (Coppens e.a. 2015; Van Hoof 2015). Door voorwaarden te creëren voor een grotere toegankelijkheid en kortere wachttijden kan een geïntegreerde eerstelijnszorg een sterkere verbetering in het psychisch welzijn van de bevolking bewerkstelligen (Coreiro e.a. 2015).

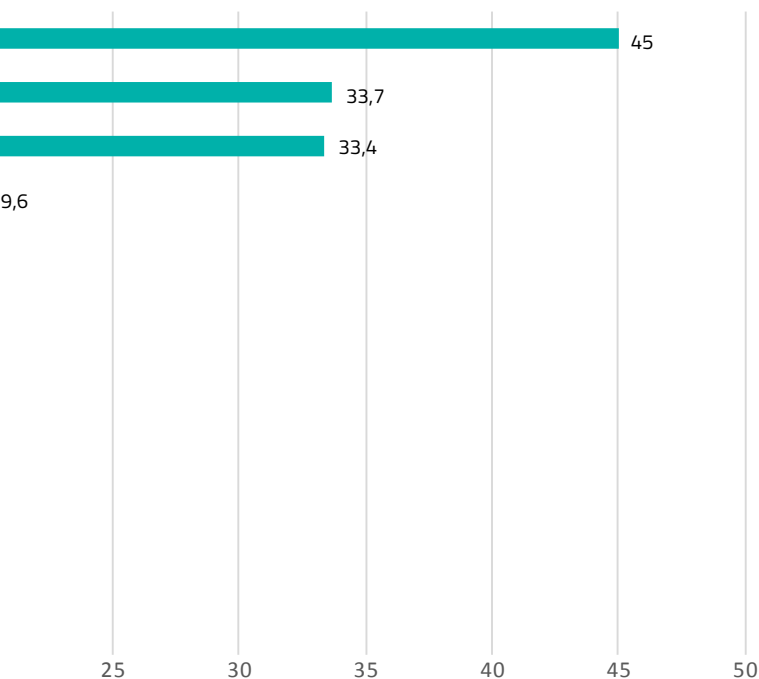
De Belgische ELP-conventie werd ontwikkeld om patiënten te behandelen in een vroeg stadium van hun

psychische problemen; we verwachtten dan ook een patiëntenpopulatie die veeleer werd gekenmerkt door de aanwezigheid van psychische problemen die (nog) niet voldeden aan de diagnostische criteria van een psychische stoornis, door problemen die recent ontstaan waren, en door problemen met een korte uitstelijd tussen de start van de psychische problemen en het zoeken van professionele hulp. In dezelfde lijn verwachtten we ten slotte ook dat de ELP de eerste behandeling ooit zou zijn voor het grootste deel van de behandelde patiënten. Onze resultaten laten echter een heel ander klinisch beeld zien: de ELP-populatie in België lijkt eerder gekenmerkt door langer bestaande psychische problemen die in veel gevallen reeds gediagnosticeerd kunnen worden als een psychische stoornis met vaak ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren en bij wie suicidaliteit frequent voorkomt. Al is de ELP voor de helft van de patiënten de eerste behandeling ooit, het overgrote deel van de patiënten lijkt op een populatie poliklinische patiënten, gekenmerkt door een lange ziektegeschiedenis waaronder eerdere ambulante en residentiële zorgtrajecten.

In lijn met Cordeiro e.a. (2015) en Van der Feltz-Cornelis e.a. (2008) vinden we in onze studie een hoog aantal positieve screens op stemmings- en angststoornissen. Daarnaast rapporteert één derde suïcidale gedachten en/of gedrag in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP-behandeling. Naast deze hoge 12-maandsprevalentie zien we een hoge mate van psychiatrische comorbiditeit. Deze vaststellingen bevestigen de behoefte aan specifieke vaardigheden en opleidingen in de gerichte identificatie, behandeling en eventuele doorverwijzing van deze complexere patiëntenpopulatie.

Daarnaast screent twee derde van alle patiënten positief in de 12 maanden voorafgaand aan de ELP op de criteria van PTSS. Hoewel we geen onderscheid hebben gemaakt in de ernst van de PTSS-symptomen doet dit gegeven vermoeden dat een specifieke traumatische gebeurtenis de aanleiding is om de stap te zetten naar de ELP (Cordeira e.a. 2015), ook al zijn initiële psychische problemen reeds langere tijd aanwezig.

De gemiddelde gerapporteerde uitsteluur van de deelnemers tot het zoeken van zorg is korter dan eerdere schattingen (Bruffaerts e.a. 2007). Dat de uitsteluur tot behandeling in deze studiepopulatie korter is, kan worden verklaard door het vooropgestelde doel van de ELP. Toch bedraagt deze uitsteluur nog altijd 6 jaar (mediaan). Zoals Sareen e.a. (2007) en Andrade e.a. (2014) reeds stelden, lijkt een lange uitsteluur niet of slechts beperkt te maken te hebben met stigma, kosten of praktische overwegingen, maar dient ingezet te worden op beïnvloeding van attitudegerelateerde redenen om zorg voor psychische problemen uit te stellen. Bijkomend kan men zich de vraag stellen voor wie de ELP-behandeling wel een snellere toegang tot zorg kan bewerkstelligen.



Tabel 3. Uitsteltijd (in jaren) tussen het ontstaan van psychische problemen en eerste contact met professionele hulpverlening¹

| | Uitsteltijd (in jaren) | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|---------|
| | Gemiddeld | Mediaan |
| Alle patiënten | 11,7 | 6,0 |
| Stemmingsstoornis en gerelateerde problemen (alle) | 9,2 | 5,2 |
| Manie | 7,0 | 3,9 |
| Bipolaire stoornis type I | 7,0 | 3,9 |
| Depressieve episode | 9,7 | 5,4 |
| Depressieve stoornis | 10,0 | 5,3 |
| Angststoornis en gerelateerde problemen (alle) | 9,0 | 4,7 |
| Gegeneraliseerde angststoornis | 11,6 | 5,4 |
| Sociale-angststoornis | 8,1 | 4,2 |
| Paniek aanval | 9,0 | 5,4 |
| Paniekstoornis | 8,9 | 6,0 |
| Stoornis in gebruik van middelen (alle) | 5,8 | 4,2 |
| Stoornis in het gebruik van alcohol | 7,2 | 4,0 |
| Stoornis in het gebruik van illegale middelen | 5,6 | 3,5 |
| Eetstoornis (alle) | 6,4 | 3,8 |
| Eetbuistoornis | 6,4 | 3,7 |
| Bulimia nervosa | 7,4 | 2,8 |
| Suïcidaal gedrag (alle) | 7,5 | 5,1 |
| Suicidepoging | 7,7 | 7,0 |
| Suicideplan | 7,5 | 5,0 |
| Suicide-ideatie | 7,5 | 5,1 |
| Andere stoornis | | |
| Psychose | 6,5 | 2,0 |
| Periodieke explosieve stoornis (IED) | 4,7 | 1,6 |
| Posttraumatische stressstoornis (PTSS) | 8,8 | 5,1 |
| Zelfverwondend gedrag (NSSI) | 6,2 | 4,0 |
| Externaliserende stoornis | 8,5 | 5,7 |

¹Het aantal jaren tussen de door de patiënt gerapporteerde leeftijd waarop hij of zij voor het eerst psychische problemen ervoer en de door de patiënt gerapporteerde leeftijd waarop hij of zij voor het eerst hiervoor professionele begeleiding kreeg.

Beperkingen

Onze studie heeft een aantal significante beperkingen. Ten eerste zijn de stoornissen gebaseerd op een screeningsvragenlijst en werden deze niet door klinici aan de hand van een interview vastgesteld waardoor de gerapporteerde prevalenties met enige terughoudendheid geïnterpreteerd dienen te worden. Ook al is een overschatting op basis van positieve screens niet uitgesloten, de prevalenties in deze patiëntenpopulatie zijn hoog ten opzichte van de beoogde doelgroep. Dit is zeker het geval wanneer we rekening houden met het feit dat 44% tot 67% van deze positieve screens daadwerkelijk als een psychische stoornis geïdentificeerd worden bij de afname van een klinisch diagnostisch interview (Kessler e.a. 2013). Bovendien zien we per psychische stoornis of gerelateerd probleem hoge percentages patiënten met een ernstige tot zeer ernstige impact op het dagelijks leven functioneren (tussen 66,8 en 90%), wat het vermoeden van aanwezigheid van een poliklinische patiëntenpopulatie met ernstige psychische problemen lijkt te bevestigen.

Ten tweede is er door het retrospectieve karakter van deze vragenlijst wellicht *recall bias* opgetreden: respondenten zijn systematisch meer of minder geneigd om zich informatie over de prevalentie van psychische problemen te herinneren en deze in verband te brengen met het huidige psychische welzijn, of om zich informatie te herinneren over hun functioneren destijds afhankelijk van de ervaren psychische problemen of doorlopen professionele behandeling (Prince 2012). Ten derde werd de uitsteltijd tot behandeling gebaseerd op het aantal jaren tussen het ontstaan van de eerste psychische problemen en de eerste stap tot behandeling van een psychisch probleem en/of stoornis. Hierbij is niet bekend of het om dezelfde problemen gaat en kunnen we bijgevolg een overschatting van de uitsteltijd niet uitsluiten.

Ten slotte had onze studie een beperkt aantal deelnemers (n = 350) die middels een flyer op een onlinevragenlijst werden geattendeerd; slechts 2% van de naar schatting 18.000 behandelde cliënten heeft de online-

vragenlijst ingevuld. De opzet van de studie brengt met zich mee dat door ten eerste selectie van de behandelaar (die de flyer uitreikte) of door ten tweede zelfselectie van de respondenten die de moeite namen de onlinevragenlijst in te vullen, de resultaten vertekend kunnen zijn. Onze resultaten zijn immers afhankelijk van de gegevens van patiënten die effectief hebben geparticipeerd aan de studie. Met hoge waarschijnlijkheid kunnen we veronderstellen dat er bias aanwezig is en kan enkel gesproken worden van een naturalistische studie. Wel werden de data post factum statistisch gewogen voor regio, leeftijd en geslacht van de patiënt. Het blijft echter een naturalistisch, exploratief onderzoek (Coolican 2013) met als belangrijke doelstelling het verzamelen van nieuwe data en het genereren van hypothesen. Tegen deze achtergrond is de opzet van deze studie zeker niet optimaal, maar is het een belangrijk startpunt voor verder en diepgaander onderzoek inzake de psychologische zorg binnen de eerste lijn in België.

CONCLUSIE

De resultaten van onze studie suggereren dat de patiëntengroep die behandeld wordt binnen een terugbetaalsysteem van eerstelijns psychologische zorg (ELP) eerder bestaat uit poliklinische patiënten met langer bestaande en reeds vroeger behandelde psychische stoornissen dan uit patiënten met lichtere, zich nog ontwikkelende psychische problemen. In de Belgische ggz, die zich focust op een getrap en geïntegreerd zorgmodel, maar waarin momenteel ook de nodige hervormingen plaatsvinden inzake organisatie en coördinatie van patiëntgerichte zorg (Nicaise e.a. 2021), móét de vraag blijven in welke mate men een model van zorgverlening kan ontwikkelen waarmee men personen met psychische problemen tijdig en laagdrempelig toe kan leiden naar gepaste zorg. Deze toeleiding kan gebeuren door een proactieve benadering via vindplaatsen (bijvoorbeeld de huisarts), maar ook door betere voorlichting aan patiënten, naaste omgeving en zorgverleners. Daarnaast kan men werken met gerichte toeleiding tot ELP aan de hand van strikte inclusiecriteria inzake de ernst en duur van de stoornis. Onze data roepen de vraag op of ELP voor de door ons beschreven groep patiënten wel het meest gepaste behandelaanbod is. Nadere evaluatie van de huidige maatregel is daarom gewenst.

LITERATUUR

Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, e.a. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014; 44: 1303-17.

Benjet C, Mortier P, Kiekens G, e.a. A risk algorithm that predicts alcohol use disorders among college students. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01712-3>.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, e.a. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care. 2e ed. Genève: WHO; 2001.

Bonnewyn A, Bruffaerts R, Vilagut G, e.a. Lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 522-9.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demeyttenaere K. Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 937-44.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demeyttenaere K. Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking. Leuven: Acco; 2011.

Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, e.a. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *Int J Meth Psychiatr Res* 2019; 28: e1764.

Bruffaerts R. De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet-Icuro. 2021.

Buuren S van, Groothuis-Oudshoorn K. Mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *J Stat Softw* 2011; 45(3): 1-67.

Coolican H. Research methods and statistics in psychology. 5e ed. New York: Routledge; 2013.

Coppens E, Neyens I, Van Audenhove C. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015.

Cordeiro K, Foroughe M, Mastorakos T. Primary mental health care in the family health team setting: tracking patient care from referral to outcome. *Can J Commun Ment Health* 2015; 34(3): 51-65.

Deville J, Sarndal C, Sautory O. Generalized raking procedures in survey sampling. *J Am Stat Assoc* 1993; 88: 1013-20.

Feltz-Cornelis C van der, Knispel A, Elfeddali I. Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge? *Int J Integrat Care* 2008; doi: 10.5334/ijic.249.

Hoof E Van. De eerstelijnspsycholoog - Eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis. Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen; 2015.

Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13: 93-121.

Kessler RC, Santiago PN, Colpe LJ, e.a. Clinical reappraisal of the Composite International Diagnostic Interview Screening Scales (CIDI-SC) in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Int J Methods Psychiatr Res* 2013; 22: 303-21.

Lange S, Shield K, Monteiro M, e.a. Facilitating screening and brief interventions in primary care: a systematic review and meta-analysis of the AUDIT as an indicator of alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2019; 43: 2028-37.

Lumley T, Shaw PA, Dai JY. Connections between survey calibration estimators and semiparametric models for incomplete data. *Int Stat Rev* 2011; 79: 200-20.

Nicaise P, Grard A, Leys M, e.a. Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *J Interprof Care* 2021; 35: 28-36.

Posner K, Brown GK, Stanley B, e.a. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1266-77.

Prince M. Epidemiology. In: Wright P, Stern J, Phelan M, red. Core psychiatry. 3e ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2012.

Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 272-9.

Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, e.a. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 357-64. doi: 10.1176/appi.ps.58.3.357.

Saunders JB, Aasland OQ, Babor TF, e.a. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.