

PILOOTPROJECT “STRESS, WERK & EERSTE LIJN”

Directie arbeidsre-integratie, Dienst voor uitkeringen
RIZIV

Huisartsen en psychologen verbinden rond
werkgerelateerde mentale gezondheid.

L. Verbraeken, J. Fichet, dr. S. Decuman

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1. Context project	3
1.2. Doel eindrapport pilootproject	3
2. Projectbeschrijving.....	4
2.1. Doelstellingen van het project	4
2.2. Doelgroep	4
2.3. Tools	5
2.3.1 Referentiecél Dstress en werk	5
2.3.2. Informatiemodule mentale gezondheid en werk	6
2.3.3. Multidisciplinaire interviews mentale gezondheid en werk	6
2.3.4. Pilotlocaties: Deelnemende eerstelijnsactoren	7
2.4. Verwachtingen deelnemende eerstelijnsactoren in het kader van het pilootproject	7
2.5. Expertencomité stress en werk	8
2.6. Betrokken partners	9
3. Aanpak en uitvoering	10
3.1. Uitvoering en aanpassingen doorheen het project	10
3.1.1. Selectie referentiearts en -psycholoog	15
3.1.2. Selectie expertencomité	17
3.1.3. Selectie eerstelijnspsychologen en huisartsen	17
3.1.4. Ontwikkeling informatiemodule	19
3.1.5. Ontwikkeling multidisciplinaire interviews	19
3.1.6 Contactname referentiecél	19
4. Procesevaluatie	20
4.1. Inzet van mankracht en rollen	20
4.2. Samenwerking en co-constructie	20
4.2.1. Rollen en samenwerking in het werkveld	20
4.3. Planning en haalbaarheid	21
5. Kenmerken deelnemers.....	21
5.1. Geslacht - discipline	21
5.2. Platteland - stedelijk gebied	22
5.3. Soort praktijk	23

5.4. Ervaring	24
5.5. Bestaande samenwerking	25
5.6. Motivaties deelname project	27
6. (Proces)evaluatie	29
6.1. Enkele cijfers m.b.t. deelname tools	29
6.2. Ervaringen op niveau van (organisatie van) tools	31
6.2.1. Lessons learned en aandachtspunten m.b.t. de referentiecél	33
6.2.2. Lessons learned en aandachtspunten m.b.t. de informatiemodule	34
6.2.3. Lessons learned en aandachtspunten m.b.t. de intervisies.....	34
6.2.4. Ervaringen met het expertencomité.....	35
6.3. Ervaringen op niveau van de noden op het terrein	36
6.3.1. Samenwerking & communicatie	36
6.3.2. Tijd, compensatie en werkdruk	38
6.3.3. Kennis en onduidelijkheid over rollen en verwachtingen	38
6.3.4. Begeleiding doelgroep	39
6.3.5. Toegankelijkheid van zorg	40
6.4. Hiaten	40
7. Evaluatie informatiemodule in het kader van de twee masterproeven (UGent)	41
8. Aanbevelingen	42
8.1. Structuur, modellen en verankering	42
8.2. Rollen, verantwoordelijkheden en kennis	43
8.3. Multidisciplinaire samenwerking, communicatie en gegevensdeling	43
9. Implementatie en verdere uitrol	44
10. Conclusie.....	45
11. Bijlagen.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.



Einde pilootfase project “Stress, Werk en Eerste lijn”

1. Inleiding

1.1. Context project

Dit project is één van de initiatieven die ondernomen werd in het kader van het federaal beleids- en actieplan "Mentaal welzijn op het werk". De bedoeling is om de verschillende beleidsdomeinen in te zetten in het kader van de problematiek van arbeidsongeschiktheid omwille van stressgerelateerde gezondheidsproblemen en re-integratie. Met verschillende beleidsdomeinen bedoelen we dan onder meer:

- Psychologische ondersteuning (interventies) en de bestaande kaders hieromtrent: netwerken GGZ, conventie psychologische zorg in de eerste lijn;
- Ondersteuning vanuit de huisarts en de uitdagingen waarmee deze laatste wordt geconfronteerd;
- Arbeidsongeschiktheid en re-integratie (terugkeer-naar-werk traject = TNW-traject) met een focus op onder meer de rol van de adviserend arts en de Terugkeer Naar Werk-coördinator (TNW-C).

Het project werd opgezet binnen een bredere maatschappelijke context waarin werkgerelateerde stress alsook arbeidsongeschiktheid een groeiende uitdaging vormt. Binnen de eerstelijnspsychologische conventie (ELP) blijft de aandacht voor het domein werk en de hieraan gelinkte problemen vandaag echter eerder beperkt. Vanuit deze insteek werd in dit project expliciet verkend hoe het domein werk meer aandacht kan krijgen binnen de ELP-conventie. Het project bood ruimte om hierover samen na te denken, goede praktijken te delen en mogelijke aanknopingspunten te identificeren om werk structureler te integreren binnen dit zorgkader.

Een belangrijk uitgangspunt van het project was het samenbrengen van de juiste partners. Door verschillende expertises en perspectieven te verenigen, werd er geopteerd om tot een meer geïntegreerde benadering van werkgerelateerde stress te komen. Daarbij werd bewust gekozen om de focus zo veel mogelijk te leggen op secundaire preventie, eerder dan op tertiaire preventie. Het accent lag op vroegtijdige signalering, ondersteuning en het versterken van veerkracht, nog vóór klachten escaleren (belang van preventie i.k.v. de ELP-conventie). Daarnaast was de finaliteit om de begeleiding van de uitgebreide doelgroep m.b.t. werkgerelateerde stress te versterken.

1.2. Doel eindrapport pilootproject

Het doel van dit rapport inclusief de bijhorende kleinschalige evaluatie – die niet rigoureuus wetenschappelijk is – is om een zicht te krijgen op de meerwaarde van de uitgewerkte tools, maar bovenal om de ervaringen van de deelnemende huisartsen en eerstelijnspsychologen op het terrein te verzamelen. Meer bepaald werden de noden en behoeften van de eerstelijnsactoren m.b.t. dit thema in deze nota gebundeld om bijhorende hiaten in de praktijk verder uit te werken. Er worden tevens vervolgpistes en beleidsaanbevelingen geconcretiseerd.

2. Projectbeschrijving

2.1. Doelstellingen van het project

Eerstelijnsactoren spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen met stressgerelateerde klachten en werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen. Werk is daarbij een belangrijke factor voor herstel, gezondheid en levenskwaliteit.

De finaliteit van dit project was te analyseren hoe, binnen het kader van de ELP-conventie, meer structurele aandacht kon worden besteed aan het domein stress en werk, met inbegrip van arbeidsongeschiktheid en re-integratie. Het project zette daarbij expliciet in op secundaire preventie, eerder dan op louter tertiaire interventies, en streefde naar kruisbestuiving tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. Tot slot werden goede praktijken aangereikt om de specifieke kenmerken en complexiteit van werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen beter te begrijpen en gepaster aan te pakken.

Het project werd uitgerold in drie pilootregio's – Vlaams-Brabant Oost, Brussel en Luik van september 2025 tot april 2026, en dit in co-constructie met professionals uit de eerste lijn. De input, expertise en ervaring van eerstelijnsactoren stonden centraal in elke fase. Concreet werden drie tools ontwikkeld en getest:

1. Referentiecel Stress en Werk: Per pilootregio werd een referentiecel (een duo huisarts-eerstelijnspsycholoog) opgericht. Zij ondersteunden eerstelijnsactoren met expertise en advies rond de begeleiding van patiënten met werkgerelateerde stress. Ze namen de rol als gids op voor de deelnemende eerstelijnsactoren en zijn een tussenpersoon m.b.t. het terrein en het RIZIV.
2. Informatiemodule voor huisartsen en eerstelijnspsychologen: Deze module focust op een kennisverrijking rond stress, werk en professionele re-integratie (theorie).
3. Multidisciplinaire intervisiemomenten: Tijdens deze momenten kunnen zorgverleners uit verschillende disciplines elkaar ontmoeten, kennis uitwisselen en samenwerken rond thema's binnen het domein stress en werk. Hier wordt de informatiemodule vertaald naar de praktijk (praktische toepassing).

Dit project werd ontwikkeld voor en samen met de eerste lijn. De input, expertise en ervaring van eerstelijnsactoren staan centraal in elke fase. In elke pilootlocatie werd het project opgevolgd met bijzondere aandacht voor de meerwaarde voor eerstelijnsactoren. De deelname aan het project startte in september 2025 en liep af in april 2026.

2.2. Doelgroep

De primaire doelgroep van het project bestond uit huisartsen en klinisch psychologen binnen de ELP-conventie. De tools waren gericht op de begeleiding van personen met een lichte tot matige psychische problematiek met een link naar het domein werk, zowel personen met een risico op uitval als zij die reeds arbeidsongeschikt erkend waren. Het project richtte zich niet op diagnose, maar hanteerde een transdiagnostisch denkkader waarbij aandacht ging naar de brede waaier aan stressgerelateerde symptomen over alle levensdomeinen. De term "stressgerelateerde gezondheidsproblemen" werd doorheen het project gehanteerd als overkoepelend begrip.

2.3. Tools

Het pilootproject had als doel ondersteuningsstructuren te creëren voor eerstelijnsactoren op het gebied van stress, werk en professionele re-integratie. Hieronder wordt verduidelijkt waarover deze tools specifiek gaan.

2.3.1 Referentiecel stress en werk

“De referentiecel stress en werk fungeert als gids, verbinder en adviseur binnen dit pilootproject”

De bedoeling was dat de tools die het RIZIV samen met haar partners ontwikkelde zo goed mogelijk aansloten bij de bestaande werkprocedures en de behoeften van het terrein. Bovendien werd ervan uitgegaan dat eerstelijnsactoren nood hadden aan ondersteuning bij concrete casussen. Om dit te bereiken werden huisartsen en psychologen van bij de start van het pilootproject betrokken. De bedoeling was dat zij in co-constructie de tools ontwikkelden en het RIZIV ondersteunden bij een efficiënte en effectieve implementatie en evaluatie. Op die manier werden de actoren op het terrein begeleid door peers.

Per pilootregio werd een referentiecel geselecteerd via vooraf gedefinieerde communicatiekanalen en criteria. De referentiecel bestond uit een duo huisarts–eerstelijnspsycholoog dat zich engageerde om te fungeren als gids, verbinder en adviseur voor de eerstelijnsactoren binnen het thema stress en werk. Concreet nam de referentiecel een trekkende rol op bij de multidisciplinaire intervisies en de uitwerking van de informatiemodule, en fungeerde zij als schakel tussen de klinische praktijk en het beleid. Zij analyseerde en rapporteerde noden, uitdagingen en goede praktijken in nauwe samenwerking met het RIZIV.

De volgende definitie werd naar voren geschoven m.b.t. de referentiecel stress en werk:

Een referentiecel stress en werk is een orgaan (cel), met een duo huisarts –eerstelijnspsycholoog die zich engageren om in een vooraf bepaalde locatie te fungeren als een ‘gids’ voor deze actoren binnen het thema stress en werk en hen te ondersteunen en advies te verlenen waar nodig. De referentiearts speelt ook een trekkende rol in de multidisciplinaire intervisies alsook in het kader van de uitwerking van een informatiemodule. Bovendien fungeert deze persoon als verbinder en netwerker tussen de klinische praktijk en het beleid binnen dit project. Hij analyseert en rapporteert de noden, uitdagingen en goede praktijken en koppelt deze terug in nauwe samenwerking met het RIZIV en haar partners.

De referentiecel werd van bij de start betrokken bij de co-constructie van de tools en de selectie van deelnemende eerstelijnsactoren, nog vóór de officiële projectstart in september 2025. Vanaf september 2025 konden deelnemende eerstelijnsactoren een beroep doen op de referentiecel. De deelnemers ontvingen na inschrijving een document over de concrete afspraken betreffende de modaliteiten voor contactname met de referentiecel en een duidelijke concretisering van de taken van de referentiecel. De referentiecel was bovendien verantwoordelijk voor het leiden van de intervisies en speelde een actieve rol bij het organiseren ervan. Voor de uitvoering van deze taken werd de referentiecel voor september 2025 ad hoc betaald afhankelijk van het werkelijk uitgevoerde werk en vanaf september 2025 werd de referentiecel betaald voor 4u / week (€82/uur).

Er werd tot slot een terugkoppeling voorzien tussen de referentiecel en het RIZIV en haar partners zodat een transparante, wederzijdse informatiedoorstroming gewaarborgd werd alsook dat de referentiecel advies en ondersteuning waar nodig ontving (klankbord + intervisie voor de referentiecel). Dit werd concreet vormgegeven door de organisatie van een expertencomité (zie verder).

2.3.2. Informatiemodule mentale gezondheid en werk

Er werd een informatiemodule ontwikkeld voor eerstelijnsactoren rond het thema stress en werk (arbeidsongeschiktheid, tewerkstelling en re-integratie).

De module bood een theoretisch kader waarbinnen eerstelijnsactoren konden reflecteren over relevante thema's zoals arbeidsongeschiktheid, re-integratie en de rol van de verschillende betrokken actoren. Daarnaast bevatte de module praktische ondersteuningsmogelijkheden, waaronder doorverwijzingsopties voor de begeleiding van personen met stressgerelateerde gezondheidsproblemen. Bewust werd gekozen voor een zo volledig mogelijke documentatie, ook al gold een deel van de inhoud voor huisartsen en eerstelijnspsychologen reeds als common knowledge. Het doel was een samenhangend en toegankelijk referentiekader te bieden van alle beschikbare kennis binnen het brede domein van mentale gezondheid en werk. De informatiemodule lichtte zo de theorie toe, terwijl de interviews de praktische vertaalslag naar de dagelijkse werkrealiteit maakten.

De module werd aangeboden in het format van een webinar op basis van een PowerPoint-presentatie. De Nederlandstalige webinar vond plaats op 9 oktober van 13u tot 15u, de Franstalige op 8 oktober van 14u tot 16u. Deelnemers ontvingen nadien de volledige versie van de presentatie — ruimer dan de verkorte versie die tijdens de webinar werd gebruikt omwille van tijdsgebrek — en konden aanvullende vragen stellen over alle onderdelen. De PPT is opgenomen in Bijlage A.

De webinar nodigde deelnemers uit om vanuit hun eigen praktijk te selecteren welke elementen voor hen relevant waren, en bij te houden welke inzichten en tools bruikbaar bleken en waar nog lacunes zaten. De module werd tevens kleinschalig geëvalueerd, met het oog op mogelijke verbeteringen, de keuze van het meest geschikte format en een bredere, duurzamere implementatie in de toekomst.

2.3.3. Multidisciplinaire interviews mentale gezondheid en werk

Multidisciplinaire interviews rond mentale gezondheid en werk brachten de betrokken actoren samen om praktijkervaringen, uitdagingen en goede praktijken te delen rond de aanpak van werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen, onder meer aan de hand van anonieme casussen.

De interviews boden ruimte voor wederzijdse uitwisseling en reflectie. Centrale vragen waren: welke aanpakken worden reeds toegepast in de praktijk, waar lopen professionals het vaakst vast, en hoe kan op een constructieve en haalbare manier met deze knelpunten worden omgegaan. Een belangrijke nevendoelstelling was dat de verschillende betrokken actoren elkaar beter leerden kennen, samen met elkaars rollen, verantwoordelijkheden en expertise, wat bijdroeg aan een versterkte samenwerking en een meer geïntegreerde aanpak binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten.

De vaste kern bestond uit de referentiegel, de deelnemende huisartsen en eerstelijnspsychologen. Afhankelijk van de noden en thema's werden ad hoc ook andere relevante actoren betrokken, zoals arbeidsartsen, adviserend artsen, PAPS, TNW-C en jobcoaches. Er was tevens ruimte om relevante tools en instrumenten te bespreken en uit te wisselen.

In Vlaams-Brabant Oost werden de interviews georganiseerd op fysieke locaties ter beschikking gesteld door het netwerk Diletti, aangevuld met één online sessie. Er werden vijf interviews georganiseerd vanaf oktober 2025, elk met een duurtijd van anderhalf uur.

Aan de kant van Luik vonden de interviews plaats in een lokaal dat ter beschikking werd gesteld door het netwerk Fusion Liège. Er werden 8 interviews fysiek georganiseerd en de laatste vond online plaats. Elke sessie duurde anderhalf uur.

Wat de interviews in Brussel betreft, waren er in totaal 8. Daarvan werden er 3 georganiseerd in de lokalen van het netwerk Brumenta. Het RIZIV organiseerde er 2 in zijn lokalen, en 3 vonden online plaats. Alle sessies duurden anderhalf uur. Er werden meer interviews georganiseerd in Brussel vanwege de opsplitsing in twee groepen, aangezien er aanvankelijk een groter aantal deelnemers werd verwacht.

2.3.4. Pilootlocaties: Deelnemende eerstelijnsactoren

De locaties van de referentiecellen bepaalden tevens waar het project uitgewerkt werd. Huisartsen en eerstelijnspsychologen uit deze drie pilootlocaties namen deel aan het project om de ontwikkelde tools te benutten en te beoordelen op relevantie en toegevoegde waarde in de praktijk.

Net als voor de referentiegel werd een oproep via Google Forms gelanceerd om geïnteresseerde eerstelijnsactoren te vinden. Naast motivatie was het van belang dat de kandidaat systemisch en contextueel kon denken in het kader van begeleidingen, met aandacht voor de verschillende levensdomeinen, inclusief het domein werk.

Deelname was geheel vrijwillig. De verwachting was dat deelnemers gebruikmaakten van alle drie de tools: de informatiemodule, de multidisciplinaire interviews en de mogelijkheid tot contactname met de referentiegel. Aangezien de deelnemende eerstelijnsactoren als eersten in direct contact stonden met patiënten met werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen, was het voor het RIZIV van groot belang voldoende huisartsen en eerstelijnspsychologen te kunnen aantrekken.

2.4. Verwachtingen deelnemende eerstelijnsactoren in het kader van het pilootproject

De betrokkenheid van eerstelijnsactoren was cruciaal voor het succes van het project, omdat zij de verschillende tools die hun ter beschikking werden gesteld in hun dagelijkse praktijk konden gebruiken en evalueren.

Hieronder worden de verschillende verwachtingen verduidelijkt ten aanzien van de huisartsen en eerstelijnspsychologen die zich engageerden om deel te nemen aan het project:

- Vanaf september 2025: mogelijkheid contactopname met de referentiegel (duo referentiepsycholoog-referentiearts) voor een extra ondersteuning binnen het thema stress en werk te krijgen in uw praktijk.
- Het volgen van de informatiemodule op 8 oktober 2025 van 14u-16u dan wel op 9 oktober 2025 van 13u-15u. Indien de deelnemer niet aanwezig kon zijn werd een opname voorzien.
- Het deelnemen aan de multidisciplinaire interviews vanaf oktober 2025 (aantal tussen 5 en 9)
- Het deelnemen aan een interview (+/- 1u) in het kader van de thesis van een masterstudent psychologie (UGent). Dit werd niet verplicht maar aangemoedigd. Dit werd enkel gevraagd aan de Nederlandstalige deelnemers.

De dienst heeft geprobeerd zo flexibel mogelijk om te gaan met de planning van de tools en de deelname, om op die manier de betrokkenheid bij het project maximaal te faciliteren.

2.5. Expertencomité stress en werk

Binnen dit project werd er tevens gewerkt met een Nederlandstalig en Franstalig expertencomité, bestaande uit huisartsen en psychologen/psychiaters, om de kwaliteit van het project te garanderen en te zorgen voor maximale ondersteuning voor enerzijds de referentiecél en anderzijds het RIZIV. Binnen dit expertencomité was het de bedoeling dat we expertise van psychologen/psychiaters en huisartsen benutten m.b.t. het project en de good practices en obstakels die tijdens het project naar voren kwam, te bespreken.

Samenstelling:

- Twee vertegenwoordigers van het RIZIV
- Drie huisartsen met interesse en expertise inzake stressgerelateerde gezondheidsproblemen, al dan niet met een link naar het domein werk (werkgerelateerde stress, arbeidsongeschiktheid, re-integratie).
- Drie psychologen/psychiaters met interesse en expertise inzake stressgerelateerde gezondheidsproblemen, al dan niet met een link naar het domein werk (werkgerelateerde stress, arbeidsongeschiktheid, re-integratie).

Deze experts werden uitgenodigd bij belangrijke mijlpalen in het project om advies en feedback te geven, onder meer bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire interviews en de informatiemodule. Het expertencomité fungeerde als klankbord voor zowel de referentiecél als het RIZIV. De referentiecél maakte bijgevolg deel uit van dit comité.

De projectleider van het RIZIV bereidde samen met de referentiecél het expertencomité voor en leidde de vergaderingen in goede banen. Het comité bood een intervisiemoment en faciliteerde de uitwisseling van perspectieven tussen artsen en de professionals met psychologische/psychiatrische expertise.

De belangrijkste doelen van het expertencomité waren:

- Feedback geven op de ontwikkelde tools.
- Analyseren van hiaten en identificeren van good practices.
- Ondersteunen bij probleemoplossing voor de referentiearts-psycholoog.
- Waarborgen van de kwaliteit binnen het project.

De volgende taken werden gekoppeld aan het expertencomité:

- Bespreken van de belangrijkste evoluties van het project, inclusief good practices, uitdagingen en moeilijkheden (met inbegrip van moeilijke casussen geïdentificeerd door de referentiecél).
- Bespreken van de informatiemodule én verzamelen van feedback van de leden van het comité.
- Voorbereiden van de multidisciplinaire interviews samen met de referentiecél.

- De werkelijke uitvoering van de informatiemodule en de multidisciplinaire interviews werden geëvalueerd tijdens het comité.
- Tegen het einde van het project werden de resultaten van de masterproeven van de studenten psychologen besproken.
- Tegen het einde van het project bespreken en formuleren van beleidsaanbevelingen.

Het was initieel de bedoeling dat het comité in 5 fasen (telkens 2 uur) samenkwam, namelijk:

- In het begin van het project (juni-juli 2025) → o.a. feedback op de informatiemodule.
- Twee keer tussentijds :
 - Tussentijds, na de uitvoering van de informatiemodule en de eerste interview (oktober 2025).
 - Tussentijds, na de uitvoering van de twee of meerdere multidisciplinaire interviews (februari-maart 2026).
- Na de laatste interview (april 2026).
- Na het einde van het project, in het kader van de evaluatie van het project (mei-juni 2026).

Deze groep zou hiervoor vijf keer betaald worden conform de betaling van de referentiearts-psycholoog (€82/uur).

2.6. Betrokken partners

De projectstructuur en betrokken partners van dit project kan u hieronder raadplegen:

- Projectleider: Lanah Verbraeken - Directie arbeidsre-integratie, Dienst uitkeringen, RIZIV
- Projectcoördinatie: Directie arbeidsre-integratie, Dienst voor uitkeringen (RIZIV): Lanah Verbraeken, Julie Fichet (ondersteuning Franstalig gedeelte project), dr. Saskia Decuman (diensthoofd Directie arbeidsre-integratie).
- In samenwerking met de volgende partners:
 - ELP-team: FOD Volksgezondheid en Dienst geneeskundige verzorging RIZIV
 - Referentiecellen stress en werk
 - Expertencomité stress en werk
 - Beroepsorganisaties psychologen en huisartsen
 - SSMG
 - UPPCF
 - Domus Medica
 - VVKP

3. Aanpak en uitvoering

3.1. Uitvoering en aanpassingen doorheen het project

Dit project werd in september 2022 gevraagd door de beleidscel van het kabinet van Frank Vandenbroucke. In dit fiche stond de basis van het project uitgeschreven. Op basis daarvan heeft de Directie arbeidsre-integratie in het kader van de voorbereidingen het project verder geconcretiseerd, enerzijds door inhoudelijke reflectie, contactname met relevante stakeholders zoals academici, de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, anderzijds door de uitwerking van een overheidsopdracht om ondersteuning te verkrijgen van een onderzoeksgroep voor de wetenschappelijke evaluatie van het project.

Deze overheidsopdracht had tot doel om een rigoureuze wetenschappelijke evaluatie te koppelen aan de inhoudelijke uitwerking van de tools alsook één van de tools concreet uit te werken. Deze overheidsopdracht (openbare procedure met Europese publicatie) werd twee keer gelanceerd, echter telkens zonder gunning. De reden hiervoor was enerzijds omwille van administratieve fouten en anderzijds omwille van het niet voldoen aan het selectie criterium 'ervaring'. Omwille van de niet-gunning (tweemaal) en de hierbij gepaard gaande nodige (administratieve) stappen voor niet-gunning en herpublicatie, heeft het project een aanzienlijke vertraging gekend.

Daarnaast werd het project, na bespreking met verschillende stakeholders en bijhorende reflectie, nog aangepast zodat de ontwikkelde tools beter zouden aansluiten bij de realiteiten van het terrein. Voor de specifieke aanpassingen die zich doorheen het project hebben voortgedaan, kan u op p. 14-16 een tabel raadplegen. De essentie van dit project is namelijk het sensibiliseren en ondersteunen van eerstelijnsactoren m.b.t. het thema stress, werk en professionele re-integratie. De Directie arbeidsre-integratie wilde hierbij minder focussen op het bieden van een 'vast' stappenplan maar eerder algemene kennis verschaffen, sensibiliseren, ondersteunen en samenwerking versterken binnen dit thema in de eerste lijn. Daar er redundantie was in de tools, werd er geopteerd om geen model van begeleiding te maken maar slechts drie tools aan te bieden, met name: een informatiemodule, multidisciplinaire intervisies en per pilootlocatie een referentiecel (duo huisarts en eerstelijnspsycholoog).

In eerste instantie werd er, binnen het projectvoorstel van de beleidscel, enkel gefocust op het selecteren van een referentiearts, met als doel een extra ondersteuning te bieden voor de deelnemende huisartsen. Er werd echter beslist om ook een referentiepsycholoog per pilootlocatie te selecteren gezien het thema stressgerelateerde gezondheidsproblemen (mentale gezondheid) en eveneens de betrokkenheid van deelnemende eerstelijnspsychologen in dit project. Tot slot werd er beslist om een expertencomité te ontwikkelen voor dit project om voldoende kwaliteit te kunnen waarborgen binnen dit project én om expertise van geïnteresseerde kandidaten niet verloren te laten gaan.

Omwille van de niet-gunning van de overheidsopdracht werd beslist om zonder onderzoeksgroep verder te gaan en de focus te leggen op de ontwikkeling van de tools zelf. Om toch een kleinschalige evaluatie aan het project te koppelen, werden universiteiten aangeschreven met de vraag of masterstudenten psychologie of huisartsgeneeskunde hun thesis aan dit project wilden wijden.

Na gesprekken met verschillende universiteiten werd overeengekomen dat twee Nederlandstalige masterstudenten aan de faculteit Psychologie van de UGent hun thesis zouden wijden aan de evaluatie van de informatiemodule. Via semi-gestructureerde interviews onderzochten zij de perceptie van Nederlandstalige

eerstelijnsactoren over deze tool. Deelname aan de interviews was vrijwillig. De studenten werden actief begeleid door Lanah Verbraeken en Prof. dr. Vlerick (UGent) als promotor.

Dit pilootproject vroeg een aanzienlijke inzet van de Directie arbeidsre-integratie. Zonder ondersteuning van een onderzoeksgroep werden alle tools intern ontwikkeld en gecoördineerd, in samenwerking met een groot aantal partners. Het project markeerde voor de Dienst uitkeringen een eerste structurele en intensieve samenwerking met zowel de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid (ELP-team), als met het terrein zelf via huisartsen en eerstelijnspsychologen. Voor de informatiemodule werd daarnaast nauw samengewerkt met SSMG, de juridische dienst van het RIZIV en de FOD Waso.

De combinatie van deze brede samenwerking, de aanzienlijke voorbereidingswerklast en de vertragingen als gevolg van de niet-gunning van de overheidsopdracht zorgde ervoor dat het project meer voorbereidingstijd vergde dan initieel voorzien.

In Tabel 1 zal extra verduidelijking volgen van alle acties die door onze dienst beheerd en uitgevoerd werden in het kader van de ontwikkeling en verloop van het project.

Tabel 1: Acties beheerd en uitgevoerd door onze dienst: Vergelijking tussen het initieel en actueel protocol

TOOL	OMSCHRIJVING	INITIEEL PROTOCOL	ACTUEEL PROTOCOL
ORIËNTATIEMODEL	Het betreft de ontwikkeling van een oriëntatiemodel “stress en werk” waarin handvaten en verwijzingsmogelijkheden voor de eerste lijn verduidelijkt worden.	Ontwikkeling door de onderzoeksgroep	Er zal geen “expliciet” oriëntatiemodel ontwikkeld worden. De mogelijke elementen van begeleiding/ opvolging van de sociaal verzekerde worden verwerkt in de informatiemodule. Voorbeelden daarvan zijn: samenwerking met psychologen, contact met adviserend arts, contact met arbeidsarts, doorverwijzing naar regionale arbeidsbemiddelingsdiensten, doorverwijzing naar het programma voor preventie van burn-out van FEDRIS, ...
INFORMATIEMODULE	Het betreft de ontwikkeling en uitvoering van een informatiemodule rond mentale gezondheid en werk. Concreet betekent dit het voorzien van hands-on informatie over het thema mentale gezondheid en werk (tewerkstelling en re-integratie) met een focus op concrete handvaten, ondersteunings- en doorverwijzingsmogelijkheden.	Eén van de opdrachten die samen uitgevoerd wordt met o.a. SSMG. Deze opdracht staat grotendeels los van de aanstelling van een onderzoeksgroep.	Dit element blijft behouden. Op vraag van de huisartsen wordt naast het domein werk ook het domein “mentale gezondheid/stress” uitgewerkt in de module. De referentieartsen én de referentiepsychologen zullen hierbij betrokken worden.
MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG	De ontwikkeling van een multidisciplinair overleg omtrent het thema mentale gezondheid en werk met minimale betrokkenheid van huisarts en geconventioneerde psycholoog. Afhankelijk van de locatie en de specifieke noden	Eén van de opdrachten die samen uitgevoerd wordt met o.a. SSMG. Deze opdracht staat grotendeels los van de aanstelling van een onderzoeksgroep.	Geen wijzigingen.

	binnen deze locatie kunnen bepaalde thema's naar voren geschoven worden. Dit kan bijvoorbeeld gaan over anonieme casussen, dan wel good practices en uitdagingen.		
REFERENTIEARTS EN WERK	STRESS	Een referentiearts stress en werk is een arts die zich engageert om in een vooraf bepaalde locatie (een locatie gelinkt aan eerstelijnsactoren) te fungeren als een 'gids' voor de eerstelijnsactoren binnen het thema stress en werk en hen te ondersteunen en advies te verlenen waar nodig. Daarnaast zullen zij ook fungeren als een tussenpersoon tussen de praktijk en het beleid (contacten met het RIZIV)	De referentiearts pad stress en werk had specifiek tot doel om de deelnemende huisartsen te gidsen en wegwijs te maken binnen dit concrete pilootproject. De referentiearts blijft het aanspreekpunt voor de arts m.b.t. het project. De dienst wil de opdracht van de referentiearts echter verruimen naar aanleiding van feedback van het terrein en de beroepsorganisaties van de psychologen en huisartsen. De referentiearts moet ook een aanspreekpunt zijn voor inhoudelijke vragen die de artsen hebben met betrekking tot stressgerelateerde gezondheidsproblemen ("mentale gezondheid en werk"). Deze elementen moeten in de informatiemodule opgenomen worden. Daarenboven werd ons aangeraden niet enkel een referentiearts te voorzien maar ook een referentiepsycholoog. Deze laatste zou dan op heel specifieke vragen m.b.t. zijn/haar expertisedomein kunnen antwoorden. Artsen geven aan dat dit een logische keuze is dat arts en psycholoog in een regio in duo dit project begeleiden (= referentiecél).

Verder in de nota zullen we ook de oprichting van het expertencomité aanbevelen.

EVALUATIE

Kwalitatieve evaluatie aangaande de meerwaarde van de ontwikkelde tools binnen dit project voor de deelnemende huisartsen en geconventioneerde psychologen.

Uitvoering door onderzoeksgroep.

De evaluatie zal gebeuren via masterproeven. Zie verder in de nota stand van zaken.

We kregen een spontane vraag van een student van de faculteit huisartsengeneeskunde (ULB) (via SSMG) om haar thesis omtrent dit project te doen.

Daarnaast deden we ook een oproep naar de faculteiten psychologie en huisartsengeneeskunde van de Nederlandstalige universiteiten. Vanuit de richting klinische psychologie en arbeidpsychologie van de universiteit Gent hebben twee studenten gekozen voor dit project als onderwerp. Prof Vlerick (consortium opleiding DM) zal de wetenschappelijke kwaliteit van het werk bewaken.

3.1.1. Selectie referentiearts en -psycholoog

Een belangrijke tool binnen dit project was de referentiegel (duo referentiearts-psycholoog). Deze referentiegel, één per pilootlocatie (6 personen in totaal), werd door het RIZIV geselecteerd. Hiervoor werden op voorhand criteria ontwikkeld waaraan de referentiegel diende te voldoen. Deze criteria werden tevens gevalideerd door de beroepsorganisaties SSMG en Domus Medica. Op basis van vooraf bepaalde criteria werd er per pilootlocatie één huisarts en één eerstelijnspsycholoog geselecteerd die het hoogste scoorde op deze criteria, waarvan motivatie de belangrijkste factor was.

Hieronder kan u de omschreven criteria vinden:

1. Diploma en ervaring
 - ➔ Diploma in huisartsengeneeskunde of diploma master in de klinische psychologie.
 - ➔ Motivatie en interesse binnen het domein “mentale gezondheid en werk”.
 - ➔ Actief aan het werk binnen de huisartsengeneeskunde (minimaal halftijds) of actief aan het werk binnen het domein van klinische psychologie. De klinisch psycholoog werkt bij voorkeur minstens 25% in het kader van de conventie eerstelijnspsychologische zorg.
 - ➔ Een aanzienlijke professionele ervaring om collega-artsen en andere eerstelijnsactoren te kunnen adviseren en begeleiden.
 - ➔ Een grondig begrip hebben van de problemen in het thema mentale gezondheid en werk (o.a., stress op het werk en psychosociale risico's).
 - ➔ Kennis van beste praktijken hebben op het gebied van preventie, strategieën en psychologische interventies in stressmanagement m.b.t. welzijn op het werk en/of arbeidsongeschiktheid en re-integratie is een pluspunt.
 - ➔ Het vermogen om contextueel te denken en hiermee rekening te houden.
2. Uitstekende communicatievaardigheden
 - ➔ In staat zijn om effectief te communiceren met collega's en andere zorgprofessionals om het probleem van stress en werk onder de aandacht te brengen en relevant advies te geven.
3. Vermogen om in teamverband te werken
 - ➔ Het vermogen om samen te werken met andere zorgprofessionals zoals psychologen, verpleegkundigen, adviserend artsen, enz alsook met belangrijke stakeholders binnen het project.
4. Training en opleiding
 - ➔ Het vermogen om trainingen, workshops of educatieve presentaties voor professionals in de gezondheidszorg te organiseren en te geven.
5. Leiderschap en coaching:
 - ➔ In staat zijn om een leiderschapsrol te spelen in het aanmoedigen van de toepassing van beste praktijken in stressmanagement en in het begeleiden van andere zorgverleners binnen dit project.
6. Netwerken en samenwerken
 - ➔ Kennis van de verschillende zorgnetwerken (o.a. netwerken GGZ) en initiatieven op het gebied van psychologische ondersteuning.
7. Vertrouwelijkheid en ethiek:

- ➔ Een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen met alle stakeholders en garanderen dat de regels van het beroepsgeheim strikt worden nageleefd.
- 8. Probleemoplossend vermogen:
 - ➔ Het vermogen om problemen binnen het team proactief te identificeren en op te lossen is belangrijk voor het succes van het pilootproject.
- 9. Commitment aan voortdurende verbetering:
 - ➔ Aantonen dat hij of zij streeft naar voortdurende verbetering van de praktijken binnen het domein stress en werk.
- 10. Tijdsbesteding
 - ➔ Zich engageren om 4u per week (82€/uur) te werken binnen dit pilootproject.

Om bovenstaande criteria te toetsen aan kandidaten werd een oproep gelanceerd. De oproep werd verspreid via vooraf bepaalde kanalen:

- Huisarts: via de nieuwsbrief van Domus Medica en SSMG. SSMG verzond tevens een specifieke mailing hiervoor. Voor de Nederlandstalige huisartsen werd er ook een algemene mailing verstuurd via Digidid (massamailing, RIZIV).
- Psycholoog: via de lokale coördinator van de netwerken GGZ werd de oproep versturen naar alle eerstelijnspsychologen binnen het betrokken GGZ-netwerk.

Op basis van de geïnteresseerde eerstelijnsactoren die aan de vooropgestelde criteria voldeden, werden kandidaten uitgenodigd voor een gesprek, met als doel de geïnteresseerde artsen en psychologen beter te leren kennen en hun profiel verder af te toetsen aan de vastgelegde criteria.

Via de onderstaande tabel kan u het aantal geïnteresseerde kandidaten terugvinden die gereageerd hebben op de oproep.

Tabel 2: Aantal geïnteresseerde kandidaat referentieartsen-psychologen

Aantal geïnteresseerde kandidaat-huisartsen (NL)	20
Aantal geïnteresseerde kandidaat-psychologen (NL)	5
Aantal geïnteresseerde kandidaat-huisartsen (FR)	19
Aantal geïnteresseerde kandidaat-psychologen (FR)	15

Een belangrijk element om het verschil tussen het aantal geïnteresseerde psychologen en huisartsen te verklaren, is het proces dat binnen het project werd doorlopen. Het project startte met de identificatie van referentieartsen in drie pilootlocaties (één in Vlaanderen, één in Brussel en één in Wallonië). Aangezien de projectlocaties werden vastgelegd op basis van de geselecteerde referentieartsen, was de scope voor het nadien lanceren van een oproep naar referentiepsychologen beperkter. Er werd immers specifiek gezocht naar een referentiepsycholoog die actief was in dezelfde regio als de referentiearts.

De regio waarin het project werd uitgerold, werd daarbij bepaald door het GG-netwerk waartoe de locatie van de referentiearts behoorde. Dit verklaart waarom het aantal kandidaat-psychologen logischerwijs lager ligt dan het aantal kandidaat-huisartsen, aangezien de oproep voor psychologen zich beperkte tot drie GG-netwerken verspreid over België.

Zoals Tabel 2 vertoont was er bovendien een uitschieter te vinden bij het lagere aantal Nederlandstalige geïnteresseerde psychologen. Naast enkele praktische redenen zoals de beperkte timing, is het lagere aantal Nederlandstalige geïnteresseerde psychologen niet abnormaal gezien de context. We zochten kandidaten in drie pilootregio's: Vlaams-Brabant Oost, Brussel en Luik. Naast Luik is het aantal Franstalige zorgprofessionals in Brussel aanzienlijk groter. Dit verklaart waarom er meer Franstalige kandidaten interesse hadden getoond dan Nederlandstalige. Deze taaldemografische realiteit beïnvloedt rechtstreeks het aantal kandidaten dat zich aanmeldt. Het is dus niet enkel een kwestie van interesse, maar ook van beschikbaarheid binnen de doelregio's. Het is belangrijk om deze context mee te nemen bij de interpretatie van de cijfers, zodat het verschil niet wordt gezien als een tekort aan Nederlandstalige betrokkenheid, maar als een logisch gevolg van de projectstructuur en regionale spreiding. Om meer Nederlandstalige kandidaten te vinden heeft de Dienst sterk samengewerkt met de lokale coördinator van het GG-netwerk Diletti, die drie verschillende oproepen gelanceerd heeft. Ook onze referentiearts heeft haar netwerk hiervoor aangesproken. Uiteindelijk werd een kwalitatieve en gemotiveerde kandidaat gevonden.

Een score werd toebedeeld aan de verschillende kandidaten en op basis daarvan werd een keuze gemaakt voor de referentiepsycholoog dan wel de referentiearts per pilootlocatie. Het finale aantal referentieartsen en -psychologen kwam uiteindelijk neer op een totaal van zes: drie referentieartsen en drie -psychologen.

3.1.2. Selectie expertencomité

Gezien er veel interessante kandidaten waren voor de selectie van een referentiearts en -psycholoog, was het maken van een keuze verre van evident. Om de expertise zo min mogelijk verloren te laten gaan en ter waarborging van de kwaliteit van het project, werd besloten om een expertencomité op te stellen (per taalrol) met drie huisartsen en drie psychologen/psychiater die dienen als klankbordgroep voor de referentiecél en het RIZIV binnen het project.

Een overheidsopdracht van beperkte waarde werd hiervoor opgesteld. De kandidaten die voor ons in aanmerking kwamen en na eigen onderzoek, werden via mail bevraagd voor hun interesse in deze rol. Alle bevraagde kandidaten hadden hiervoor interesse en bevestigden hun deelname aan het expertencomité. Uiteindelijk heeft één van deze kandidaten zijn betrokkenheid in het expertencomité toch geannuleerd omwille van drukte op professioneel vlak.

Het finale resultaat komt bijhorend neer op het volgende:

- NL-expertencomité: 2 klinisch psychologen, 1 psychiater en 3 huisartsen
- FR-expertencomité: 3 klinisch psychologen en 2 huisartsen

3.1.3. Selectie eerstelijnspsychologen en huisartsen

In het kader van deelname aan het project werd er tot slot een oproep gedaan naar eerstelijnsactoren, met name huisartsen en eerstelijnspsychologen. Deze deelnemers zouden de tools (i.e., volgen van de informatiemodule, deelnemen aan multidisciplinaire interviews en beroep kunnen doen op de referentiecél) benutten en evalueren of ze relevant waren in hun dagdagelijkse praktijk.

Daar zij de tools testen in de praktijk, waren er minder criteria van belang dan voor de oproep voor het vinden van een referentiepsycholoog en -arts. Er waren slechts drie belangrijke voorwaarden: 1) motivatie voor deelname, 2) effectief werken als huisarts / eerstelijnspsycholoog in het kader van de RIZIV-conventie 3) tewerkgesteld zijn binnen de pilootlocatie waarin het project uitgerold werd, afgebakend door drie GG-

netwerken: regio netwerk Diletti (Vlaams-Brabant Oost), regio netwerk Fusion Liège (Luik), regio netwerk BRUMENTA (Brussel). Een oproep werd gemaakt via Google forms en verspreid via de bestaande kanalen van Domus Medica en SSMG, de betrokken GG-netwerken, een sociale media post vanuit het RIZIV met een link naar de website van het RIZIV, Digidid (rechtstreekse mail naar de huisartsen) en het eigen netwerk van de verschillende referentiecellen.

In Brussel en Luik verliep het vinden van eerstelijnspsychologen en huisartsen vlot. Bij het vinden van Nederlandstalige huisartsen en eerstelijnspsychologen waren er enkele uitdagingen (Vlaams-Brabant Oost). In een eerste fase bleek het moeilijker om eerstelijnspsychologen te bereiken dan huisartsen. Hiervoor werd er samengewerkt met de lokale coördinator van het netwerk Diletti. Er werden twee herinneringen verstuurd naar alle eerstelijnspsychologen binnen het betrokken GGZ-netwerk. Dankzij deze aanpak was er een mooi aantal psychologen geïnteresseerd voor deelname.

Omdat er een onevenwicht ontstond tussen het aantal psychologen en huisartsen, werd er in een tweede fase een aanvullende oproep gedaan via Digidid (rechtstreekse mailing). Door deze gecombineerde acties kwamen we uit op 10 huisartsen en 11 eerstelijnspsychologen in Vlaams-Brabant Oost.

Bij de start van het project in september 2025 kregen we echter te maken met het feit dat verschillende huisartsen zich terug trokken uit het project omwille van de verhoogde werkdruk. Dit was vooral in het pilootproject in Vlaanderen merkbaar. Hierdoor daalde het aantal deelnemende Nederlandstalige huisartsen tot 5. Gezien de context, de reeds ondernomen inspanningen en de drukke periode in het najaar (o.a. vaccinatiecampagnes), werd beslist om geen derde oproep te lanceren. De referentiearts voor Vlaams-Brabant Oost heeft nog bijkomende pogingen gedaan via haar netwerk en sociale media, maar deze leverden geen resultaat op.

In november 2025 konden er alsnog twee HAIO's toegevoegd worden aan het project, die verbonden waren aan de praktijk van de referentiearts Vlaams-Brabant Oost. Hierdoor kwam het totaal aantal deelnemende Nederlandstalige huisartsen op 7. In Tabel 3 kan u het uiteindelijke eindresultaat van de oproepen vinden.

Tabel 3: Aantal deelnemende huisartsen en psychologen per pilootregio

Aantal deelnemende huisartsen Vlaams-Brabant Oost	7 (incl. 2 HAIO's)
Aantal deelnemende eerstelijnspsychologen Vlaams-Brabant Oost	12
Aantal deelnemende huisartsen Brussel	13
Aantal deelnemende eerstelijnspsychologen Brussel	20
Aantal deelnemende huisartsen Luik	8
Aantal deelnemende eerstelijnspsychologen Luik	12

Dit "eindcijfer" is benaderend, aangezien het overzicht en interpretatie wanneer een eerstelijnsactor 'deelneemt' niet gemakkelijk was om te coördineren vanuit het RIZIV. Het aantal omvat eerstelijnsactoren die het GDPR-document hebben ondertekend, contact hebben opgenomen met de referentiecel of het RIZIV, hebben deelgenomen aan de webinar (live of uitgesteld), of hebben deelgenomen aan één of meerdere interviews. Daarnaast hebben er ook nog laattijdig interesse getoond in het project zoals twee eerstelijnspsychologen uit Vlaams-Brabant Oost.

Voor een meer gedetailleerde uitleg over het profiel van de geïnteresseerde deelnemers, verwijzen we graag door naar p. 23, 'Kenmerken Deelnemers'.

3.1.4. Ontwikkeling informatiemodule

Voordat de werkelijke ontwikkeling van de informatiemodule van start ging, werd er een exploratieve fase gerealiseerd met o.a. een analyse van interessante materialen alsook gesprekken met relevante stakeholders. SSMG heeft nadien de informatiemodule ontwikkeld, in samenwerking met het RIZIV alsook een arbeidsarts, adviserend arts en de referentiecellen. Dit hield ook een feedbackverwerking van het RIZIV in tijdens de verschillende fasen van de ontwikkeling. Daarbij werden feedback en opmerkingen verzameld van verschillende stakeholders, waaronder experts van het expertencomité en team GGZ (FOD Volksgezondheid & Dienst geneeskundige verzorging v/h RIZIV).

Na interne validatie werd deze PowerPoint omgezet in een webinar. Het format van een webinar is relevant daar we een opname konden voorzien voor de deelnemers die op dat moment niet beschikbaar waren. Daarnaast liet de beperkte timing het niet toe om een ander format te realiseren. Tijdens beide webinars (NL – FR) verzorgden de referentiecellen het eerste deel van de presentatie en een adviserend arts en arbeidsarts het luik wetgeving. Om een arbeidsarts en adviserend arts te vinden werd een oproep gedaan vanuit het RIZIV, enerzijds naar de externe preventiediensten, anderzijds naar de medische directies van de VI's. Na verschillende communicaties per e-mail, werden een arbeidsarts en adviserend arts geselecteerd. Om de webinar ten gronde voor te bereiden, werden enkele overlegmomenten ingepland met de sprekers. De sprekers konden waar nodig nog minimale aanpassingen doen zodat zij volledig achter de te bespreken inhoud stonden.

3.1.5. Ontwikkeling multidisciplinaire interviews

De inhoud en doelstellingen van de interviews werden opgesteld door het RIZIV, na feedback van SSMG en de referentiecellen. Hieromtrent werd samen met de referentiecellen tevens een kader ontwikkeld waarbij de doelstellingen, het aantal, de frequentie, de duur en de inhoud van de interviews alsook andere praktische informatie verduidelijkt werden. Dit werd per pilootregio gepersonaliseerd. Nadien namen de referentiecellen de leiding in handen om de interviews te sturen, beheren en praktisch te organiseren.

De eerste interviews gingen van start in de drie pilootregio's na de uitrol van de informatiemodule. Het RIZIV bereidde samen met de referentiecellen de interviews waar nodig voor en telkens na de interviews werd er een terugkoppeling voorzien door de referentiecellen aan het RIZIV.

Daarnaast was het binnen dit thema essentieel dat tijdens de interviews, afhankelijk van de concrete doelstellingen, ad hoc leden aanwezig waren. Daartoe werd, vertrekkend vanuit dezelfde oproep voor het aantrekken van een adviserend arts en een arbeidsarts voor de webinar, ook aan externe preventiediensten en de medische directies van de VI's gevraagd voor het vinden van adviserend artsen, arbeidsartsen, PAPS en TNW-C voor deelname aan interviews. Ondanks deze oproepen waren meerdere herinneringen nodig alvorens per pilootregio een arbeidsarts, een preventieadviseur psychosociale aspecten, een adviserend arts en een TNW-C konden worden gevonden. In Vlaams-Brabant Oost werd, mede op vraag van de referentiecél, ook een jobcoach toegevoegd aan één van de interviews. Deze jobcoach was ook door het RIZIV erkend als dienstverlener in het kader van het TNW-fonds.

3.1.6 Contactname referentiecél

De deelnemers konden doorheen de looptijd van het project contact opnemen met de referentiecél bij (praktische) vragen of ondersteuning bij bepaalde casussen. Hiervoor werd een document opgesteld door het

RIZIV waarin de referentiecellen de modaliteiten voor contactname aanvulden. Er werd hiervoor samengewerkt met de referentiecellen. Nadien werd dit document verstuurd naar alle deelnemers. Er werd maandelijks overleg ingepland met de referentiecél voor terugkoppeling en voorbereiding.

4. Procesevaluatie

Deze procesevaluatie focust op de wijze waarop het project werd opgezet en uitgevoerd, met bijzondere aandacht voor de inzet van mankracht, de planning en de praktische organisatie. De inhoudelijke resultaten en participatiecijfers werden reeds in eerdere hoofdstukken toegelicht.

4.1. Inzet van mankracht en rollen

Het pilootproject werd gecoördineerd en uitgewerkt door de Directie Arbeidsre-integratie van het RIZIV, in nauwe samenwerking met diverse partners. Dit vergde een aanzienlijke inzet op zowel strategisch, coördinerend als operationeel niveau en had bijgevolg een grote impact op de werklust van de betrokken dienst.

4.2. Samenwerking en co-constructie

Het project werd sterk gedragen door een co-constructieve aanpak, waarbij de ontwikkelde tools samen met huisartsen en eerstelijnspsychologen uit het werkveld tot stand kwamen. Daarnaast werd systematisch feedback verzameld bij verschillende stakeholders. Deze aanpak zorgde voor inhoudelijke relevantie en draagvlak, maar vroeg tegelijk een aanzienlijke extra investering in overleg, afstemming en opvolging.

De samenwerking met diverse partners bood een duidelijke meerwaarde, maar bracht ook uitdagingen met zich mee. Verschillen in verwachtingen, tempo en beschikbare tijd leidden tot intensieve afstemming, herhaalde contactmomenten en, in sommige gevallen, bemiddeling. Niet alle betrokken actoren reageerden tijdig of konden ingaan op gevraagde input, wat de planning en uitvoering bemoeilijkte. Het uitbouwen van een werkbaar samenwerkingsstructuur nam hierdoor meer tijd in beslag dan initieel voorzien.

4.2.1. Rollen en samenwerking in het werkveld

Binnen het project werden ook onduidelijkheden vastgesteld met betrekking tot de rolafbakening en verwachtingen tussen verschillende betrokken disciplines in de eerste lijn. Dit uitte zich onder meer in de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. Hoewel de samenwerking met de referentiecellen over het algemeen als zeer constructief werd ervaren, deden zich in Brussel meer uitgesproken en complexe samenwerkingsproblemen voor tussen arts en psycholoog als duo. Deze problemen waren niet gebonden aan de regio als zodanig, maar hadden te maken met de onderlinge werkrelatie en visie-afstemming tussen de betrokken arts en psycholoog. Deze situatie maakte het moeilijker om de dynamieken en voortgang binnen deze regio nauwgezet op te volgen.

Het betrekken van ad hoc leden, zoals TNW-C, adviserend artsen, arbeidsartsen en preventieadviseurs psychosociale aspecten, bleek arbeidsintensief. Ondanks herhaalde oproepen waren meerdere herinneringen nodig alvorens per pilootregio de nodige profielen konden worden gevonden. Dit onderstreept het belang van bemiddelingsvaardigheden binnen dit project en wijst tegelijk op structurele beperkingen in beschikbaarheid en capaciteit bij deze actoren.

4.3. Planning en haalbaarheid

Wat de timing betreft, werd vastgesteld dat de opstart van bepaalde projectonderdelen in september 2025 minder goed aansloot bij de realiteit van huisartsenpraktijken. Een startmoment in het voorjaar (bv. april) zou mogelijk beter afgestemd zijn geweest op hun beschikbaarheid. Deze vaststelling roept bredere vragen op over hoe eerstelijnsactoren het best bereikt en betrokken kunnen worden.

De werkdruk binnen het project was groot en in sommige fasen moeilijk te verzoenen met de beschikbare middelen. Een deel van deze belasting is inherent aan het pilootkarakter van het project, waarbij processen, structuren en samenwerkingsvormen grotendeels gaandeweg moesten worden ontwikkeld en bijgestuurd. Daarnaast kon er niet worden samengewerkt met een onderzoeksgroep, wat de werkdruk extra verhoogde. Ondanks de gesignaleerde knelpunten kan worden vastgesteld dat het project een hoge mate van betrokkenheid en interesse heeft gegenereerd bij de deelnemende huisartsen en eerstelijnspsychologen. Tegelijkertijd toont deze procesevaluatie aan dat duidelijke rolafbakening, realistische timing, voldoende coördinerende capaciteit en structurele ondersteuning cruciale randvoorwaarden zijn voor een duurzame verankering en eventuele opschaling van dit type projecten.

5. Kenmerken deelnemers

In deze paragraaf zullen de kenmerken van de verschillende deelnemende huisartsen en eerstelijnspsychologen uiteengezet worden. Dit kan nuttige observaties opleveren waarbij met enige voorzichtigheid linken tussen de verschillende parameters gelegd kunnen worden.

In het kader van onderstaande analyses wordt verduidelijkt dat niet elke deelnemer die in de cijfers is opgenomen, op elk moment en bij alle tools actief heeft deelgenomen. Daarnaast heeft de dienst geen zicht op wie nadien de opname van de webinar heeft bekeken en wie niet. Verder zijn er deelnemers die, ondanks meerdere herinneringen, het ondertekende GDPR-document niet hebben teruggestuurd ook al namen ze in bepaalde gevallen wel deel aan de gebruik van de tools. Ook zijn er deelnemers die aanvankelijk hun akkoord voor deelname gaven en het GDPR-document ondertekenden, maar nadien, opnieuw na meerdere herinneringen, niets meer van zich lieten horen. Dit heeft de samenwerking op bepaalde momenten bemoeilijkt en maakte het niet altijd eenvoudig om een accuraat overzicht te behouden van het werkelijke aantal actieve deelnemers. Dit probleem deed zich bij beide taalrollen voor, maar kwam vooral voor in het Franstalige gedeelte van het project, gezien het grotere aantal Franstalige deelnemers.

5.1. Geslacht - discipline

Hieronder kan u Tabel 4 vinden waarin per deelnemende discipline het onderscheid gemaakt wordt met het geslacht.

Tabel 4: Aantal deelnemers volgens geslacht en discipline

Geslacht	Aantal per Discipline
Huisarts	24
Vrouw	21
Man	3
Psycholoog	45
Vrouw	41
Man	4
Eindtotaal	69

Uit deze tabel kan u zien dat er zowel bij de psychologen als bij de huisartsen het merendeel vrouw is. Bij zowel psychologen als huisartsen is dit verschil groot. Een mogelijke verklaring is dat vrouwen in beide beroepsgroepen oververtegenwoordigd zijn. Zo is de instroom in de opleiding klinische psychologie al jaren overwegend vrouwelijk, en ook binnen de huisartsengeneeskunde is de feminisering van het beroep een gekend fenomeen. Daarnaast suggereren sommige studies dat vrouwelijke zorgverleners gemiddeld meer interesse tonen in thema's rond mentale gezondheid en welzijn, wat de hogere deelname aan dit specifieke project mede kan verklaren. Het gaat hier echter om hypothesen; een diepgaandere analyse valt buiten het bestek van dit project.

5.2. Platteland - stedelijk gebied

Hieronder kan u Tabel 5 vinden waarin per deelnemende discipline het onderscheid gemaakt wordt met platteland t.o.v. stedelijk gebied.

Tabel 5: Aantal deelnemers volgens platteland – stedelijk gebied en discipline

Platteland - stedelijk gebied	Aantal per Discipline
Huisarts	24
Platteland	6
Stedelijk gebied	18
Psycholoog	45
Combinatie	5
Platteland	17
Stedelijk gebied	23
Eindtotaal	69

De deelname van eerstelijnsactoren aan het project vertoont verschillen naargelang de geografische context. Uit deze tabel kan afgeleid worden dat een groot deel van de deelnemers eerder in stedelijk gebied werkt dan platteland. Vijf eerstelijnspsychologen gaven aan dat ze werken in een “combinatie” van de beiden. Een belangrijke nuance is dat Brussel sterk verstedelijkt is én dat in deze pilootregio de meeste eerstelijnsactoren deelnemen. Dit kan mogelijk een deel van het verschil verklaren. In stedelijke gebieden is de aanwezigheid van zorgverleners groter en zijn er meer gevestigde netwerken, wat deelname doorgaans vergemakkelijkt. In

rurale gebieden daarentegen is het aanbod beperkter en spelen afstand en werkdruk een grotere rol, wat deelname kan bemoeilijken.

5.3. Soort praktijk

Hieronder kan u twee tabellen, Tabel 6 en Tabel 7, vinden waarin per deelnemende discipline het onderscheid gemaakt wordt met de soort praktijk waar de eerstelijnsactor werkt alsook soorten vindplaatsen. Veel van de deelnemers, voornamelijk eerstelijnspsychologen, werken in meerdere (soorten) praktijken. Dit maakt dat het aantal hier groter is.

Tabel 6: Aantal deelnemers volgens soort praktijk en discipline

Aantal van Soort Praktijk	Huisarts	Psycholoog	Eindtotaal
Privé huisartsenpraktijk	16	4	20
Privé paramedische praktijk	2	10	12
Privé psychologische praktijk		27	27
Multidisciplinair ambulant centrum verbonden aan een ziekenhuis		1	1
Vindplaats		13	13
Medisch huis / wijkgezondheidscentrum (forfaitair systeem)	7	8	15
Other: Rusthuis		1	1
Ziekenhuisstructuur		1	1
Eindtotaal	25	65	90

Het merendeel van de huisartsen werkt in een privé huisartsenpraktijk (N = 16) maar ook een 4-tal psychologen. Dezelfde vergelijking kan gemaakt worden bij de deelnemende psychologen waarvan het merendeel werkt in een privé psychologenpraktijk (N = 27). Daarnaast kan opgemerkt worden dat een ander groot deel van de huisartsen en psychologen werkt in een medisch huis / wijkgezondheidscentrum (N = 15). Hierbij blijkt dat er meer huisartsen dan psychologen in een medisch huis werken, echter geven ook drie psychologen dit aan als vindplaats (medisch huis of een specifieke soort medisch huis nl. geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum). Bij de psychologen is een derde grote groep het werken in een vindplaats. In tabel 8 hieronder vindt u een concretisering van de soorten vindplaatsen die de deelnemende psychologen verduidelijkt hadden bij 'Other'. Een vierde grote groep van de psychologen werkt in privé paramedische praktijken (N = 10). Deze aantallen zijn bij de huisartsen veel kleiner, namelijk 2 huisartsen. In mindere mate en enkel van toepassing op psychologen, werken enkele deelnemers ook binnen een multidisciplinair ambulant centrum verbonden aan een ziekenhuis (N = 1), een rusthuis (N = 1) en een ziekenhuisstructuur (N = 1).

Tabel 7: Aantal psychologen volgens soort vindplaats

Soort Vindplaats	Totaal
Privé huisartsenpraktijk	2
Samenwerking met het project Sociale Cohesie van Neder-Over-Heembeek en vzw Project Versailles (Collaboration avec le PCS de Noh et asbl Projet Versailles - FR)	1
Vereniging Verankerung van families (Association Ancre des Familles)	1
De Bron (La Source)	1
De lokale missie voor werk (La Mission locale pour l'emploi – FR)	1

Verbeelding 1080 (Imagine 1080 – FR)	1
De Gemeente (La Commune – FR)	1
Vereniging voor kwetsbare gezinnen, eenoudergezinnen, mensen in precaire situaties, enz. (niet-gespecificeerd)	1
Gezondheidsruimte voor gezinnen (Espace Santé Famille – FR)	1
Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidscentrum	2
Dienst voor sociale en professionele integratie OCMW	1
Dagcentrum	1
CAW	1
Buurthuis	1
Zorggroep Alexianen	1

De soorten vindplaatsen waar de deelnemende eerstelijnspsychologen werken zijn zeer gevarieerd. De concrete vindplaatsen kunnen teruggevonden worden in Tabel 7. Een vindplaats is een locatie waar de doelgroep zich begeeft en psychische zorgnoden gedetecteerd en gesignaleerd kunnen worden. Daarnaast zijn er nog twee belangrijke vindplaatsen die extra belicht mogen worden:

- De huisartsenpraktijk: Een relevante en belangrijke vindplaats is de huisartsenpraktijk. Specifiek bestaan de vindplaatsen uit het project zowel uit privé huisartsenpraktijk als medische huis. Dit is een erg belangrijke vindplaats dat sterk gestimuleerd dient te worden daar de huisartsenpraktijk vaak een eerste contactpunt is, ook bij mentale gezondheidsproblemen. Dit werkt bijgevolg drempelverlagend. Naast de eerstelijnspsychologen die als vindplaats in een huisartsenpraktijk werken (N = 3), zijn er ook eerstelijnspsychologen die vermelden dat ze in een huisartsenpraktijk (N = 6) maar niet in de hoedanigheid van een vindplaats.
- Dienst voor sociale en professionele integratie (SPI): Sinds 2002 behoort sociale en professionele integratie tot de verplichte taken van de OCMW's. De maatschappelijk werker van de SPI-dienst heeft als taak om begunstigden te begeleiden bij hun re-integratie op de arbeidsmarkt door hen te helpen hun behoeften, belemmeringen en vaardigheden in kaart te brengen, maar ook door een integratieproject op te zetten. Dat de SPI als vindplaats gebruikt wordt door een eerstelijnspsycholoog past sterk bij de finaliteit van het beleid om meer outreachend te werken vanuit de eerstelijnspsychologische conventie én verdere bruggen te bouwen met het domein werk.

5.4. Ervaring

Hieronder kan u Tabel 8 raadplegen waarin het aantal jaren ervaring van de deelnemers verduidelijkt werd.

Tabel 8: Aantal deelnemers volgens aantal jaren ervaring

Ervaring	Aantal van Ervaring
<1 jaar	2
Tussen 1 en 5 jaar	17
Tussen 5 en 10 jaar	13
Tussen 10 en 15 jaar	11
Tussen 15 en 20 jaar	7
Tussen 20 en 25 jaar	9

Tussen 25 en 30 jaar	5
Tussen 30 en 35 jaar	2
Tussen 35 en 40 jaar	2
>40 jaar	1
Eindtotaal	69

De grootste groep deelnemers heeft tussen 1 en 5 jaar ervaring als huisarts of eerstelijnspsycholoog (N = 17). Daarnaast zijn de groepen tussen 5 en 10 jaar (N = 13) en 10 en 15 jaar (N = 11) het meest voorkomend. Uit de cijfers kan geïnterpreteerd worden dat alle leeftijdsgroepen wilden deelnemen aan het project maar dat de jongere generaties hier toch nog meer nood aan lijken te hebben. De oververtegenwoordiging van zorgverleners met 1 tot 5 jaar ervaring kan erop wijzen dat zij meer nood hebben aan ondersteuning en handvatten rond werkgerelateerde mentale problematieken. Jongere zorgverleners zijn bovendien vaak sterker vertrouwd met thema's zoals mentale gezondheid, psychosociale risico's en multidisciplinaire samenwerking, die vandaag meer aandacht krijgen in opleidingen en het maatschappelijk debat. Daarnaast blijkt uit de motivaties dat sommigen ook persoonlijk met deze problematiek geconfronteerd worden. Bij meer ervaren zorgverleners kunnen eerdere vorming rond het thema of een gebrek aan tijd (vollere praktijk) een rol spelen.

Deze verklaringen blijven hypothesen.

5.5. Bestaande samenwerking

Tabel 9: Aantal deelnemers volgens samenwerkingsactor

Aantal van Samenwerking	Huisarts	Psycholoog	Eind totaal
Jobcoach	7	10	17
Preventieadviseur psychosociale aspecten		1	1
Terug naar werk-coördinator	2	6	9
Adviserend arts	3	4	15
Arbeidsarts	6	7	23
Huisarts	27	47	74
Other: Onthaalmedewerker	1		1
Other: Action en Milieu Ouvert (AMO)		1	1
Other: Sociaal werker	4	4	8
Other: Andere zorgverleners	2	4	8
Other: CAW		1	1
Other: Centres psycho-médico-sociaux		1	1
Other: Collega-psychologen binnen de praktijken, lichaamsgericht en gesprekstherapeuten		1	1
Other: OCMW		2	2
Other: Tandarts	1		1
Other: Diëtist	2	1	4
Other: Opvoeder		1	1
Other: Mobiel team		2	2
Other: Ergonoom		1	1

Other: Ervaringsdeskundige		2	2
Other: Verpleegkundige	7	3	11
Other: Kinesist	8	3	12
Other: Logopedist	1	1	2
Other: Mutualiteit		1	1
Other: Orthopedagoog	1		1
Other: Psychiater	1	4	7
Other: Niet-geconventioneerde klinisch psycholoog		1	1
Other: Tweedelijnspsycholoog	1		1
Other: Vroedvrouw	1		1
Geen samenwerking		1	1
Geen samenwerking met andere professionals, wel informatie-uitwisseling		1	1
Eerstelijnspsycholoog	16	31	69
Arbeidspsycholoog		1	1
Eindtotaal	81	131	212

Tabel 9 geeft een overzicht van de gerapporteerde samenwerkingen van 24 huisartsen en 45 psychologen met andere actoren. De aantallen weerspiegelen het totaal aantal vermeldingen van samenwerking, niet het aantal unieke samenwerkingsrelaties. Eén respondent kan dus meerdere samenwerkingen rapporteren. Bovendien dient dit met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Vanuit onze interesse voor de samenwerking tussen eerstelijnspsycholoog en huisarts en deze met actoren binnen het domein preventie en werk, werden deze als keuzemogelijkheden aangegeven. Bij interessante andere samenwerkingen die ze graag wilden vermelden, konden ze dit nog toevoegen bij 'other'.

In totaal werden 81 samenwerkingen door huisartsen en 131 door psychologen gerapporteerd. Relatief gezien rapporteren psychologen gemiddeld meer samenwerkingen per persoon dan huisartsen.

De meest voorkomende samenwerkingen situeren zich binnen de eerstelijnszorg, in het bijzonder tussen huisartsen en (eerstelijns)psychologen onderling. Doch merken we in het project op dat zelfs op dit niveau moeilijkheden m.b.t. samenwerking worden vastgesteld. Daarnaast is er bij sommige eerstelijnsactoren ook reeds een (beperkte) samenwerking met arbeids- en re-integratieactoren zoals arbeidsartsen, adviserend artsen, terug naar werk-coördinatoren en jobcoaches. Doch is dit slechts een klein deel.

Meldingen van geen of beperkte samenwerking zijn uitzonderlijk maar komen in de responsen ook voor. Er zijn 7 respondenten die enkel aangeven met huisartsen samen te werken maar met geen enkele andere actor. Er is daarnaast slechts 1 respondent die enkel aangeeft met eerstelijnspsychologen samen te werken maar met geen enkele andere actor en 1 respondent die aangeeft enkel samen te werken met huisartsen en eerstelijnspsychologen. Er is tot slot slechts één respondent die aangeeft met geen enkele actor samen te werken.

Naast deze kernactoren is er samenwerking met een brede waaier aan zorg- en welzijnsactoren, zij het minder frequent benoemd. Dit duidt op een breed maar deels versnipperd netwerk waarin het duidelijk is dat samenwerking en communicatie als belangrijk geacht zou kunnen worden. Gezien de scope van dit project is het bovendien echter niet abnormaal dat ze andere samenwerkingsactoren niet gedetailleerd oplijsten.

5.6. Motivaties deelname project

In onderstaande twee tabellen, Tabel 10 en Tabel 11, kan u een overzicht vinden van de motivaties voor deelname aan het project. Er werden overkoepelende categorieën gecreëerd die een samenvatting van de motivaties verduidelijken. Daarnaast werden voorbeeldcitaten van deelnemers gebruikt om een zo gedetailleerd mogelijk overzicht te bieden van de motivaties.

Tabel 10: Overzicht van overkoepelende categorieën van motivaties en bijhorende verduidelijking

Categorieën van motivaties	Verduidelijking
1. Toenemende prevalentie van stress- en burn-outklachten in de praktijk	- Veel deelnemers zien steeds meer patiënten met werkgerelateerde stress, overspanning, burn-out of langdurige werkonbekwaamheid. - Ze ervaren deze problematiek als urgent en groeiend.
2. Behoeftes aan meer (wetenschappelijk onderbouwde) tools, methodieken en handvatten	- Groot gevoel van tekort aan praktische instrumenten om patiënten te begeleiden. - Vragen naar concrete, gevalideerde tools, kaders, werkzame interventies. - Wens om efficiënter en zekerder op te treden in complexe casussen.
3. Versterken van expertise, kennis en professionele ontwikkeling	- Wil om de eigen deskundigheid te vergroten rond burn-out, stress, terugkeer naar werk, systemisch werken, re-integratie. - Interesse in bijscholing, verdieping, nieuwe inzichten, evidence-based praktijken.
4. Verbeteren van de kwaliteit van zorg en begeleiding	- Sterke motivatie om betere ondersteuning te bieden aan patiënten. - Focus op kwaliteit van opvolging, persoonlijke groei van patiënten, en duurzame re-integratie.
5. Multidisciplinaire samenwerking en netwerkvorming	- Grote interesse in samenwerking tussen psychologen, huisartsen en actoren binnen het domein werk en sociale zekerheid - Behoeftes aan een gedeeld kader, betere communicatie en afstemming. - Project wordt gezien als een kans om samen te leren, intervisie op te bouwen en professionele eenzaamheid te doorbreken.
6. Bijdragen aan ontwikkeling, testen of cocreatie van nieuwe tools	- Verlangen om mee te denken, instrumenten te testen, feedback te geven en praktijkrelevante innovaties te ontwikkelen. - Enthousiasme om tools direct te kunnen inzetten bij hun publiek.
7. Aansluiting bij bestaande ervaring of specialisatie van de deelnemer	- Sommige deelnemers zijn al gespecialiseerd in burn-out, stress, re-integratie of arbeidspsychologie. - Project sluit aan bij wat ze al doen en biedt kansen tot verdere professionalisering.
8. Persoonlijke betrokkenheid of ervaringsdeskundigheid	- Enkele deelnemers hebben zelf een burn-out meegemaakt.

	- Dit versterkt hun motivatie om anderen beter te ondersteunen en het systeem te verbeteren.
9. Systemische kijk op werk, stress en re-integratie	- Sterke interesse in brede, systemische benadering (individu – organisatie – maatschappij). - Belang van duurzame re-integratie, tempo van de patiënt, zingeving, maatschappelijke veranderingen.
10. Willen bijdragen aan maatschappelijke verbetering en impact	- Wens om gezondere werkplekken, betere re-integratieprocessen en maatschappelijk relevante oplossingen vorm te geven. - Besef dat huidige systemen vaak ontoereikend zijn.
11. Praktische noden: omgaan met complexe situaties en lange wachttijden	- Huisartsen en psychologen voelen zich soms onvoldoende uitgerust om in tussentijd goede ondersteuning te bieden. - Tools worden gezien als steun, vooral wanneer langdurige wachttijden bij psychologen spelen.

Tabel 11: Overzicht van categorieën gekoppeld aan citaten van deelnemers

Categorieën van motivaties	Voorbeeldcitaten deelnemers
1. Toenemende caseload stress/burn-out	<i>"Ik zie steeds meer patiënten die veel stress ervaren en in burn-out zitten."</i> <i>"De laatste twee jaar is dit een steeds vaker voorkomende consultatieredenen."</i>
2. Behoeftte aan tools en handvatten	<i>"Nood aan concrete, gevalideerde en aangepaste tools."</i> <i>"Gebrek aan tools om aan patiënten voor te stellen."</i> <i>"Weinig handvaten vanuit opleiding."</i>
3. Versterken van expertise/kennis	<i>"Mijn expertise rond burn-out en de begeleiding bij terugkeer naar werk verder ontwikkelen."</i> <i>"Op zoek naar verdieping en nieuwe inzichten."</i>
4. Verbeteren van kwaliteit van zorg	<i>"De kwaliteit van de begeleiding verbeteren."</i> <i>"Om mijn begeleiding te verfijnen en te verrijken."</i>
5. Multidisciplinaire samenwerking en netwerkvorming	<i>"Plezier in het samenwerken in netwerken."</i> <i>"De directe samenwerking tussen psychologen, huisartsen en mutualiteiten lijkt mij zeer relevant."</i> <i>Een collectieve reflectie bevorderen."</i>
6. Bijdragen aan ontwikkeling/testen van tools	<i>"Tools uitproberen voor mezelf en later voor de patiënten."</i> <i>"Deelnemen aan de ontwikkeling van relevante tools."</i>
7. Aansluiting bij eigen ervaring/specialisatie	<i>"Ik begeleid al drie jaar samen sessies rond professionele uitputting."</i> <i>"Ik ben al een burn-outbegeleider voor Fedris."</i>

8. Persoonlijke ervaring met burn-out	<i>"Lors de mon activité salariée, j'ai vécu un burnout." "Ik ben er zelf doorgegaan."</i>
9. Interesse in systemische benadering	<i>"Interesse voor een systemische aanpak met alle eerstelijnsactoren." "Benadering op meerdere factoren/lagen."</i>
10. Maatschappelijke en organisatorische impact	<i>"Structurele problemen, pesterijen, gebrek aan erkenning." "Behoeftte aan betere re-integratieprocessen in de maatschappij."</i>
11. Behoeftte aan ondersteuning bij complexe casussen / wachttijden	<i>"Vaak machteloos tegenover de complexiteit." "In afwachting van psychologische hulp wil ik een wetenschappelijk kader hebben."</i>

6. (Proces)evaluatie

Deze procesevaluatie is gebaseerd op gegevens verzameld tijdens formele en informele overleg- en samenwerkingsmomenten met de verschillende betrokken partners, waaronder de referentiecellen, de deelnemende eerstelijnsactoren, het expertencomité en de masterstudenten psychologie. De inzichten zijn afkomstig van twee zijden: enerzijds vanuit het RIZIV zelf, op basis van de ervaringen tijdens de ontwikkeling en uitvoering van het project, anderzijds vanuit de bijdragen van de partners en de resultaten van de twee masterproeven.

In wat volgt worden de ervaringen, succesfactoren, uitdagingen en obstakels besproken, samen met de lessons learned en aanbevelingen voor de toekomst. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen ervaringen op het niveau van de tools en hun organisatie enerzijds, en ervaringen op het niveau van de noden op het terrein anderzijds.

Hieronder wordt er een onderscheid gemaakt inzake 'cijfers m.b.t. deelname tools', 'ervaringen op niveau van (de organisatie van) de tools' en 'ervaringen op niveau van noden op het terrein'.

6.1. Enkele cijfers m.b.t. deelname tools

Tabel 12: Aantal deelnemers webinar (informatiemodule)

Taalrol webinar	Datum	Aantal psychologen	Aantal huisartsen
NL	9 oktober - 13u-15u	10	6
FR	8 oktober - 14u-16u	30	12

De webinar was de eerste tool dat gefinaliseerd en georganiseerd werd. De presentatie duurde 2 uur en werd gegeven door de betrokken referentiecellen, inclusief een arbeidsarts en adviserend arts. De PPT was een verkorte versie gezien de beperkte duur. Vragen werden verzameld via chat en nadien beantwoord. Er werden specifieke accenten gelegd tijdens de presentatie afhankelijk van de Nederlandstalige dan wel de Franstalige webinar. In Tabel 12 kan u het aantal deelnemende huisartsen en eerstelijnspsychologen vinden die deelgenomen hebben aan de informatiemodule. Langs Nederlandstalige kant namen er 10 psychologen en 6

huisartsen deel. Langs Franstalige kant namen er 30 psychologen en 12 huisartsen deel. Het verschil in aantal langs Nederlandstalige en Franstalige kant vloeit voort uit het gegeven dat er veel meer Franstalige deelnemers meededen in Brussel dan Nederlandstalige.

De volledige versie (i.e. niet de verkorte) van de PPT werd nadien naar alle deelnemers doorgestuurd, inclusief opname. Dit laatste was extra belangrijk voor de deelnemers die niet aanwezig konden zijn op dit moment alsook enkele deelnemers die nog wilden deelnemen aan het project net na de organisatie van de webinar.

In Tabel 13, die u in bijlage B kan vinden, kan u het aantal deelnemende eerstelijnspsychologen en huisartsen vinden die zich geëngageerd hebben voor de interviews. Dit aantal werd opgesplitst per pilootregio, discipline, datum interview en of er ad hoc leden aanwezig waren (inclusief concretisering welk ad hoc lid). Er werden tussen de 5 en de 8 interviews georganiseerd afhankelijk van de specifieke pilootregio. In Vlaams-Brabant Oost werden er vanaf oktober 2025 tot april 2026 5 interviews georganiseerd. In Brussel kwam dit aantal op 8 interviews uit, door de splitsing in twee groepen gezien het grotere aantal deelnemers in de pilootregio te Brussel. Eén interview was weggevallen door een staking. De eerste interview was met alle deelnemers samen, nadien apart, opgesplitst in twee groepen (op een ander tijdstip). Uiteindelijk was dit niet nodig daar het aantal deelnemers in Brussel gezakt was doorheen de tijd. In Luik werden er 8 interviews georganiseerd maar de laatste interview werd afgelast vanwege een connectieprobleem met Teams.

Het aantal deelnemers aan de verscheidene interviews gaat van 10 tot 15 deelnemers, exclusief ad hoc leden. Er werden doorheen de interviews op verschillende momenten ad hoc leden toegevoegd afhankelijk van de doelstellingen van de interview, zoals een adviserend arts, arbeidsarts, TNW-C, PAPS en loopbaancoach. Een observatie die uit de cijfers kan geëxtraheerd worden is dat er in bijna alle georganiseerde interviews meer psychologen aanwezig waren dan huisartsen.

Uit de tabel blijkt dat het aantal deelnemers in de drie pilootregio's vrijwel gelijk is. Dit is opvallend, aangezien in Vlaams-Brabant Oost minder deelnemers werden bereikt. Deze gelijkaardige aantallen nodigen uit tot reflectie over de mogelijke verklaringen voor het (beperkte) deelnemersaantal. Als mogelijke factoren worden onder meer aangehaald: de hoge werkdruk in de eerste lijn, agenda's die vaak maanden vooruit volgeboekt zijn, piekperiodes in de praktijken, de gekozen tijdstippen en locaties van de interviewmomenten, eventuele (afwezigheid van) vergoedingen, het intensieve engagement (één bijeenkomst per maand),... Daarnaast kan ook een verschil in mate van betrokkenheid of mobilisatie rond het thema een rol hebben gespeeld. Het is mogelijk dat in bepaalde contexten het onderwerp sterker leefde bij de doelgroep, wat de bereidheid tot deelname kan hebben verhoogd. Ook deze verklaringen blijven hypothetisch.

In tabel 14 kan u enkele thema's vinden die per mail behandeld werden in het kader van contactname met de referentiegel. De contactname met de referentiegel werd voornamelijk benut in het kader van het aanleveren van casussen voor de interviews of specifieke vragen m.b.t. praktische organisatie interviews. In Vlaanderen zijn er 7 contacten gelegd met de referentiegel, door 5 artsen en 2 psychologen. In Luik zijn er, afgezien van de contacten voor de organisatie van de interviews, geen rechtstreekse contacten geweest via e-mail of telefoon. Tijdens een interview voor de adviserend arts werden echter 4 vragen behandeld. In Brussel hebben 7 psychologen en 3 artsen contact opgenomen met de referentiegel, naast de contacten voor de organisatie van de interviews. Ook heeft de groep tijdens een interview 10 vragen opgesteld om deze naar de TNW-C te sturen.

Tabel 14: Thema's en vraagstellingen i.k.v. contactname referentiegel

Thema	Vraagstelling
-------	---------------

Beheer van arbeidsongeschiktheid door de huisarts	Beoordelen van AO (wanneer nog vs. niet meer); omgaan met langdurige of terugkerende AO; rol van huisarts t.o.v. advies adviserend arts, aanpak motivatie m.b.t. werkhervatting
Burn-out, werkconflicten en mentale gezondheid	Onderscheid burn-out vs. werkconflict; omgaan met vermijdingsgedrag; angst en stress bij werkhervatting
Werkhervatting en re-integratie	Gedeeltelijke werkhervatting (praktische aanpak); situaties waarin terugkeer naar huidige job niet mogelijk is; voorwaarden voor heroriëntatie.
Wettelijk en administratief kader	Regels rond uitkeringen bij gedeeltelijke werkhervatting; rol van adviserend arts en RIZIV
Rollen en samenwerking tussen actoren	Samenwerking tussen huisarts, psycholoog, adviserend arts en arbeidsarts; rol van de terug-naar-werk coördinator
Ethische vragen	Vertrouwensrelatie vs. maatschappelijke rol, gedeelde verantwoordelijkheid

6.2. Ervaringen op niveau van (organisatie van) tools

De (praktische) organisatie van het project vergde een aanzienlijke tijdsinvestering voor het RIZIV. Het opvolgen van communicatie, het versturen van herhaaldelijke reminders en het omgaan met laattijdige of onduidelijke reacties van deelnemers resulteerden in een grote administratieve belasting. Bovendien werd vastgesteld dat huisartsen sterk overbevraagd waren en over beperkte tijd beschikten, wat hen tot een moeilijk te betrekken doelgroep binnen het project maakte. De timing van activiteiten en overlegmomenten was hierbij van groot belang, aangezien hun beschikbaarheid sterk varieerde naargelang de drukke periodes op het terrein.

Daarnaast werd er op een intensieve manier samengewerkt met diverse actoren en diende er een continue² afstemming met de betrokkenen te gebeuren. Dit verdient aanvullende aandacht in het kader van toekomstige, duurzamere organisatievormen (rolverdeling en procesoptimalisatie).

Een algemene observatie, die bevestigd werd door de referentiecellen, is dat de deelnemers aan dit project instapten met een uitgesproken enthousiasme, betrokkenheid en intrinsieke motivatie bij het thema mentale gezondheid en werk. Dit resulteerde in een dynamische en verrijkende uitwisseling, waarin uiteenlopende perspectieven, achtergronden en persoonlijkheden aan bod kwamen, zowel tijdens de webinar als tijdens de multidisciplinaire interviews.

Een belangrijke uitdaging bestond erin om te bepalen hoe breed het project kon en mocht gaan. De brede scope van 'stress en werk' en de ruime doelgroep die we binnen dit project voor ogen hadden, brachten zowel voordelen als uitdagingen met zich mee. Doordat we weinig beperkingen oplegden, sloten we beter aan bij de realiteit van de eerste lijn, waar diagnostiek geen einddoel was en diverse doelgroepen welkom waren. Een enge focus op burn-out had hierbij geen zin. Tegelijk maakte die brede insteek het moeilijker om de grote hoeveelheid nuttige informatie, initiatieven en tools te bundelen, waardoor keuzes moesten worden gemaakt die niet altijd eenvoudig waren en soms minder eenduidig overkwamen. Toch wogen de voordelen van inclusiviteit en praktijk nabijheid duidelijk zwaarder door. Net daarom werd sterk ingezet op samen zitten: bekijken hoe anderen het aanpakken, leren van elkaars praktijken en inzichten, en elkaar beter leren kennen. Die uitwisseling bleek essentieel om tot gedeelde leerervaringen en nieuwe perspectieven te komen.

De combinatie van de webinar en interviews bleek een duidelijke meerwaarde binnen dit project. De webinar bood een theoretische basis en gedeelde kennisbasis binnen dit pilootproject, waarin het brede en complexe thema stress op het werk centraal staat. De vele discussies tonen hoe uitdagend het is om alle informatie samen te brengen. De echte meerwaarde lag dan ook in het samenbrengen van eerstelijnsactoren: leren van elkaars aanpak, verschillende perspectieven verbinden en samen het proces versterken. De kennis die deelnemers opdeden, werd tijdens interviews vertaald naar de praktijk: wat zijn de noden, good practices, knelpunten en kansen voor betere samenwerking? Zo was het de bedoeling om een kruisbestuiving te creëren met één gezamenlijk doel: de best mogelijke zorg voor de patiënt. De webinar fungeerde daarbij als noodzakelijke basis van waaruit de interviews verder konden worden opgebouwd en verdiept.

Tegelijkertijd werd vastgesteld dat het niet realistisch was te verwachten dat de inhoud van de webinar na een eenmalige doorname volledig werd onthouden of spontaan werd toegepast in de praktijk. In die zin speelden de interviews een cruciale rol: zij boden een meer hands-on leeromgeving waarin de aangereikte informatie werd herhaald, geconcretiseerd en ingebed in concrete praktijksituaties. Daarnaast droegen de interviews bij aan het onderlinge kennismaken tussen actoren, wat de verdere samenwerking en kennisverankering ten goede kwam. Een belangrijk resultaat was dat de verschillende actoren doorheen het project naar elkaar toegroeiden, niet enkel m.b.t. huisarts en psycholoog maar ook andere actoren zoals de arbeidsarts, adviserend arts, preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPS) en de Terug Naar Werk-coördinator (TNW-C).

De referentiecellen zelf werden los van de interviews sporadisch benut, en als deze benut werden, werden deze voornamelijk benut in het kader van (praktische) vragen of het aanleveren van casussen voor de interviews. Ervaren referentieduo's waren echter een zeer grote meerwaarde om de webinar en de multidisciplinaire interviews te kunnen uitrollen en organiseren alsook voor hun inhoudelijke expertise. In de toekomst lijkt het minder belangrijk om een referentielijn te hebben (standaard contactpunt) maar is het vooral relevant om te beschikken over referentiepersonen ('train the trainers'/experten op het terrein) in België die dit thema levend houden door acties zoals interviews in het kader van dit thema te organiseren.

De voorbereiding, selectie en daaropvolgende coördinatie van de referentiecellen hebben aanzienlijke tijdsbelasting met zich meegebracht voor het RIZIV. In het kader van duurzame verankering van de acties binnen het project (waaronder een mogelijke overdracht naar lokale coördinatoren) alsook in het kader van kostenefficiëntie lijkt het ons niet aangewezen om voor elk GG-netwerk een aparte referentiegel te voorzien.

Daarnaast vormde het niet altijd een evidentie dat de geselecteerde huisarts en eerstelijnspsycholoog die samen een referentiegel vormen, een goede werkrelatie of overeenstemming in visie ontwikkelen. In één specifieke regio bleek aanzienlijke bemiddeling noodzakelijk. In de twee andere regio's kenden de betrokken leden elkaar reeds voorafgaand aan het project, wat de samenwerking vanaf de start merkbaar vergemakkelijkte. In de regio waar deze voorkennis ontbrak, bestond een verhoogde kans dat de samenwerking zou bemoeilijkt worden door verschillen in visie, aanpak of persoonlijkheid. Het RIZIV heeft in dit proces meerdere beslissingen moeten nemen en is op een bepaald moment zelfs genooddaakt geweest de samenwerking tussen beide leden van een referentiegel stop te zetten.

Hieronder worden nog enkele aandachtspunten en 'lessons learned' geformuleerd inzake de organisatie van de tools.

6.2.1. Lessons learned en aandachtspunten m.b.t. de referentiecel

In het kader van het vinden en selecteren van een referentiecel:

- Er dient een functieprofiel en vooraf bestaande criteria gemaakt te worden die men kan toevoegen aan de oproep voor het vinden van een referentiearts en -psycholoog. Een lijst met criteria die het RIZIV gebruikt heeft, kan benut worden, met indien nodig eventuele aanpassingen of toevoegingen.
- Er dienen gesprekken ingepland te worden met de geïnteresseerde kandidaten die voldoen aan de vooraf bepaalde criteria. Het gesprek is van belang om de criteria en het profiel van de kandidaat te toetsen maar ook en vooral om te ontdekken of er een goede match is in visie, werkstijl en onderlinge dynamiek, wat minstens even belangrijk is voor een succesvolle samenwerking.
- Als tijdens het gesprek reeds duidelijk is dat de persoon een beperkte tijd heeft en/of hieromtrent veel twijfels heeft, raden wij aan deze persoon niet te kiezen voor de functie. Als tijdens het gesprek en nadien een duidelijke, sterke motivatie aanwezig is raden wij aan om bij het maken van de keuze hier een groot gewicht aan te geven. We merken dat motivatie en een passie om deze rol op te nemen wellicht de belangrijkste voorspeller in dit project is.
- Jarenlange ervaring en anciënniteit vormen waardevolle elementen binnen een projectcontext, maar zij bieden op zichzelf geen sluitende voorspeller voor de effectieve uitvoering van projecttaken. Afhankelijk van de aard van het project kunnen andere factoren - zoals flexibiliteit, motivatie, leergierigheid, aanpassingsvermogen en openheid voor nieuwe werkwijzen - een minstens even grote rol spelen. Het is daarom aangewezen om bij de selectie van een referentiecel niet uitsluitend te focussen op dienstjaren of opgebouwde anciënniteit, maar in gelijke mate aandacht te besteden aan relevante competenties, attitude en bereidheid tot samenwerking en innovatie. Een evenwicht tussen ervaring en dynamiek bevordert de kwaliteit en wendbaarheid van het project.
- In het kader van de functie van referentiepsycholoog is de combinatie van eerstelijnspsycholoog en preventieadviseur psychosociale aspecten en/of arbeidpsycholoog een combinatie die doorheen het project als zeer waardevol gebleken is. Ook het beschikken over een systemische visie en een wil om samen te werken met een verscheidenheid aan partners is een must voor een goede uitvoering van dit project.

In het kader van de organisatie en gebruik van de referentiecel:

- Vooraf bestaande samenwerkingen tussen de referentiearts en referentiepsycholoog vergemakkelijkt de samenwerking en uitvoering van het project aanzienlijk.
- Voorzie maandelijks overleg met de referentiecel om voldoende terugkoppelingen en richtlijnen alsook ondersteuning te kunnen bieden. De terugkoppeling dient gestimuleerd te worden langs beide kanten.
- Het is belangrijk om de overlegmomenten voldoende voor te bereiden. Daarnaast is het essentieel om als coördinator structuur en handvaten aan te bieden maar daarnaast ook voldoende ruimte te laten aan de input en feedback van de referentiecellen.
- Er werd een document opgesteld waarin de modaliteiten voor contactname voor alle betrokken actoren duidelijk werden omschreven. Dit document zorgt voor uniformiteit, transparantie en efficiëntie in de communicatie.
- De contactname met de referentiecel werd doorheen het project onvoldoende benut. Wanneer ze wél werd gebruikt, ging het voornamelijk om (praktische) organisatorische zaken rond de interviews en het aanleveren van een casus. Over het volledige project, verspreid over de drie regio's, werd de contactname slechts acht keer gebruikt door huisartsen en zes keer door psychologen. Een permanente beschikbaarheid van de referentiecel lijkt daarom geen duurzame oplossing, aangezien

de nood daaraan te beperkt blijkt. De referentiecél is echter wél nuttig om interviews en andere relevante activiteiten te organiseren, met als doel het thema actief uit te dragen en een overzicht te bewaren over de vele initiatieven m.b.t. het thema stress en werk (inclusief terug naar werk).

6.2.2. Lessons learned en aandachtspunten m.b.t. de informatiemodule

- Co-creatie proces in het kader van de ontwikkeling van tools met verschillende partners zoals zorgverleners op het terrein, beroepsorganisaties en federale administraties is een grote meerwaarde, ook in het kader van een grotere gedragenheid op het terrein. Gezien het grote aantal betrokkenen en stakeholders is het van belang om in de toekomst voldoende tijd uit te rekken voor de ontwikkeling van dergelijke tools.
- Zelfs personen die al ervaring hebben met en interesse hebben in het thema mentale gezondheid, werk en arbeidsgeneeskunde ('stress en werk') (i.e., de trekkers) hebben verschillende visies die niet altijd gemakkelijk te vereenzelvigen zijn (zowel op niveau van de referentiecellen als op niveau van de deelnemers). Zo was het bij de voorbereidingen van de ontwikkeling van de informatiemodule reeds duidelijk dat de experts en partners verschillende visies en perspectieven hadden over waarop de nadruk moet liggen wat betreft de inhoud van de module (lijden op het werk, burn-out,...).
- Ook al is feedback essentieel in het kader van het proces, niet alle ontvangen feedback dient verwerkt te worden; het is belangrijk om, conform de visie van het RIZIV of andere, weloverwogen keuzes hieromtrent te maken. Doelstellingen en verwachtingen van het project dienen telkens in acht genomen te worden bij het bekijken feedback.
- Gezien de breedte van het thema is het aangewezen bepaalde accenten te leggen. Dat deze accenten verschillen per regio is zowel logisch als zinvol. Daarnaast is het relevant om locatiespecifieke slides toe te voegen om de PPT meer praktisch toepasbaar te maken. Deze die de PPT willen benutten om m.b.t. dit thema een eigen infosessie te geven kunnen naar analogie van onze locatiespecifieke PPT werken.
- De voorziene duurtijd van twee uur is relatief lang, waardoor niet alle informatie duurzaam zal blijven hangen. Dit kan echter deels worden opgevangen door een duidelijke koppeling te maken met de interviewmomenten.
- Wat het format betreft, kan afhankelijk van de beschikbare tijd en middelen worden onderzocht welk format het meest geschikt is voor verdere ontwikkeling. De huidige PowerPoint-versie kan daarbij als basis dienen.
- Het is belangrijk om in het kader van wijzigende wetgeving en toekomstige maatregelen de PPT voor de eerstelijnsactoren up to date te houden. Het gebruik van webinars is hiervoor ongetwijfeld een interessante manier.

6.2.3. Lessons learned en aandachtspunten m.b.t. de interviews

- In functie van het doel (bv elkaars rollen beter leren kennen, kennisverrijking,...) kan de interview aangevuld worden met ad hoc leden zoals een arbeidsarts, adviserend arts, enzovoort.
 - o De inzet van ad hoc leden wordt als bijzonder waardevol en zelfs noodzakelijk ervaren, onder meer omdat zij relevante expertise toevoegen en bruggen helpen slaan tussen de zorg- en werkdactoren.

- Als het doel is om de samenwerking tussen de huisarts en psycholoog zelf onder de loep te nemen, is het bijvoorbeeld minder opportuun om extra ad hoc leden toe te voegen aan de interview.
- Een combinatie van interviews waarbij zowel ad hoc leden als niet-ad hoc leden (nl. enkel de eerstelijnsactoren) worden uitgenodigd, is van belang. De uitwisselingen met ad hoc leden zijn zeer waardevol, maar leiden ook tot een grote hoeveelheid informatie. Daarom zijn interviews zonder ad hoc leden eveneens relevant, omdat tijdens deze sessies de verkregen input kan worden verwerkt, verder kan worden gereflecteerd en een meer praktische vertaalslag tussen de eerstelijnsactoren kan worden gemaakt.
- Het is wenselijk om de interviews te laten begeleiden door personen met expertise, in dit geval de leden van de referentiecellen. Het is de bedoeling dat deze tool op een zeer actieve manier betrokken worden door deze betrokkenen.
- Het vinden van geschikte ad hoc leden en het uitsturen van oproepen vraagt echter veel tijd. Het is belangrijk om rekening te houden met de timing van de oproep en deze tijdig te lanceren.
- Het is relevant om tijdens de interviews te stimuleren om voor de deelnemers of samen met de deelnemers praktische tools te ontwikkelen die de eerstelijnsactoren m.b.t. dit thema en in het kader van samenwerking kunnen ondersteunen.
- Het is aangewezen dat voor de organisatie van de interviews in de toekomst bestaande overlegorganen gebruikt worden. Dit werd door de deelnemers bevestigd. Er dient echter ingezet te worden op sensibilisering van de bestaande overlegorganen en -mogelijkheden die door het terrein vaak onvoldoende gekend zijn.
- Interviews worden als tijdsintensief ervaren maar waardevol, relevant en verdiepend.
- De interviews vormen, naast de webinar, een belangrijke meerwaarde omdat zij toelaten om een concrete vertaalslag te maken naar de praktijk. Daarnaast zorgen deze ervoor dat de deelnemers naar elkaar toegroeien en leiden deze tot verschillende 'AHA-momenten'.

6.2.4. Ervaringen met het expertencomité

- Het expertencomité kende in de praktijk een wisselend verloop. Bij een deel van de leden was er duidelijke betrokkenheid en inhoudelijke inzet, en vooral in de opstartfase bleek het comité zeer relevant voor conceptuele afstemming en feedback op de ontwikkelde tools. Tegelijk werd vastgesteld dat de werking gaandeweg moeizamer verliep: het was bijzonder moeilijk om gezamenlijke vergadermomenten te plannen, en de besprekingen leverden niet altijd de beoogde concrete output op. De organisatie vergde daardoor verhoudingsgewijs veel tijd en energie. Dit had waarschijnlijk niet alleen te maken met de individuele betrokkenheid van de leden, maar ook met de vorm waarin het comité werd opgezet en de fase van het project waarin het werd ingezet, wat mogelijk bijdroeg aan een grotere afstand en een minder sterk gevoel van eigenaarschap bij sommige deelnemers. Gelet op de projectvertragingen en het naderende einde van het project werd dan ook besloten het expertencomité vroegtijdig af te ronden, na twee overlegmomenten Nederlandstalige kant¹ en drie langs Franstalige kant.
- De meerwaarde van een expertencomité als concept werd door de betrokkenen erkend. Tegelijk werd vastgesteld dat de concrete invulling niet altijd volledig aansloot bij de noden op het terrein. Zo wisten referentiecellen niet steeds wat zij precies van het comité konden verwachten, welke rol het vervulde

¹ De bedoeling was om ook een derde overlegmoment in te plannen maar er waren opnieuw te weinig experts die konden deelnemen aan het overleg. De dynamiek van een interview/klankbordgroep kon daarom niet gewaarborgd worden.

en met welke vragen zij er terechtkonden. In de praktijk werden bovendien weinig concrete vragen geformuleerd die specifiek de expertise van huisartsen of psychologen vereisten. Dit wekte de indruk dat de samenstelling onvoldoende was afgestemd op de reële vraagstukken — niet omdat expertise ontbrak, maar omdat andere profielen, zoals adviserend artsen, arbeidsartsen of andere disciplines, gemist werden. Een meer gediversifieerde samenstelling had het comité beter in staat gesteld de complexiteit van werkgerelateerde situaties te capteren en praktijkervaringen te delen.

- Uit de ervaringen komen twee potentieel nuttige functies naar voren. Ten eerste een rol als reflectiegroep voor inhoudelijke vraagstukken, met name in de opstartfase van projecten waar conceptuele afstemming cruciaal is — een functie die in dit project wel degelijk werd vervuld. Ten tweede een rol als expertpool voor gerichte, multidisciplinaire vragen, een functie die in de praktijk moeilijker tot haar recht kwam, onder meer door trage respons of het ontbreken van de gevraagde expertise.
- Op basis van deze ervaringen lijkt het aangewezen om bij toekomstige projecten de vorm, positionering en thematische focus van een expertencomité grondiger te doordenken, met meer aandacht voor informele uitwisseling en directe terreinfeedback. Dit sluit aan bij de bredere vaststelling dat er vaak een kloof bestaat tussen regelgeving en praktijkrealiteit, en dat een structurele ruimte nodig is om die verschillen zichtbaar te maken. In dat verband wordt ook het idee van een observatorium naar voren geschoven: een platform dat signalen uit de praktijk verzamelt, knelpunten in kaart brengt en voorstellen formuleert voor concrete acties en beleidsverbeteringen.

6.3. Ervaringen op niveau van de noden op het terrein

Werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen komen in de praktijk van de eerste lijn vaak voor. Doorheen het project komen drie belangrijke thema's telkens opnieuw naar boven:

1. Lijden op het werk - aanpak conflict op het werk t.o.v. burn-out, stress, depressie,... - re-integratie(mogelijkheden);
2. Rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen van enerzijds huisarts en psy en anderzijds actoren zoals adviserend arts, arbeidsarts, PAPS, TNW-C,... m.b.t. dit thema;
3. Samenwerking en communicatie (verslaggeving – deontologie).

Naast deze thema's merken we ook op het terrein op de eerstelijnsactoren nood hebben aan zeer concrete, praktische tools.

Verder werden door de betrokken referentiecellen, de deelnemende eerstelijnsactoren en de leden van het expertencomité de volgende ervaringen doorheen het project benoemd:

6.3.1. Samenwerking & communicatie

- Overleg tussen huisartsen en psychologen wordt als zeer waardevol ervaren. Het belang van het gebruik van bestaande kanalen hiervoor wordt benadrukt (bijvoorbeeld binnen medisch psychologisch overleg, LOKs, bestaande interviews). Hiervoor is verdere communicatie en sensibilisering nodig.
- Het belang van multidisciplinaire samenwerking wordt benadrukt. Verdere sensibilisering rond dit thema wordt aangewezen geacht. Er worden echter nog steeds aanzienlijke lacunes en blokkades vastgesteld die een vlotte samenwerking bemoeilijkten, onder meer door de complexiteit en het grote aantal betrokken actoren, evenals een beperkt inzicht in elkaars rollen.

- Zorgverleners ervaren een grote versnippering aan doorverwijskanalen, met uitgesproken regionale verschillen, wat het overzicht en de efficiëntie van trajecten bemoeilijkt.
- Het aanhoudend grote aantal wachtlijsten vormt een structureel probleem en bemoeilijkt zowel de communicatie als de samenwerking tussen betrokken actoren. De vraag stelt zich hoe deze wachttijden effectief kunnen worden overbrugd. Daarnaast ontstaat er een communicatie-impasse: doordat lange wachttijden als vanzelfsprekend worden beschouwd, vindt er weinig onderlinge afstemming plaats.
- De samenwerking binnen het domein mentale gezondheid en werk wordt bemoeilijkt door het parallel gebruik van meerdere digitale platformen, zonder duidelijke afbakening of integratie (o.a. Mijn Gezondheid, medisch elektronisch dossier, TRIO-platform, Siilo). De meerwaarde van deze kanalen bv. TRIO-platform wordt niet in vraag gesteld maar bv. klinisch psychologen hebben geen toegang tot het TRIO-platform. Het is belangrijk om een gezamenlijk communicatiekanaal te bepalen waarbinnen kan worden afgestemd over praktische zaken, zoals het moment waarop men elkaar kan contacteren ("wanneer kan ik u bellen?").
- Huisartsen en eerstelijnspsychologen ervaren moeilijkheden in de samenwerking. Sommige huisartsen en psychologen delen zeer beperkt of geen informatie, terwijl anderen dit net frequent doen. Daarnaast ervaren verschillende professionals uiteenlopende drempels om tot samenwerking te komen. Ook bestaan er grote verschillen in de mate van samenwerking, evenals in het gehanteerde format en het plan van aanpak.
- Er zijn verschillen merkbaar tussen klinisch psychologen m.b.t. communicatie, samenwerking, verslaggeving en focus deontologie. Klinisch psychologen worden sterk opgeleid om zeer voorzichtig te handelen met verslaggeving, rekening houdende met het beroepsgeheim. Ze hebben angst om fouten te maken en hebben zekerheid nodig dat ze geen risico's lopen (o.a. angst voor klacht bij psychologencommissie). Er is een nood voelbaar voor een gevoel van veiligheid en duidelijkheid om gegevens al dan niet te delen. Op het terrein leeft er namelijk veel onduidelijkheid waarbij de psychologencommissie vaak ter sprake komt als belemmerende factor. Zo zorgen de strikte juridische regels ervoor dat veel psychologen niets durven te delen met huisartsen.
- Gegevensdeling: er dient informatie gedeeld te worden over de toestand (functioneren) van de patiënt en niet de concrete inhoud van het gesprek. Indien communicatie wordt gedaan is het bovendien van belang dat naast de toestemming van de patiënt, dit ook wordt genoteerd in het dossier.
- De huisartsen en psychologen binnen het project zijn vragende partij voor contact en samenwerking. Huisartsen hebben slechts een beperkte tijd met de patiënt waarin vaak zeer veel verschillende elementen dienen besproken te worden. Tijdens het project wordt verduidelijkt dat de huisarts o.a. het volgende nodig heeft: informatie over de evolutie van de patiënt (waar zit de patiënt in zijn traject?) alsook het functioneren (mede in het kader van arbeidsongeschiktheid) (bv: patiënt komt in begeleiding sedert...; gedeeltelijke werkhervatting is mogelijk of niet...; huidige werkcontext is haalbaar of niet want...).
- Het is essentieel dat de verwijsbrieven zo kwalitatief en helder mogelijk zijn opgemaakt, waarbij er rekening gehouden wordt met de noden/verwachtingen van de ontvanger van de verwijsbrief. Een informeel contact op voorhand kan de communicatie en samenwerking hieromtrent aanzienlijk verbeteren (afstemming vergroten).

- Afgezien van wetgeving en beroepsgeheim, kan niet alle relevante informatie worden vastgelegd in een schriftelijk verslag. Formuleringen zoals “De persoon kan terug aan het werk mits ...” vragen bijkomende duiding en context. Informele communicatie, zoals telefonische contacten, is hierbij essentieel om het volledige beeld te verkrijgen.
- Het is belangrijk om visies naast elkaar te leggen. De patiënt kan anders overkomen bij de psycholoog dan bij de huisarts. Mogelijke visieverschillen kunnen gezien worden als een uitdaging: wanneer huisarts, psycholoog en sociaal verzekerde verschillen in aanpak of visie, kan dit de samenwerking rond terugkeer naar werk bemoeilijken.
- Kennen van elkaar verlaagt drempels: het niveau van vertrouwdheid (“goed kennen – een beetje kennen – niet kennen”) heeft een directe impact op communicatie en samenwerking. Wederzijdse bekendheid werkt drempelverlagend en bevordert directe, snelle afstemming. Hoe beter de arts en psycholoog (dit geldt ook andere actoren zoals arbeidsarts en adviserend arts) elkaar kennen, hoe lager de drempel voor efficiënte communicatie en hoe sneller er een open en constructieve sfeer ontstaat (ontwapenend effect).
- Intervisies helpen om elkaar beter te leren kennen (incl. elkaars rollen) en om bepaalde denkfouten bij psychologen of huisartsen weg te nemen in het kader van communicatie (bv ‘niet willen storen/bemoeien’, ‘heeft arts mijn informatie wel nodig?’, angst om niet geapprecieerd te worden, twijfels over toegevoegde waarde,...).

6.3.2. Tijd, compensatie en werkdruk

- Er is op dit moment onvoldoende compensatie en tijd voor deze die een traject voor personen met werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen te coördineren.
- Er bestaan tal van mogelijkheden en initiatieven, maar het is vaak moeilijk om door de bomen het bos te zien. Het gebrek aan tijd verhoogt bovendien de drempel om hiermee aan de slag te gaan.

6.3.3. Kennis en onduidelijkheid over rollen en verwachtingen

- Er is onduidelijkheid alsook verscheidene perspectieven zichtbaar over de rol van de huisarts en psycholoog in het kader van dit thema.
 - o De rol van de huisarts betreft primair het kennen van alle partners (sociale kaart) en daarbij correct doorverwijzen naar de gepaste hulpverlening (case manager).
- Er is een onwetendheid merkbaar over de rollen en missies van de preventieactoren en de actoren binnen de sociale zekerheid (o.a. adviserend arts, arbeidsarts, preventieadviseur psychosociale aspecten en terug naar werk coördinator), de doorverwijsmogelijkheden (bv. hoe doorverwijzen, wanneer moet de patiënt met een burn-out/arbeidsongeschiktheid worden doorverwezen?) alsook relevante initiatieven en ondersteuningsmogelijkheden. Deze leren kennen en hierover met elkaar in uitwisseling gaan lijkt een positieve impact te hebben. Bijvoorbeeld de rol van de PAPS, vertrouwenspersoon, TNW-C, kennis over het groepsaanbod van ELP’ers, mogelijkheid van co-consultatie tussen huisarts en psycholoog, programma burn-out van Fedris, IPS,...
- Er is vaak onduidelijkheid en verschil in interpretatie tussen hulpverleners, patiënten en werkgevers over begrippen zoals stress, arbeidsongeschiktheid en absenteïsme, wat leidt tot verwarring, misverstanden en vertraging in zorg- en re-integratietrajecten.

- Er bestaat een groot verschil in basiskennis m.b.t. dit thema bij huisartsen en eerstelijnspsychologen. Zo zijn relevante maatregelen in het kader van mentale gezondheid en werk, zoals de TNW fiches, programma burn-out van Fedris,... onvoldoende gekend op het terrein. Deze zaken breder bekend maken draagt bij aan het creëren van een gezamenlijke verantwoordelijkheid omtrent arbeidsongeschiktheid, vanuit een positieve insteek.
- Het is van belang om patiënten te motiveren wanneer en waarom het nuttig is om stappen terug naar werk te zetten. Het kennen van alle betrokken actoren, faciliteert dit proces.
- Jonge artsen ervaren een grote leernood rond dit thema, terwijl meer ervaren artsen hun werking vooral hebben opgebouwd via praktijkervaring en bestaande informele netwerken. Echter is een gevoel van 'machteloosheid' merkbaar bij de deelnemers in het kader van wat de eerstelijnsactoren al dan niet kunnen doen bij de doelgroep van werkgerelateerde problemen.

6.3.4. Begeleiding doelgroep

- Belang van vroegdetectie en het zo spoedig mogelijk starten van opvolging van personen die het risico lopen op een werkgerelateerd mentaal gezondheidsprobleem of een burn-out, zodat zij aan het werk kunnen blijven of onder goede omstandigheden hun werk kunnen hervatten.
- Een multidisciplinaire aanpak voor een globale ondersteuning van de klachten gelinkt aan werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen wordt aanbevolen.
- Arbeidsomstandigheden zijn niet altijd gezondheidsbevorderend. Een gedeelde verantwoordelijkheid wordt benadrukt (psychosociale risico's zijn ook collectief, niet enkel individueel).
- Deelnemers benadrukken dat het versterken van draagkracht en het stapsgewijs herwinnen van veerkracht centraal staat in de ondersteuning bij een werkhervatting, zowel voor personen die zeer gedreven zijn in de arbeidscontext maar moeten leren grenzen stellen als voor personen die zeer angstig zijn niets meer te kunnen in een veilige omgeving opnieuw kleine stappen te laten zetten. Voor deze laatste groep wordt opgemerkt dat ondersteuning hieromtrent vaak te laat wordt ingeschakeld.
- Bij de begeleiding van werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen, en meer specifiek bij burn-out wordt het belang van een gefaseerde aanpak benadrukt: eerst loslaten, gevolgd door reactivering. De focus ligt daarbij op de lichamelijke en emotionele impact, op acceptatie en op het gezamenlijk plannen met de patiënt. Directe communicatie, voldoende tijd en een duidelijk kader blijken in deze aanpak ondersteunend te werken.
- Bij psychologische klachten (idem m.b.t. arbeidsongeschiktheid) is het belangrijk dat de patiënt een vaste huisarts heeft. Dit vergemakkelijkt tevens de communicatie.
- Op het terrein wordt vastgesteld dat de diagnose *burn-out* zeer uiteenlopend wordt gebruikt en vaak als overkoepelende term fungeert voor diverse psychosociale of levensproblemen, terwijl slechts een beperkt aandeel van de sociaal verzekerden effectief aan de klinische kenmerken voldoet. In sommige situaties wordt een initiële inschatting later genuanceerd na verdere psychologische begeleiding, wat het belang onderstreept van zorgvuldige diagnostiek en afstemming tussen zorgverleners. Daarnaast blijkt dat een diagnose niet automatisch gelijkstaat aan arbeidsongeschiktheid, waardoor het onderscheid tussen klinische beoordeling en functionele arbeidsgeschiktheid expliciet bewaakt moet worden.

- Louter arbeidsongeschiktheid voorschrijven volstaat niet; vaak is een aanvullende, persoonsgerichte aanpak aangewezen. Door elk dossier casus per casus te beoordelen en het conflict tijdig op de werkvloer aan te pakken, wordt werkhervatting bevorderd en kan het conflict vroegtijdig in de kiem worden gesmoord.

6.3.5. Toegankelijkheid van zorg

- Inhouse samenwerking in eenzelfde praktijk (bv. psycholoog die in een huisartsenpraktijk werkt) wordt in het kader van communicatie als efficiënter en eenvoudiger ervaren.
- Wanneer eerstelijnsactoren slechts via een algemeen nummer bereikbaar zijn, vertraagt dit de samenwerking.
- Huisartsen en eerstelijnspsychologen nemen noodgedwongen complexe problematieken op door het ontbreken van vlotte doorverwijsmogelijkheden naar tweede lijn en gespecialiseerde zorg.
- Het vastkrijgen van snelle consultaties of urgente doorverwijzingen (ELP, psychiater) vraagt vandaag zeer veel tijd en middelen, wat leidt tot frustratie binnen de eerste lijn.
- Er is een onduidelijkheid over hoe psychiaters te bereiken.
- Informele korte lijnen met gekende actoren (bv. ELP) maken in sommige regio's snellere ondersteuning mogelijk. Ook een gekende actor in de praktijk (inhouse) wordt als waardevol geacht (bijvoorbeeld ELP via vindplaats bij huisartsenpraktijk).
- Lokale initiatieven (bv. administratieve ondersteuning binnen huisartsenpraktijken) worden ingezet om toegang tot zorg te faciliteren, ondanks hoge tijds- en kostenbelasting.

6.4. Hiaten

- Onvoldoende kennis op het terrein over rollen en opdrachten van de preventieactoren en actoren binnen de sociale zekerheid alsook omtrent de doorverwijsmogelijkheden.
- Op het terrein wordt een duidelijke kloof ervaren tussen wat theorie en wetgeving voorschrijven (bijv. RIT) en hoe dit zich in de praktijk vertaalt.
- Zorgverleners voelen zich op momenten machteloos bij werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen, zowel door beperkte handelingszekerheid als door werkomgevingen die weinig ruimte bieden voor noodzakelijke aanpassingen (lijden op het werk).
- Wachtlijsten bij psychologen en psychiaters maken een snelle doorverwijzing door een huisarts niet mogelijk. Dit bemoeilijkt de materie rond arbeidsongeschiktheid waarbij huisartsen beslissingen moeten maken.
- Structureel tekort aan snelle en toegankelijke gespecialiseerde zorg, wat leidt tot overbelasting van de eerste lijn (bv grote wachtlijsten bij psychiaters).
- Onvoldoende afstemming en duidelijkheid over doorverwijzing tussen eerste en tweede lijn (huisarts – psycholoog – psychiater).
- Het ontbreken van een helder, werkbaar en uniform doorverwijsmodel binnen het domein mentale gezondheid en werk.

- Geen consensus over welke digitale platformen noodzakelijk zijn voor minimale en efficiënte samenwerking.
- Ontbreken van gemeenschappelijke en praktijkgerichte definities van werkgerelateerde mentale gezondheidsbegrippen.
- Gebrek aan actuele en uniforme sjablonen voor verwijzing en verslaggeving tussen zorg- en preventieactoren.
 - Gebrek aan een eenduidig, duidelijk kader voor klinisch psychologen m.b.t. gegevensdeling.
- Er zijn duidelijke linken tussen functie 1 en functie 3 binnen de GG-netwerken, die op dit moment onvoldoende worden gemaakt.

7. Evaluatie informatiemodule in het kader van de twee masterproeven (UGent)

De twee uitgevoerde masterproeven van de Faculteit Psychologie (UGent) bieden een kwalitatieve inkijk in de perceptie van de Nederlandstalige deelnemers over de informatiemodule. Gezien het een pilootproject is met een beperkt aantal deelnemers, en gezien we een diepgaande kennisgeving over de perceptie van de eerstelijnsactor over de informatiemodule willen verkrijgen, werd er geopteerd om semi-gestructureerde interviews af te nemen. De ene studente bevroeg zes huisartsen, de andere negen eerstelijnspsychologen, telkens via semigestructureerde interviews. Mevr Lanah Verbraeken van de directie arbeidsre-integratie Prof. dr. Vlerick (promotor UGent) hebben de studenten begeleid. De masterproeven gaven een beter inzicht in mogelijke aanpassingen die de informatiemodule behoeft op basis van de ervaringen van de deelnemende eerstelijnsactoren. Gezien de beperkte steekproefgrootte en het kwalitatieve karakter van het onderzoek, kunnen de bevindingen niet worden veralgemeend. We wensen te benadrukken dat deze studenten kwalitatief werk hebben geleverd én een mooie score behaalden. In die zin bieden de masterproeven waardevolle indicaties voor toekomstige acties. We raden dan ook aan om deze door te nemen gezien dit een belangrijk deel van het project uitmaakt. U kan de masterproeven in bijlage C en D vinden.

Beide studies bevestigen dat de informatiemodule beantwoordt aan een reële nood bij eerstelijnsactoren en globaal positief wordt beoordeeld. In het bijzonder het onderdeel rond werk en re-integratie, met toelichting over de rollen van de arbeidsarts, adviserend arts en TNW-C, en de tijdlijn van arbeidsongeschiktheid, wordt door zowel huisartsen als psychologen als het meest nieuw en waardevol beschouwd.

Conform de doelstelling om "zaadjes te planten" zijn er bij beide doelgroepen kleine maar concrete gedragsveranderingen vastgesteld. Bij huisartsen rapporteert een deelnemer de werkcontext sindsdien systematischer te bevragen tijdens consultaties. Bij eerstelijnspsychologen gaan meerdere deelnemers aan de slag met psycho-educatief materiaal uit de module, volgen ze het arbeidsongeschiktheidstraject van hun cliënten beter op en verwijzen ze vlotter door dankzij een uitgebreider beeld van de sociale kaart en de rollen van andere actoren. Het onderscheid in differentiaaldiagnostiek, meer bepaald tussen burn-out, conflict op het werk en depressie, wordt door psychologen ook actief toegepast in de praktijk.

Tegelijkertijd wijzen beide studies op gelijkaardige verbeterpunten. De module wordt als te omvangrijk en te passief ervaren voor een sessie van twee uur, wat de retentie van informatie beperkt. Deelnemers vragen een

kortere of gesplitste versie, meer casuïstiek en concrete handvaten, en een duidelijker onderscheid in wat relevant is voor de huisarts versus de psycholoog. De onzekerheid bij psychologen over gegevensdeling en beroepsgeheim blijkt bovendien een structurele rem op interprofessionele samenwerking, een lacune die de module alleen niet kan opvullen en die vraagt om een duidelijk praktisch kader, bij voorkeur door of in samenwerking met de Psychologencommissie.

Tot slot bevestigen beide masterproeven dat de informatiemodule niet los kan worden gezien van de multidisciplinaire intervisies. De module legt een gedeelde kennisbasis; de vertaalslag naar gedrag en de interprofessionele uitwisseling vinden plaats in de intervisies. Dit gegeven ondersteunt de keuze om beide tools als één geheel in te zetten.

Een toekomstige analyse zal gebeuren of de informatiemodule bepaalde aanpassingen behoeft naar aanleiding van deze evaluatie.

8. Aanbevelingen

De onderstaande aanbevelingen bouwen voort op de ervaringen en hiaten die binnen het pilootproject werden vastgesteld, en zijn gericht op de verdere structurele verankering en opschaling van het project.

8.1. Structuur, modellen en verankering

- Een op maat gemaakt, duidelijk opgebouwd en goed afgestemd traject, aangeboden door een netwerk van deskundige en goed opgeleide professionals met expertise in werk en gezondheid, kan helpen voorkomen dat mensen verdwalen in hun therapeutisch proces.
- Bouw een netwerk van bevoegde professionals uit met specifieke expertise in de diagnose en begeleiding van werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen.
- Ontwikkel en sensibiliseer verschillende structuren m.b.t. het thema stress en werk in het kader van de ELP-conventie (cf. infra).
- Benadruk de complementariteit van primaire, secundaire en tertiaire preventie.
- Ontwikkel een duidelijk en regionaal toepasbaar doorverwijsmodel, met expliciete aandacht voor rolafbakening en overlap.
- Definieer realistische, minimale digitale samenwerkingsmogelijkheden, gericht op efficiënte informatie-uitwisseling zonder extra administratieve last.
- Ontwikkel een beknopt en uniform verslaggevingssjabloon voor terugkoppeling tussen psychologen, huisartsen en arbeids-/adviserend artsen, naar analogie van het sjabloon van het medisch-psychologisch overleg of het functioneel bilan (model RIZIV).
- Houd bij de ontwikkeling van wetgeving en theoretische kaders systematisch rekening met de concrete drempels en obstakels die zich in de praktijk voordoen. Aanbevolen wordt de oprichting van een observatorium met experts op het terrein, met als doel beleids- en theorievorming te baseren op praktijkinzichten en zo beter aan te sluiten bij reële noden, drempels en contextgebonden eigenheden en realiteiten.
- Leg linken tussen dit pilootproject en vindplaatsgericht werken (bv werkwinkel, VDAB, Forem, Actiris).

- Leg in de toekomst linken tussen functie 1 en 3 binnen de GG-netwerken en maak een overzicht van wat er omtrent het thema 'mentale gezondheid en werk' bestaat in de GG-netwerken.

8.2. Rollen, verantwoordelijkheden en kennis

- Werk aan gedeelde, werkbare definities van kernbegrippen die bruikbaar zijn binnen de zorg én richting werkcontext (belang van uniformiteit gezien de vele begrippen met een andere benaming afhankelijk van de specifieke context), zoals bijvoorbeeld onderscheid tussen stress, conflict op het werk, burn-out,...
- Stimuleer kennisverbreding binnen de zorg over mentale gezondheid en werk, inclusief de rollen van de verscheidene preventieactoren en actoren binnen de sociale zekerheid.
- Integreer het thema mentale gezondheid en werk (incl. arbeidsongeschiktheid) structureel in de opleiding huisartsgeneeskunde en psychologie, inclusief de rollen van relevante actoren. Daarnaast is het opportuun om in beide basisopleidingen ook te focussen op het belang van samenwerking en de modaliteiten die dit met specifieke actoren toelaat (gegevensdeling, samenwerking, communicatie).
- Integreer de thema's stress en werk, re-integratie, de rol van de verschillende actoren en het belang van een actieterrein in bijscholingen en intervisies (bijvoorbeeld LOK, 1-2 keer per jaar) om op de hoogte te blijven van de wetgeving rond deze thema's (verplichte bijscholing).

8.3. Multidisciplinaire samenwerking, communicatie en gegevensdeling

- Bouw verder op multidisciplinaire intervisies en uitwisseling, die in het project als zeer waardevol worden ervaren (kennisopbouw en rolverduidelijking). Overleg tussen huisarts en psycholoog omtrent dit thema worden door de deelnemers gepercipieerd als een essentieel onderdeel. Gebruik hiervoor de reeds bestaande kanalen en stimuleer het gebruik hiervan op het terrein, bv LOKs (medisch psychologisch overleg), intervisies vanuit ELP-conventie, co-consultatie vanuit ELP-conventie.
- Het belang van een vertrouwensband en heldere communicatie tussen huisarts en psycholoog werd bevestigd. Bouw verder op en stimuleer de samenwerking tussen huisarts en psycholoog, mede door co-consultaties met huisartsen te stimuleren die voor eerstelijnspsychologen beschikbaar zijn (art. 8) maar ook vindplaatsgericht werken in de huisartsenpraktijk.
- Overbrug wachttijden bij eerstelijnspsychologen door alternatieven in de tussentijd te stimuleren zoals groepsessies binnen ELP-conventie, online hulp, doorverwijzing naar klinisch psychologen buiten de ELP-conventie, relaxatietherapie bij kinesist (lichaamstherapieën) of een kwalitatieve jobcoach waar de huisarts reeds mee samenwerkt en tevreden over is; indien incl. werkgerelateerd probleem kan een doorverwijzing naar de PAPS en/of vertrouwenspersoon voorzien worden.
- Ontwikkel een duidelijk, eenvoudig en deontologisch onderbouwd kader voor multidisciplinaire samenwerking en gegevensdeling, in samenspraak met de Psychologencommissie, dat zorgverleners, met name psychologen, actief ondersteunt en stimuleert om waar mogelijk en met respect voor het beroepsgeheim effectief te communiceren. Onderzoek daarbij in welke mate de huidige deontologische code voldoende houvast biedt voor multidisciplinaire samenwerking, en waar verduidelijking of aanvulling nodig is om communicatie-impasses te vermijden en zorgverleners rechtszekerheid te bieden.
- Versterk korte en laagdrempelige doorverwijslijnen naar tweede lijn en gespecialiseerde zorg.

9. Implementatie en verdere uitrol

Het pilootproject *Stress, Werk en Eerste lijn* heeft sinds zijn opstart aangetoond dat er binnen de eerstelijnszorg een nood en bereidheid bestaat om werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen meer geïntegreerd en multidisciplinair aan te pakken. Er is daarbij potentieel voor een verdere ontwikkeling van het project waarbij er een structurele verankering van werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen en terugkeer naar werk binnen de ELP-conventie dient te worden uitgewerkt.

Op basis van de ervaringen en aanbevelingen uit dit pilootproject werden de volgende opvolgacties geformuleerd. Deze acties liggen in lijn met de doelstellingen van het project maar gaan in de toekomst ook breder, zowel wat betreft de aard van de initiatieven als de betrokken doelgroepen en actoren. Hierbij dienen er tevens linken gelegd te worden met het Federaal Plan Mentale Gezondheid en Werk, dat wordt gecoördineerd binnen het federaal netwerk mentale gezondheid en werk. Op die manier worden de inzichten en tools uit dit pilootproject structureel verankerd binnen een breder beleidsmatig kader en kunnen zij bijdragen aan de transversale doelstellingen rond preventie van uitval en werkhervatting.

Het webinar aanbod (NL en FR) wordt opengesteld voor alle eerstelijnspsychologen en huisartsen in België. De opname en bijhorende PPT worden beschikbaar gesteld via de RIZIV-website en verspreid via de 32 GG-netwerken en de huisartsenorganisaties Domus Medica en SSMG. De informatiemodule wordt beschouwd als een levend document dat doorheen de tijd wordt bijgesteld, zowel in functie van wijzigingen in de wetgeving en nieuwe maatregelen, als op basis van de bevindingen uit de twee masterproeven en de noden op het werkveld. Een verdere analyse zal gebeuren of de informatiemodule aanpassingen behoeft op basis van De PPT kan daarnaast ook ingezet worden voor andere disciplines zoals bv psychiaters.

De GG-netwerken worden gestimuleerd om informatiesessies, multidisciplinaire interviews en lokale groepen aan te bieden rond werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen, en om de webinarinhoud proactief te delen met eerstelijnspsychologen met een werkgerelateerd aanbod (F1/F2/F3). Een eerste stap in deze sensibilisering werd reeds gezet: er vonden gesprekken plaats met de lokale coördinatoren van de GG-netwerken, zowel ter sensibilisering als in het kader van de eindresultaten van het project, met bijzondere aandacht voor de overdracht van good practices en know how.

Daarnaast kan een mogelijke opvolgactie erin bestaan om samen met de referentiecellen uit het pilootproject een basispakket te ontwikkelen. Dit pakket bundelt alle nodige informatie uit het pilootproject, zodat collega's binnen andere GG-netwerken ook multidisciplinaire interviews kunnen opzetten via een duo van psycholoog en huisarts. Hierbij kan gedacht worden aan documenten rond criteria en selectie van experts, fiches over de organisatie van dergelijke interviews, enzovoort. Op die manier kunnen activiteiten zoals infosessies en interviews geleidelijk over heel België worden uitgerold. Dit draagt bij tot een versterkte samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen en tot een verdere verduidelijking van de rollen van de verschillende actoren binnen het domein werk en sociale zekerheid. De verdere operationele coördinatie van onder meer de interviews ligt bij de GG-netwerken zelf. Het RIZIV neemt, in samenwerking met de referentiecellen, de ontwikkeling van het basispakket op zich, mits analyse van het benodigde bijkomende budget.

De referentiecellen uit het pilootproject kunnen daarnaast praktische ondersteuningsmaterialen ontwikkelen op basis van de informatiemodule en de interview-ervaringen, zoals een beslissingsboom, een actorenoverzicht, een sjabloon verwijsbrief of een regionale doorverwijsgids. Er zal ook bekeken worden of zij de interviews in hun pilootregio al dan niet kunnen verderzetten. Bovendien is een mogelijke andere

opvolgactie dat de bestaande LOK-pakketten rond medisch-psychologisch overleg en re-integratie worden geanalyseerd en aangevuld met de ontwikkelde PPT uit het project, of er wordt er bekeken of het nodig is om hiervoor een nieuw LOK-pakket te ontwikkelen, eventueel in samenwerking met Domus Medica, SSMG en de bestaande referentiecellen.

Om eerstelijnspsychologen beter te equiperen rond dit thema, wordt door de Dienst geneeskundige verzorging en de FOD Volksgezondheid, via overheidsopdrachten, een opleidingsaanbod voorzien. Eén van de voorziene thema's richt zich specifiek op psychisch werkgerelateerde stress, arbeidsongeschiktheid en re-integratie, en wordt aangeboden in twee vormen: online en vrij toegankelijk, en in aanwezigheid voor eerstelijnspsychologen en orthopedagogen. De bedoeling is dat dit aanbod start in het eerste kwartaal van 2027, met een expliciete link naar de informatiemodule uit het project Stress, Werk en Eerste lijn. De dienst uitkeringen is hieromtrent een contactpersoon bij vragen of extra ondersteuning.

Het is essentieel dat sociaal verzekerden op een zo laagdrempelig mogelijke manier toegang hebben tot psychologische ondersteuning. Zowel huisartsen als psychologen dienen hierbinnen vlot bereikt te worden, zodat de samenwerking in de begeleiding naar werk verder ondersteund wordt. Een concrete vervolgstap is om in samenwerking met de GG-netwerken en het ELP-team een verdere samenwerking te realiseren tussen eerstelijnspsychologen en de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten, o.a. via vindplaatsgericht werken. Dit sluit aan bij de bredere doelstelling van het Federaal Plan Mentale Gezondheid en Werk om instroom in langdurige arbeidsongeschiktheid te verminderen via vroegdetectie en laagdrempelige psychologische ondersteuning op de vindplaats werk. Eén van de voorstellen die hieromtrent voorzien worden is dat eerstelijnspsychologen die hiervoor interesse tonen, worden verwacht de webinar uit dit project te hebben gevolgd, zodat zij over de nodige basiskennis beschikken rond mentale gezondheid, werk en re-integratie.

Tot slot dringt een verdere analyse zich op over welke andere actoren sensibilisering verdienen rond het domein mentale gezondheid en werk. Hierbij kunnen gerichte webinars ontwikkeld en georganiseerd worden en kan de PPT binnen het project dienen als extra input.

10. Conclusie

Vanaf de start was het belangrijk om het project helder te kaderen. De webinar vormde daarbij de basis: een eerste gemeenschappelijk referentiekader waarin informatie werd aangereikt en begrippen rond stress en werk werden verduidelijkt. Van daaruit ontstond ruimte voor verdieping via interviews, waarin deelnemers met elkaar in gesprek gingen en ervaringen uitwisselden.

Het project werd bewust opgezet als een pilootproject. Er is immers bijzonder veel mogelijk binnen dit thema, en net dat maakte het tegelijk boeiend en uitdagend. De focus werd specifiek gelegd op stress en werk binnen de eerste lijn, met als primair doel het vergroten van de bewustwording en het expliciet aandacht geven aan het thema werk binnen deze context.

Om te eindigen met een mooie quote van één van de deelnemende huisartsen uit dit project: "Niemand kan alles maar iedereen kan iets".