

Eerstelijnszorg bij stressgerelateerde gezondheidsproblemen: kwalitatief onderzoek naar de perceptie van eerstelijnspsychologen over de informatiemodule 'Stress, Werk en Eerste Lijn'

Jade Degrande

Studentennummer: 01908176

Promotor: prof. dr. Peter Vlerick

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad Master of Science in de psychologie - klinische psychologie

Academiejaar 2025-2026

Abstract

Werkgerelateerde psychische gezondheidsproblemen vormen een steeds belangrijkere oorzaak van arbeidsuitval. Deze trend veroorzaakt aanzienlijke implicaties voor zowel de sociale zekerheid als de gezondheidszorg. In dit kader ontwikkelde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ dat eerstelijnsactoren ondersteunt in de begeleiding van personen met werkgerelateerde psychische gezondheidsproblemen.

Deze studie onderzoekt de percepties van eerstelijnspsychologen over de aangeboden informatiemodule binnen het project ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De studie richt zich daarbij op de bruikbaarheid, relevantie en implementatie van de informatiemodule in de praktijk. Tot dit doeleinde werden negen semigestructureerde interviews afgenomen bij eerstelijnspsychologen die deelnamen aan het pilootproject. Deze interviews werden vervolgens via thematische analyse geanalyseerd.

De resultaten tonen aan dat de informatiemodule in het algemeen door de eerstelijnspsychologen als bruikbaar en relevant wordt beoordeeld, mits enkele punten van kritiek met betrekking tot het format en de inhoud. De implementatie van de module in de praktijk lijkt in eerste instantie beperkt en er worden enkele factoren geïdentificeerd die de vertaalslag naar de praktijk lijken tegen te werken.

Dankwoord

Deze thesis vormt de bekroning op een studietraject van vijf jaar, waarin bloed, zweet en heel veel tranen hebben gevloeid. Zowel in de realisatie van deze thesis als gedurende mijn opleiding hebben verschillende mensen een belangrijke rol gespeeld. Graag wil ik hen hier uitdrukkelijk voor bedanken.

Eerst en vooral wens ik mijn begeleiders van het RIZIV, Lanah Verbraecken en Saskia Decuman, te bedanken voor de fijne samenwerking en het verlenen van deze opportuniteit om mijn thesis binnen hun organisatie vorm te geven. Jullie betrokkenheid, toegankelijkheid en feedback tilden deze thesis telkens tot een hoger niveau.

Daarnaast wens ik ook mijn promotor professor Vlerick te bedanken voor zijn deskundige begeleiding, beschikbaarheid en flexibiliteit tijdens het proces van deze thesis.

Aan mijn beste vriendin Charlotte, bedankt voor jouw eindeloze geduld, aanmoedigingen, peptalks en spellingcontroles. Ik ben jou oneindig dankbaar voor alles wat jij in de voorbije tien jaar al voor mij hebt betekend.

Anna, Femke, Fara, Lotte en Meike, mijn Miekskes. Bedankt om deze laatste vijf jaar aan mijn zijde te staan en mij te tonen wat echte vriendschap betekent. Zonder jullie had ik deze eindmeet nooit gehaald.

Als laatste een ode aan mijn ouders, mama en David. Bedankt om mij alle kansen te geven en in mij te blijven geloven, ook wanneer ik dit zelf niet kon.

Inhoudsopgave

Abstract.....	II
Dankwoord	III
Inhoudsopgave	IV
Inleiding.....	1
<i>Conceptualisatie van Stressgerelateerde Gezondheidsproblemen</i>	<i>1</i>
<i>Consequenties voor Werknemer, Werkgever en Overheid</i>	<i>3</i>
Niveau van de Werknemer.....	3
Niveau van de Werkgever	4
Niveau van de Overheid	4
<i>Preventie van Psychische Problemen en de Rol van Eerstelijnszorg</i>	<i>5</i>
<i>Huidige Interventie bij Psychische Problemen door RIZIV.....</i>	<i>7</i>
<i>Situering Masterproef en Huidig Onderzoek.....</i>	<i>9</i>
Methode.....	13
<i>Gebruik van Semigestructureerde Interviews</i>	<i>13</i>
<i>Ontwikkeling van de Interviewleidraad</i>	<i>13</i>
<i>Selectie van Participanten</i>	<i>14</i>
<i>Procedure</i>	<i>15</i>
<i>Data-Analyse</i>	<i>15</i>
<i>Kwaliteit en Betrouwbaarheid van het Onderzoek</i>	<i>17</i>
<i>Ethische aspecten van het onderzoek</i>	<i>17</i>
Resultaten	18
<i>OV1: Hoe Evalueren Eerstelijnspsychologen de door het RIZIV Aangeboden Informatiemodule in het Algemeen en op vlak van Bruikbaarheid en Relevantie in het Bijzonder?.....</i>	<i>18</i>
Thema 1: Ervaren Gebruiksgemak en de Rol van het Format	18
Thema 2: Perceptie van Meerwaarde en Inhoud	21
<i>OV2: Welke Kenmerken of Factoren Hangen Samen met het al dan niet Toepassen van de Aangeboden Informatie in de Praktijk?</i>	<i>24</i>
Thema 3: Vertaalslag naar de Praktijk.....	24
Thema 4: Behoeft en Gemis aan Interprofessionele Samenwerking	26
Discussie.....	29
<i>OV1: Hoe Evalueren Eerstelijnspsychologen de door het RIZIV Aangeboden Informatiemodule in het Algemeen en op vlak van Bruikbaarheid en Relevantie in het Bijzonder?.....</i>	<i>29</i>
<i>OV2: Welke Kenmerken of Factoren Hangen samen met het al dan niet Toepassen van de Aangeboden Informatie in de Praktijk?</i>	<i>30</i>

<i>Limitaties van het Onderzoek en Implicaties voor Verder Onderzoek</i>	<i>32</i>
<i>Implicaties voor de Praktijk</i>	<i>33</i>
Conclusie	34
Verklaring omtrent gebruik van AI	35
Referentielijst	36
Bijlage 1	46
<i>Inhoudsopgave informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’</i>	<i>46</i>
Bijlage 2	48
<i>Interviewleidraad</i>	<i>48</i>

Inleiding

Psychische stoornissen zijn wereldwijd een belangrijke oorzaak van absenteïsme en uitkeringen in hoge-inkomenslanden. Deze ontwikkeling zet druk op de gezondheidszorg en zorgt voor uitdagingen op beleidsniveau (Harvey et al., 2009). In België waren volgens cijfers¹ van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) 37,5% van mensen in invaliditeit (i.e. meer dan één jaar arbeidsongeschikt) in 2023 arbeidsongeschikt omwille van psychische stoornissen. Een groot deel van die groep (69,48%) viel uit omwille van burn-out of depressie (RIZIV, 2024). Daarnaast is er een sterke toename van het aantal aanmeldingen binnen de eerste lijn van mentale gezondheidsproblemen (i.e. stressgerelateerde gezondheidsproblemen) met een invloed op het professioneel functioneren van het individu. Omwille van de negatieve invloed op de fysieke en mentale gezondheid van het individu wenst het RIZIV d.m.v. het project ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ preventief in te zetten op deze doelgroep (RIZIV, 2024).

Conceptualisatie van Stressgerelateerde Gezondheidsproblemen.

In deze sectie wordt getracht de term stressgerelateerde gezondheidsproblemen te definiëren. Daarvoor wordt gestart met een conceptualisatie van de term ‘stress’. Volgens de American Psychological Association dictionary of Psychology omvat stress de fysieke en mentale veranderingen die optreden onder invloed van interne en externe stressoren (American psychological associaton, 2018). In een review artikel van Lu et al. (2021) wordt stress gedefinieerd als een staat waarin de homeostase wordt verstoord. De stressrespons is een fysiologische reactie van het lichaam om deze disbalans te herstellen. Het stresseffect verwijst naar de gevolgen voor het lichaam waarbij homeostase ofwel hersteld kan worden, of bij aanhoudende stress schade kan optreden.

Stress kan worden onderverdeeld in eustress, susstress en distress (Lu et al., 2021). Eustress verwijst naar een optimaal niveau van stress, waarbij de homeostase slechts matig verstoord wordt en functionele adaptatie nog mogelijk is.. Bij susstress is er sprake van een te laag niveau van stress, wat kan leiden tot verminderde motivatie en prestatie. Distress, of slechte stress, treedt op bij een overmatige stressbelasting die de homeostase ernstig verstoort en potentieel schadelijk is voor de gezondheid. Een optimaal niveau van stress is dus cruciaal voor de gezondheid van een individu.

¹ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/arbeidsongeschiktheid-hoeveel-burn-outs-en-depressies-langer-dan-een-jaar-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>

In de wetenschappelijke literatuur wordt stress, meer bepaald distress, in verband gebracht met diverse fysieke en mentale gezondheidsrisico's. De veelheid aan definities en interpretaties van stress, evenals de lopende discussies over de onderliggende causale mechanismen, bemoeilijken echter het opstellen van een exhaustief overzicht van de effecten. Op cardiovasculair vlak wordt stress onder andere geassocieerd met een verhoogd risico op hypertensie, coronaire hartziekten en hartinfarcten (Liu et al., 2017; Kivimäki & Steptoe, 2017). Daarnaast beïnvloedt stress het immuunsysteem, wat kan resulteren in vertraagde wondheling, verhoogde ontstekingsreacties en een grotere vatbaarheid voor infectie (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2009). Ook op gastro-intestinaal niveau heeft stress zowel op korte als lange termijn significante effecten. Onder invloed van stress kunnen gastro-intestinale aandoeningen zoals het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) of Inflammatory Bowel Disease (IBD) ontstaan, onder andere door de invloed van stress op de hersen-darm as (Konturek et al., 2011). Bovendien wordt stress in verband gebracht met neurologische effecten zoals spanningshoofdpijn en slaapproblemen (Cathcart et al., 2010; Åkerstedt et al., 2007).

Naast de fysieke gezondheidsrisico's kan stress ook het risico op mentale gezondheidsproblemen en psychische stoornissen verhogen. Stress activeert de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HPA-as) en verhoogt de concentratie van glucocorticoïden in het bloed. Bij langdurige blootstelling kunnen deze hormonale veranderingen een invloed uitoefenen op cognitieve functies en de ontwikkeling van psychopathologie (Marin et al., 2011). Het verband tussen stress en psychopathologie kan echter niet los worden gezien van individuele predisposities, zoals genetische aanleg en verschillen in stressreactiviteit, evenals de bredere omgeving waarin een individu zich bevindt (De Kloet et al., 2005).

Het diathese-stress model sluit hierop aan door te stellen dat de ontwikkeling van psychische problemen voortkomt uit een interactie tussen predisponerende genetische of biologische kwetsbaarheden en stressoren uit de omgeving (Zuckerman, 1999). Deze wisselwerking bepaalt in hoeverre een individu vatbaar is voor het ontwikkelen van psychopathologie. Ook de werkomstandigheden van een individu kunnen als mogelijke stressor dergelijke gezondheidsproblemen mee veroorzaken (Rugulies et al., 2023). Vaak vertonen fysieke en mentale stress-symptomen een samenhang in de klinische praktijk. Zo blijkt uit onderzoek van Kroenke et al. (1995) dat het aantal fysieke symptomen dat een patiënt rapporteert bij een aanmelding in de eerstelijnszorg een significante predictor is voor de aanwezigheid van een psychische stoornis.

Psychische stoornissen worden daarbij in de literatuur vaak opgedeeld in common mental disorders (CMD) of lichte tot matige psychische stoornissen en serious mental illness (SMI) of matig tot ernstige psychische stoornissen. Onder CMD vallen de depressieve stoornissen en angststoornissen met inbegrip van gegeneraliseerde angststoornis (GAS), paniekstoornis, specifieke fobieën, sociale angststoornis, obsessieve compulsieve stoornis (OCS) en posttraumatische stressstoornis (PTSS) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Onder SMI vallen de psychiatrische stoornissen die een langdurige en ernstige impact hebben op verschillende levensdomeinen van de patiënt, waarbij fluctuaties in de symptomatologie kunnen voorkomen onder invloed van dagdagelijkse stressoren (Bhugra, 2006). Zowel bij CMD als SMI ligt de kwaliteit van leven (QoL) significant lager dan bij gezonde controlegroepen en er kan een dalende trend in QoL worden opgemerkt van gezonde controles overheen CMD tot SMI (Evans et al., 2007).

Daarnaast kan een conceptueel onderscheid worden gemaakt tussen psychische stoornissen enerzijds en psychische gezondheidsproblemen (i.e. stressgerelateerde gezondheidsproblemen) anderzijds. Psychische stoornissen omvatten de klinische stoornissen zoals men ze kan terugvinden in diagnostische instrumenten zoals de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Psychische gezondheidsproblemen omvatten een breder scala aan problemen, met inbegrip van onder andere subklinische problemen en problemen die niet aan classificatie voldoen zoals burn-out en psychologische distress (Rugulies et al., 2023).

Stressgerelateerde gezondheidsproblemen vertegenwoordigen dus een breed scala aan fysieke en mentale klachten waarin stress een cruciale rol speelt. Binnen deze masterproef worden stressgerelateerde gezondheidsproblemen gedefinieerd als fysieke en mentale klachten die optreden onder invloed van stress die een impact hebben op en verband houden met het professioneel functioneren van een patiënt. Hierbij worden psychische gezondheidsproblemen zoals eerder gedefinieerd evenals CMD (i.e. lichte tot matige psychische stoornissen) geïnccludeerd.

Consequenties voor Werknemer, Werkgever en Overheid

Niveau van de Werknemer

Mentale gezondheidsproblemen en de daaruit volgende arbeidsongeschiktheid hebben verschillende gevolgen voor de werknemer. Volgens Saunders en Nedelec (2014) is werk betekenisvol in het leven van mensen, ook wanneer ze arbeidsongeschikt erkend zijn. De centrale thema's die aan werk gekoppeld worden zijn een gevoel van identiteit en normaliteit, financiële zekerheid en socialisatie.

Deze voordelen van werk staan tijdens arbeidsongeschiktheid onder druk, maar kunnen simultaan ook een terugkeer naar werk stimuleren. Werkloosheid correleert met negatieve uitkomsten op het vlak van gezondheid onder andere met hogere mortaliteit, verlaagde mentale gezondheid, meer ziekte en invaliditeit en verhoogd gebruik van gezondheidszorg (Mathers & Schofield, 1998). Daartegenover tonen verschillende studies aan dat werken voordelen kan bieden voor mensen die omwille van psychische gezondheidsproblemen uitvallen. Wanneer men, ondanks de psychische problemen, toch gaat werken ervaart men een positief effect op het gevoel van eigenwaarde en kwaliteit van leven (Bond et al., 2001).

Daarnaast is de relatie tussen werk en psychische problemen circulair en complex. Zo tonen studies aan dat mensen met psychische problemen een verhoogde kans hebben op werkuitval, arbeidsongeschiktheid en een lagere scholingsgraad en zou dit vervolgens hun klachten kunnen verergeren (Van Rijn et al., 2013; Porru et al., 2018; Hakulinen et al., 2019). Anderzijds is er ook evidentie dat werkomstandigheden een rol kunnen spelen in het ontstaan van psychische problemen (Rugulies et al, 2023). De richting van het verband tussen factoren gerelateerd aan werk en de psychische gezondheid van een individu is nog niet geheel duidelijk. Verder onderzoek is nodig om een sluitend antwoord te verkrijgen.

Niveau van de Werkgever

De werkomstandigheden van een werknemer kunnen de mentale gezondheid van de werknemer beïnvloeden en vervolgens effect hebben op hun werkprestaties. Een studie van Aquino et al. (2020) toonde aan dat wanneer het stressniveau van een werknemer een bepaalde drempel overschrijdt dit negatieve effecten heeft op de productiviteit van de werknemer. Dit verlies van productiviteit kan onder andere worden toegeschreven aan absentisme (i.e. afwezigheid wegens ziekte), presenteïsme (i.e. ondanks fysieke of psychische gezondheidsproblemen aanwezig zijn) en langdurige periodes van afwezigheid door arbeidsongeschiktheid (Burton et al, 2008). Dit vertaalt zich vervolgens in directe en indirecte kosten voor de werkgever door productiviteitsverlies in het bedrijf, kosten gekoppeld aan het vervangen van de werknemer en het gewaarborgd loon van de werknemer (Securex, z.d.).

Niveau van de Overheid

Volgens het World Economic Forum (WEF) kan de economische impact van psychische stoornissen op drie manieren gekwantificeerd worden via menselijk kapitaal, economische groei en de waarde van een statistisch leven (Trautmann et al., 2016). De eerste benadering centreert rond het menselijk kapitaal en maakt een onderverdeling in directe en indirecte ziektekosten.

Directe kosten zijn de kosten die verbonden zijn met de diagnostiek en behandeling terwijl indirecte kosten verbonden zijn met verlies van inkomen door onder andere verlaagde productiviteit. In de Europese Unie werden de directe en indirecte kosten voor psychische stoornissen geschat op 798 biljoen euro, een cijfer dat verwacht wordt te verdubbelen tegen 2030 (Trautmann et al., 2016). De tweede benadering kijkt naar de economische groei die wordt bepaald door het bruto binnenlands product (BBP) dat beïnvloed kan worden door arbeid enerzijds en kapitaal anderzijds. Beide worden negatief beïnvloed door psychische stoornissen. Als laatste kan men kijken naar de waarde van een statistisch leven (Value of Statistical Life, VSL), een maat die een inschatting geeft van de waarde die mensen plakken op het vermijden van ziekte. De globale economische last van psychische stoornissen volgens de VSL kwam in 2010 neer op 8.5 triljoen dollar. In België werd volgens cijfers² van het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) in 2024 151,14 miljoen euro gespendeerd aan geestelijke gezondheidszorg en cumulatieve uitgaven (MyCarenet, z.d.). Ook de sociale zekerheid staat onder druk omwille van psychische problemen. In 2021 werd in België ruim 1,8 miljard euro uitgegeven aan uitkeringen voor personen die arbeidsongeschikt waren omwille van een depressie of burn-out. Deze uitgaven zijn sinds 2016 met 59% gestegen (RIZIV, 2024).

Preventie van Psychische Problemen en de Rol van Eerstelijnszorg

De eerder beschreven gevolgen en toenemende prevalentie van stressgerelateerde gezondheidsproblemen illustreren het belang van tijdige en adequate interventie. In België wordt in toenemende mate ingezet op preventie, onder andere via initiatieven m.b.t. geestelijke gezondheidsbevordering. Sinds 2022 maakt geestelijke gezondheidsbevordering expliciet deel uit van de nationale gezondheidsdoelstellingen. In dat kader werden ook samenwerkingsverbanden opgezet met onder andere het Vlaams Instituut Gezond Leven en The Human Link (Vlaamse overheid, 2023). Preventie kan op verschillende niveaus worden onderscheiden. Klassiek wordt daarbij een driedeling gemaakt in primaire, secundaire en tertiaire preventie (Edù-Valsania et al., 2022). Primaire preventie richt zich op het voorkomen van aandoeningen door het reduceren van risicofactoren en versterken van beschermende factoren. Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig vaststellen of detecteren van aandoeningen met het oog op tijdige interventie en vermindering van escalatie. Tertiaire preventie zet in op bevorderen van herstel en reïntegratie van reeds uitgevallen personen alsook het voorkomen van herval.

² <https://ned.mycarenet.be/algemene-diensten/mental-health/dashboard-mhc>

Verder kent de geestelijke gezondheidszorg in België een onderscheid tussen gespecialiseerde zorg enerzijds en niet-gespecialiseerde zorg anderzijds. Tot de gespecialiseerde zorg behoort de tweede- en derdelijnszorg die probleemspecifiek werken en zich richten op ernstigere psychische problemen. Tot de niet-gespecialiseerde zorg behoort de generalistische, breed toegankelijke eerstelijnszorg die zich richt op lichte tot matige psychische problemen en zich situeert op het niveau van secundaire preventie.

De eerste lijn verwijst naar de vrij toegankelijke, ambulante zorg voor specifieke problemen van zowel psychologische als sociale aard. Daarbij vormt de eerste lijn doorgaans het eerste contact met de professionele hulpverlening waar de patiënt terecht kan voor diagnostiek, curatieve zorg, revalidatie en palliatieve ondersteuning voor de meeste problemen. Daarnaast zet de eerste lijn ook in op preventie en wordt rekening gehouden met de context rondom een patiënt. Als laatste verzekert de eerste lijn de continuïteit van zorg en biedt ze ondersteuning in de informele zorg rondom een patiënt (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017). In de afgelopen decennia is de focus steeds meer verschoven in de richting van de eerstelijnszorg, waarbij vroegdetectie en vroeginterventie bij lichte tot matige psychische problemen de ontwikkeling van ernstigere problemen kan voorkomen (Christelijke Mutualiteit, 2023). Dit wordt ook geïllustreerd door het gepubliceerde beleidskader van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ‘Health 2020’ die de eerstelijnszorg als ‘hoeksteen van het moderne gezondheidsbeleid’ naar voren schuift in de Europese context (WHO, 2013). Ook de vertaling voor de Vlaamse context in de beleidstekst ‘Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn’ schuift een integrale benadering naar voren waarin matched care, samenwerking tussen disciplines, autonomie van de burger, duidelijkheid van het zorglandschap en lokale organisatie van zorg centraal staan (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017). Binnen deze context vormt de ‘conventie voor eerstelijns psychologische zorg’ in België van het RIZIV (ELP-conventie) een belangrijk initiatief waarbij de terugbetaling voor eerstelijns psychologische zorg wordt geregeld. Dit initiatief beoogt de drempel tot eerstelijnspsychologische zorg te verlagen en de doorstroom naar duurdere, meer gespecialiseerde zorg te verminderen via een netwerk van erkende zorgverleners.

Ter evaluatie van de ELP-conventie in België werd de ‘Evaluatie van de eerstelijnspsychologische zorg’ of EPCAP-studie opgezet (Bruffaerts et al., 2023). Deze studie toonde aan dat de conventie maatschappelijk en klinisch valide is. Patiënten vinden sneller de weg naar hulpverlening en de effecten van de behandeling zijn positief.

Op basis van de resultaten van deze studie werd de overeenkomst in 2024 herbekeken en verder uitgebreid om onder andere in te spelen op de nood aan een financieringsmodel dat rekening houdt met de noden van de bevolking (Bruffaerts et al., 2023; RIZIV, 2024).

Huidige Interventie bij Psychische Problemen door RIZIV

Binnen bovenstaand kader beoogt het RIZIV, als overheidsorganisatie, naast algemene initiatieven ook in te zetten op projecten die ondersteuning bieden aan specifieke doelgroepen, zoals werknemers met psychische problemen. Eén van die initiatieven in dit kader is het Individuele Plaatsing en Steun (Individual Placement and Support [IPS]) programma. Dit programma werd ontwikkeld in de Verenigde Staten (VS) als alternatief voor de klassieke werkrehabilitatiemodellen die vaak het principe van ‘train then place’ hanteren. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het aanleren van specifieke vaardigheden in de veronderstelling dat deze de cliënt voorbereiden op het hervatten van werk (Fontenay & Tojerow, 2025).

Hoewel er enige evidentie bestaat voor de effectiviteit van deze traditionele benadering is er ook substantiële kritiek. Generieke vaardigheden blijken vaak onvoldoende te generaliseren naar de werkvloer en programma's sluiten vaak onvoldoende aan bij interesses van deelnemers, wat demotiverend werkt. Daarnaast is het moeilijk om te voorspellen welke vaardigheden een persoon nodig zal hebben voorafgaand aan het vinden van een job en stelt deze aanpak het aanvangen van een job met competitief loon uit waardoor positieve effecten van werk uitblijven (Drake et al., 2012; Modini et al., 2016). Een kwalitatieve focusgroepstudie van De Graaf (2020) identificeerde bijkomende knelpunten in de Belgische context: een gebrek aan middelen voor langdurige begeleiding, beperkte communicatie tussen belanghebbenden, financiële onzekerheid voor cliënten, selectiviteit in het aanwerven, onaangepaste functievereisten en ontkenning van ziekte bij de cliënt.

Het IPS-programma biedt mogelijks een antwoord op deze tekortkomingen. Het programma zet in op een snelle plaatsing (place then train) van mensen met een matig tot ernstige psychiatrische problematiek (serious mental illness [SMI]) waarbij verdere ondersteuning en eventuele training kan gebeuren tijdens de tewerkstelling (Drake et al., 2012). Het model steunt op acht fundamentele principes (Drake & Bond, 2023; Drake et al., 2012).

1. Tewerkstelling in het reguliere arbeidscircuit met een marktconform, competitief loon is een haalbaar doel voor iedereen.
2. Deelname aan het programma vereist geen voorafgaande screening, elke persoon met een arbeidsongeschiktheidsstatus en SMI komt in aanmerking.
3. Er wordt gestreefd naar integratie met de geestelijke gezondheidszorg waarbij de IPS-coach nauw samenwerkt met andere zorgverleners.

4. De voorkeuren en interesses van de cliënt staan centraal bij de keuze van werk, hierbij kunnen suggesties van de begeleider aanvullend werken.
5. De trajectbegeleider informeert de cliënt over de implicaties van tewerkstelling op hun uitkering en financiële situatie zodat zij geïnformeerde keuzes kunnen maken.
6. De zoektocht naar werk start zo snel mogelijk, zonder de cliënt overhaast te plaatsen. Het doel is duurzame tewerkstelling die aansluit bij de mogelijkheden en interesses van de cliënt.
7. De trajectbegeleider bouwt duurzame relaties op met lokale werkgevers om passende tewerkstellingsmogelijkheden te identificeren.
8. Begeleiding is tijdsafhankelijk en individueel afgestemd, de ondersteuning blijft beschikbaar zolang als nodig is en stopt niet bij tewerkstelling.

In de VS heeft IPS zijn effectiviteit al sterk bewezen. Verschillende Randomised controlled trials (RCT's) en systematische reviews bevestigen dat IPS de tewerkstelling van patiënten met SMI significant verhoogd (Drake & Bond, 2023). Internationale onderzoeken tonen aan dat IPS ook buiten de VS effectief is en vaak beter presteert dan traditionele werkhervattingsprogramma's. Toch blijkt de effectiviteit mede afhankelijk van de implementatietrouw die beïnvloed wordt door land-specifieke factoren zoals economische welvaart, houding van hulpverleners of werkgevers, structurele verschillen met betrekking tot het sociaal zekerheidsstelsel, organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en communicatie tussen stakeholders (Modini et al., 2016; Drake & Bond, 2023).

Fontenay en Tojerow (z.d.) onderzochten recent de implementatie van IPS binnen de Belgische context via een RCT waarin IPS werd vergeleken met het klassieke 'Terug-Naar-Werk-traject'. Bij de voorlopige follow-up na dertig maanden werden bemoedigende resultaten gerapporteerd. Zo bleken deelnemers in het IPS-programma minder afhankelijk van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, deels doordat zij vaker deeltijds werkten tijdens hun uitkeringsperiode of deze volledig stopzetten. Ook bleken zij meer realistische verwachtingen te hebben over werktijden en loon en waren zij actiever betrokken bij het sollicitatieproces. Verder suggereren voorlopige data dat de hogere initiële investeringskost per cliënt op termijn zou kunnen worden gecompenseerd door een vermindering in uitkeringslasten. Verder follow-up is echter noodzakelijk om deze bevindingen te bevestigen.

Hoewel IPS in vergelijking met controlegroepen zijn effectiviteit bewijst voor verschillende groepen van arbeidsongeschikten waaronder personen met lichte tot matige psychiatrische problemen, bereikt IPS zijn grootste effectiviteit bij matig tot ernstige psychiatrische problemen (De Winter et al., 2022). Hierdoor blijft de ondersteuning voor lichte tot matige klachten ondervertegenwoordigd.

Situering Masterproef en Huidig Onderzoek

Zoals in de voorgaande secties werd besproken tonen eerdere studies aan dat de bestaande reïntegratieprogramma's knelpunten kennen met betrekking tot onder meer de attitude van hulpverleners en de communicatie tussen stakeholders (Modini et al., 2016; De Graaf, 2020; Drake & Bond, 2023). Ook de EPCAP-studie, die de implementatie van de ELP-conventie in België evalueerde, benadrukt de nood aan het verder stimuleren van de samenwerking tussen eerstelijnsactoren (Bruffaerts et al, 2023). Bijkomend richt het huidige initiatief van de IPS-interventie zich hoofdzakelijk op de specifieke doelgroep van werknemers met matig tot ernstige psychische problemen. Het pilootproject 'Stress, Werk en Eerste Lijn' van het RIZIV, waarbinnen deze masterproef zich situeert, beoogt in te zetten op de doelgroep lichte tot matige psychische problemen. Bij deze doelgroep kan door vroegtijdige interventie arbeidsuitval en duurdere hulpverleningstrajecten worden voorkomen.

Het pilootproject uitgevoerd door het RIZIV, dat de ELP-conventie als kader gebruikt, wenst in te zetten op geïntegreerde zorg waarbij de eerstelijnsactor naast de focus op de stressgerelateerde problemen ook aandacht heeft voor het professioneel functioneren van de patiënt (RIZIV, 2024). Het project zet in op het ontwikkelen en aanbieden van kennis en praktische handvaten aan eerstelijnsactoren, in het bijzonder huisartsen en geconventioneerde eerstelijnspsychologen, ter ondersteuning van de begeleiding van personen met lichte tot matige psychische problemen waarbij een duidelijke link is met het domein werk (i.e., risico op werkuitval of reeds in arbeidsongeschiktheid erkend). Door in te zetten op het sensibiliseren van de eerstelijnsactoren, kennisverrijking over het domein werk en het bestendigen van het samenwerkingsverband op de eerste lijn, beoogt dit project de zorg voor patiënten met stressgerelateerde gezondheidsproblemen te optimaliseren en arbeidsuitval op lange termijn te voorkomen.

Het project wordt op drie verschillende pilootlocaties in Vlaanderen, Brussel en Wallonië uitgerold. Hierbij wordt voor elk van de pilootlocaties een implementatie van drie tools uitgevoerd, met inbegrip van de evaluatie ervan. De eerste tool omvat een referentiecél bestaande uit minstens één eerstelijnspsycholoog en één huisarts per pilootlocatie.

De referentiecel heeft een gidsende rol, faciliteert de implementatie van de tools en vormt het centrale aanspreekpunt voor de deelnemende eerstelijnsactoren binnen het project. Als tweede tool wordt een informatiemodule aangeboden met verschillende thema's waaronder het brede domein werk en arbeidsongeschiktheid (inclusief reïntegratie en relevante actoren hierbinnen) en de link met stressgerelateerde gezondheidsproblemen en mentale gezondheid. Deze module poogt eerstelijnsactoren te ondersteunen in het domein stress en werk door kennis en handvaten te verschaffen omtrent deze thema's.

De informatiemodule omvat een live online webinar en een naslagwerk, onder de vorm van een PowerPoint en een opname, die na de webinar ter beschikking worden gesteld. Deze informatiemodule werd ontwikkeld in samenwerking met diverse betrokken partners in een iteratief proces waarbij systematisch feedback werd verwerkt. De initiële ontwikkeling werd gerealiseerd door de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), een Franstalige huisartsenorganisatie die zich inzet voor de permanente vorming van huisartsen, in samenwerking met experts op het terrein waaronder een adviserend arts, arbeidsarts en de referentie-artsen en -psychologen van het project 'Stress, Werk en Eerste Lijn'. Vervolgens werd de informatiemodule herwerkt door het RIZIV met integratie van feedback van diverse stakeholders zoals psychologen en huisartsen op het terrein, de juridische dienst van het RIZIV, de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (WASO) en de FOD Volksgezondheid.

Ten slotte omvat de derde tool multidisciplinaire intervisies. Daarbij tracht men te komen tot reflectie en interprofessionele afstemming waarbij betrokken actoren elkaars rollen en perspectieven binnen het werkveld kunnen leren kennen. Daarnaast kunnen hier ook anoniem casussen besproken worden om de vertaalslag naar de praktijk te bewerkstelligen. Onderstaande figuur 1 biedt een overzicht van de tools binnen het project.

Figuur 1

Overzicht van de Tools Binnen Project 'Stress, Werk en Eerste Lijn'



Noot. Overgenomen uit 'Pilotproject: Stress, Werk & Eerste Lijn' (dia 2, hand-outs RIZIV presentatie, 2025)

De implementatie van dit project verloopt via vijf werkpakketten, waarvan het vijfde gericht is op de evaluatie van het project. Een deel van deze evaluatie wordt uitgevoerd in het kader van masterproeven. Deze masterproef onderzoekt hierbij specifiek de evaluatie van de ervaringen van de deelnemende eerstelijnspsychologen in de pilootregio Vlaanderen omtrent de gevolgde informatiemodule (één van de drie tools). Een overzicht van de inhoud van deze informatiemodule werd opgenomen in de bijlage (bijlage 1). Bij de evaluatie wordt getracht een zicht te krijgen op de bruikbaarheid, relevantie en implementatie van de informatiemodule in de praktijk.

Deze criteria vormen een conceptuele synthese van theoretische modellen uit de adoptie- en didactische literatuur waarbij inzicht verworven wordt in de acceptatie en gebruik van nieuwe tools. De criteria werden geëxtraheerd vanuit enkele relevante en complementaire theoretische kaders: het Technology Acceptance and Readiness Model (Lin et al., 2007), de adoptie-innovatietheorie (Rogers, 2003) en het Kirkpatrick model (Kirkpatrick, 2006).

Het Technology Acceptance and Readiness Model (TRAM-model) en de adoptie-innovatietheorie bieden inzichten in de mate waarin innovaties in de praktijk geaccepteerd en geïmplementeerd worden. Gezien de informatiemodule niet enkel een tool maar ook een vorm van kennisoverdracht is, biedt het Kirkpatrick model een waardevolle aanvulling om ook de educatieve component van de module te evalueren.

Het eerste criterium, bruikbaarheid, kan gelinkt worden aan de determinant ‘waargenomen gebruiksgemak’ uit het TRAM-model die verwijst naar de mate waarin een tool als gebruiksvriendelijk wordt ervaren (Lin et al., 2007). De determinanten ‘complexiteit’ en ‘compatibiliteit’ vanuit de adoptie-innovatietheorie van Rogers vormen een aanvulling, waarbij een innovatie sneller opgenomen wordt wanneer deze respectievelijk makkelijk te begrijpen of gebruiken is en aansluit bij de waarden en noden van de gebruiker (Sahin, 2006). Als laatste biedt het Kirkpatrick model een didactische invalshoek voor het criterium. Het eerste evaluatieniveau ‘reactie’, verwijst naar de tevredenheid en betrokkenheid van deelnemers in een training (Kirkpatrick, 2006).

Het criterium relevantie komt terug in de determinant ‘waargenomen nut’ van het TRAM-model: innovaties worden sneller in gebruik genomen wanneer deze als nuttig of waardevol gezien worden (Lin et al., 2007). Ook de adoptie-innovatietheorie gebruikt een gelijkaardige determinant ‘relatief voordeel’ waarbij de meerwaarde van de innovatie voor de gebruiker centraal staat (Sahin, 2006). Het Kirkpatrick model kan aanvullen met het concept ‘leerwinst’ op het tweede niveau van evaluatie. Dit level representeert de mate waarin gebruikers de juiste kennis, vaardigheden en attitudes meenemen uit een training (Kirkpatrick, 2006).

Als laatste kan het criterium implementatie een blik werpen op de transfer naar de praktijk. Dit criterium keert terug in het TRAM-model onder de vorm van intentie tot gebruik en effectief gebruik (Lin et al., 2007). In de adoptie-innovatietheorie kunnen we de link maken met ‘zichtbaarheid’ en ‘testbaarheid’ waarbij het zien van gebruik door anderen en de mogelijkheid om de innovatie uit te testen, de adoptie verbetert (Sahin, 2006). Het Kirkpatrick model vult aan met het derde evaluatieniveau, gedrag, dat de mate nagaat waarin verworven kennis en vaardigheden worden omgezet in de praktijk.

In het kader van de evaluatie van de informatiemodule worden bovenvermelde drie criteria onderzocht in deze masterproef via semigestructureerde interviews, afgenomen bij de betrokken eerstelijnspsychologen. Deze kwalitatieve onderzoeksmethode laat toe om de ervaringen en eventuele suggesties van de actoren te kennen en verder uit te diepen.

De onderzoeksvragen (OV) voor de evaluatie van de informatiemodule in deze masterproef luiden:

OV1: Hoe evalueren eerstelijnspsychologen de door het RIZIV aangeboden informatiemodule in het algemeen en op vlak van bruikbaarheid en relevantie in het bijzonder?

OV2: Welke kenmerken of factoren hangen samen met het al dan niet toepassen van de aangeboden informatie in de praktijk?

Parallel aan deze masterproefstudie voert medestudente Evy Vandael een gelijkaardig onderzoek uit gericht op de betrokken doelgroep van huisartsen.

Methode

Gebruik van Semigestructureerde Interviews

Voor het uitvoeren van dit onderzoek werd gekozen voor de kwalitatieve methode van semigestructureerde interviews. Deze methode biedt flexibiliteit waarbij in het interview de ruimte wordt gecreëerd om, naast de vooraf opgestelde vragen, ook thema's die de deelnemer zelf aanhaalt verder uit te diepen (Galletta, 2016). In het kader van de evaluatie van de informatiemodule biedt deze methode de kans om de perceptie van de eerstelijnsactor over de informatiemodule zo volledig mogelijk te capteren. Gezien de beperkte steekproefgrootte (n=9) zou kwantitatief onderzoek bovendien onvoldoende statistische power hebben gegenereerd, wat de keuze voor kwalitatief onderzoek in deze context verder verantwoordt (Serdar et al., 2020).

Ontwikkeling van de Interviewleidraad

De interviewleidraad werd ontwikkeld volgens de methode van Kallio et al. (2016) die vijf stappen beschrijft voor het ontwikkelen van een semigestructureerde interviewleidraad. De eerste stap betreft het bepalen of semigestructureerde interviews de geschikte methodiek zijn om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze methodologische keuze werd in de voorgaande alinea reeds gemotiveerd. De tweede stap omvat het inlezen in bestaande literatuur teneinde een grondig begrip van het onderzoeksonderwerp te bekomen. Deze kennis vormt vervolgens een raamwerk voor de opmaak van de leidraad. Deze stap werd reeds uitgevoerd in de literatuurstudie die de inleiding van deze thesis vormt.

De derde stap betreft het opmaken van een voorlopige leidraad, bestaande uit hoofd- en subvragen die de participant uitnodigen om hun kennis of ervaring met het onderzoeksonderwerp te delen. De vierde stap omvat het piloottesten van de leidraad door middel van interne testing, expertbeoordeling of veldtesting. De voorlopige leidraad werd, in het kader van kwaliteitscontrole, onderworpen aan twee feedbackrondes. In de eerste feedbackronde werd de leidraad nagelezen door de mede-masterproefstudente, wat als een vorm van interne testing binnen het onderzoeksteam kan worden beschouwd. Na verfijning volgde een tweede feedbackronde waar de leidraad geëvalueerd werd door de promotor en begeleiders verbonden aan het RIZIV, wat kan worden beschouwd als expertenbeoordeling. Ook na deze rondes volgde een verdere verfijning van de leidraad. De vijfde en laatste stap betreft het implementeren van de finale leidraad in de onderzoekspaper, met het oog op transparantie en repliceerbaarheid. Tot dit doeleinde werd de definitieve interviewleidraad opgenomen in de bijlage van deze masterproef (bijlage 2).

Selectie van Participanten

Aan het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ namen 17 eerstelijnspsychologen deel. Elk van hen ontving een persoonlijke uitnodiging per e-mail, verstuurd door het RIZIV, met vraag tot deelname aan deze masterproefstudie. Na ondertekenen van het geïnformeerd toestemmingsformulier werden de contactgegevens van 14 psychologen die wensten deel te nemen aan de interviews doorgestuurd naar de betrokken masterstudente. Elk van deze psychologen kreeg een e-mail met informatie en de mogelijkheid tot het inplannen van een interview. Negen psychologen kregen een eerste herinneringsmail en zes psychologen kregen eveneens een tweede herinneringsmail toegestuurd. Vijf psychologen kregen uiteindelijk nog een derde en laatste herinneringsmail vanuit het RIZIV toegestuurd. Eén psycholoog trok zich, omwille van gezondheidsredenen, terug uit het project. Drie psychologen reageerden nooit. Uiteindelijk werden 10 interviews ingepland van oktober 2025 tot januari 2026. Van de 10 geplande interviews gingen er 9 door. Eén psycholoog was niet aanwezig op het afgesproken tijdstip en reageerde niet meer op herhaalde contactpogingen. In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de demografische gegevens van de deelnemende participanten, alsook de datum van hun interview.

Tabel 1*Steekproefkenmerken.*

Participant	Geslacht	Leeftijd	Aantal jaar beroepservaring	Datum Interview
Interview 1	V	26j	Tussen 1-5j	16/10/2025
Interview 2	V	52j	Tussen 1-5j	24/10/2025
Interview 3	V	58j	Tussen 30-35j	30/10/2025
Interview 4	V	30j	Tussen 1-5j	10/11/2025
Interview 5	V	54j	Tussen 30-35j	12/11/2025
Interview 6	V	47j	Tussen 5-10j	24/11/2025
Interview 7	V	36j	Tussen 10-15j	28/11/2025
Interview 8	V	65j	Tussen 20-25j	29/11/2025
Interview 9	M	68j	Meer dan 40j	02/01/2026

Procedure

Alle interviews (n=9) werden afgenomen via de online applicatie MS Teams en duurden gemiddeld 45 minuten tot één uur. Voorafgaand aan het interview ondertekenden de participanten reeds een geïnformeerd toestemmingsformulier, waarin het doel van het onderzoek werd toegelicht. Daarnaast werden zij via dit formulier geïnformeerd dat de interviews, mits hun uitdrukkelijke toestemming, zouden worden opgenomen voor onderzoeksdoeleinden.

Bij aanvang van elk interview werden de participanten opnieuw geïnformeerd over de doelstelling en procedure van het onderzoek. Vervolgens werd hun expliciete toestemming gevraagd om de opname te starten. De interviews werden opgenomen via de opnamefunctie van MS Teams, dit betreft een video-opname. Daarnaast werd een reserve audio-opname gemaakt met behulp van de iPhone-applicatie ‘Dictafoon’. De opnames werden nadien geanonimiseerd en gedurende het volledige onderzoeksproces beveiligd opgeslagen op de persoonlijke laptop van de masterstudente.

Data-Analyse

Voor de verwerking van de data werd gebruikgemaakt van een vorm van inductief-deductieve thematische analyse. In een eerste stap werden de interviews getranscribeerd. In het kader van tijdsefficiëntie werden de transcripten in deze thesis bekomen met behulp van de open-source OpenAI spraakherkenningssoftware Whisper. De transcriptie werd lokaal uitgevoerd op de persoonlijke laptop van de masterstudent via een command-line interface (terminal).

Op geen enkel moment werden audio- of tekstbestanden geüpload naar online diensten of externe servers, waardoor de vertrouwelijkheid van de data gewaarborgd werd. De bekomen transcripten werden vervolgens aan de hand van de audio-bestanden gecontroleerd op accuraatheid. Deze handmatige controle stelde de onderzoeker in staat om de data te leren kennen en reeds enkele terugkerende patronen te ontdekken.

In een tweede stap werden de transcripten opnieuw doorgenomen en opgedeeld in betekenisvolle segmenten. Elk segment dat de aanvang van een nieuw onderwerp aanduidde werd visueel gescheiden van de rest. Deze stap stelde de onderzoeker in staat om verder vertrouwd te raken met de data. In een derde stap werden de bekomen betekenisvolle segmenten uit de interviews op deductieve wijze samengebracht in een tabel, gecategoriseerd per interviewvraag. Alle relevante uitspraken met betrekking tot een specifieke interviewvraag werden hierbij gebundeld. Het opdelen en categoriseren van de data vormt hierbij een decontextualisatie van de data, waarbij stukken data uit de interviews eerst uit hun context worden gehaald en met gelijkaardige data worden gekoppeld. Dit laat de onderzoeker toe om een breder begrip te krijgen over wat gezegd werd door alle participanten betreffende eenzelfde onderwerp of interviewvraag. (Lindgren et al., 2020).

Vervolgens werden binnen deze categorieën op inductieve wijze abstracties gemaakt. Daarna werden alle bekomen abstracties afgeprint en volgde een proces van het toewijzen van de abstracties aan thema's. Deze stappen kunnen volgens Lindgren et al. (2020) worden gezien als een recontextualisatie, waarin de data volgens een hiërarchie van toenemende abstractie worden gegroepeerd in codes, abstracties en thema's. De geïdentificeerde thema's werden vervolgens opnieuw op deductieve wijze gekoppeld aan de twee onderzoeksvragen. De laatste stap betreft het uitwerken van de resultaten. Daarbij wordt een samenhangend verhaal gecreëerd waarin de data wordt verwerkt onder de vorm van citaten om de interpretatie van de onderzoeker te staven (Cristancho et al., 2021).

Het kwalitatieve analyseproces vormt een iteratief proces waarin interpretatie een centrale rol speelt. Bovenstaand beschreven stappen in het analyseproces betreffen een lopend proces waarin verschillende fasen elkaar kruisen. Abstractie en interpretatie volgen elkaar daarbij continu op. Interpretatieprocessen van de onderzoeker vormen in kwalitatief onderzoek een belangrijk onderdeel van het proces, daardoor kan bias nooit volledig worden uitgesloten. (Mezmir, 2020). In dat kader werd in belangrijke mate aandacht besteed aan de kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Kwaliteit en Betrouwbaarheid van het Onderzoek

Geloofwaardigheid, of interne validiteit, werd bevorderd door te vertrekken vanuit de rijk beschreven belevingen van de participanten. Daarnaast werd triangulatie toegepast waarbij één willekeurig gekozen audio-opname met bijhorend transcript ter kruiscontrole werd voorgelegd aan de mede-masterproefstudent. Tot slot werd reflexiviteit van de onderzoeker actief geïntegreerd in het onderzoeksproces. De onderzoeker stond hierbij stil bij de eigen aannames en theoretische verwachtingen en streefde naar een zo objectief mogelijke houding in interactie met de participanten en de data. Na elk interview werd het transcript doorgenomen en werd gereflecteerd op het interviewproces en mogelijke vormen van bias.

De *overdraagbaarheid, of externe validiteit*, van het onderzoek werd bewaakt door middel van een rijke beschrijving van de context en participanten. Het is aan de lezer om op basis van deze informatie te beoordelen in welke mate de resultaten transfereerbaar zijn naar andere contexten.

De *betrouwbaarheid* werd gewaarborgd door een gedetailleerde documentatie van het onderzoeksproces met het oog op transparantie en repliceerbaarheid. Het coderingsproces werd nauwkeurig bijgehouden in Word-documenten, waardoor het proces transparant en traceerbaar is.

Ethische aspecten van het onderzoek

Dit onderzoek werd uitgevoerd met aandacht voor de ethische richtlijnen binnen het ‘Algemeen Ethisch Protocol Voor Wetenschappelijk Onderzoek Aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen Van De UGent’ (Universiteit Gent, z.d.). De participanten werden via een geïnformeerd toestemmingsformulier op de hoogte gebracht over de aard en doelstelling van het onderzoek. De deelname van de participanten was hierbij vrijwillig, deelname kon op elk moment worden stopgezet. Tevens gaven elk van de participanten hun geïnformeerde toestemming voorafgaand aan het eigenlijke interview tot het maken van audio- en video-opnames tijdens hun interview.

In het kader van privacy- en gegevensbescherming werden de bekomen opnames en transcripten van interviews geanonimiseerd en op een beveiligde, persoonlijke schijf van de onderzoeker bewaard. De onderzoeker bindt zich ertoe deze gegevens op correcte wijze te wissen binnen een redelijke termijn na het volbrengen van de vooropgestelde doelstellingen waartoe de data werden verzameld.

Resultaten

De resultaten worden geordend aan de hand van de verschillende inductief bekomen thema's die tijdens de thematische analyse geïdentificeerd werden. Deze thema's worden vervolgens op deductieve wijze toegewezen aan één van de twee onderzoeksvragen. Onderstaande tabel toont een overzicht van de 4 hoofdthema's uit de analyse, geordend per onderzoeksvraag.

Tabel 2

Thema's Geordend per Onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag	Thema's
OV1. Hoe evalueren eerstelijnspsychologen de door het RIZIV aangeboden informatiemodule in het algemeen en op vlak van bruikbaarheid en relevantie in het bijzonder?	1. Ervaren gebruiksgemak en de rol van het format 2. Perceptie van meerwaarde en inhoud
OV2. Welke kenmerken of factoren hangen samen met het al dan niet toepassen van de aangeboden informatie in de praktijk?	3. Vertaalslag naar de praktijk 4. Behoeft en gemis aan interprofessionele samenwerking

OV1: Hoe Evalueren Eerstelijnspsychologen de door het RIZIV Aangeboden Informatiemodule in het Algemeen en op vlak van Bruikbaarheid en Relevantie in het Bijzonder?

Thema 1: Ervaren Gebruiksgemak en de Rol van het Format

De huidige module bestaat uit een live, online en synchroon aangeboden webinar aangevuld met een naslagwerk, onder de vorm van een PowerPoint en opname, die na de module ter beschikking worden gesteld. Ongeveer de helft van de participanten (n=4) beschrijft de online webinar als de meest pragmatische manier om een grote groep mensen gelijktijdig te bereiken. Daarbij benoemen drie participanten het zien van andere participanten als wijze van eerste kennismaking en het kunnen volgen van hun vragen in de chatbox als meerwaarde van het online format.

“Zeker naar efficiëntie toe en zoveel mogelijk mensen bereiken vind ik dat format goed.”

(Interview 5)

“Hoewel het digitaal is, is dat ook wel een eerste kennismaking. En je ziet de vragen ook van andere mensen, dat zet aan het denken. Dat is een voordeel denk ik.” (Interview 1)

Tegelijkertijd wordt door enkele participanten (n=2) aangehaald dat deelname afhankelijk is van de professionele agenda en dat het vaste tijdstip van een live module hierbij nadelig is. Twee participanten konden om deze reden niet deelnemen aan de live webinar, en bekeken deze achteraf. Daarnaast wordt door drie participanten vermeld dat het live en synchroon karakter weinig ruimte laat om het tempo af te stemmen op het individuele concentratievermogen van de participant.

“Dan wist ik op bepaalde momenten wel van ‘oké dit los ik’. Dan moet je wel voor jezelf wat zorgen en dan doe je even iets anders. Dan maak je rondjes, en dan sluit je weer aan. En dan denk je, dit zal ik later wel vinden.” (Interview 3)

Het ter beschikking stellen van het naslagmateriaal (cfr. PowerPoint en opname) worden door de meeste participanten (n=5) positief beoordeeld. De PowerPoint wordt beschreven als overzichtelijk en logisch opgedeeld. De indeling in hoofdstukken met subtitels faciliteert hierbij het gericht terugvinden van relevante informatie volgens de participanten.

“Ik vond de PowerPoint nu wel mooi opgedeeld. Ik vond het wel een logische opdeling en met die titeltjes. Het is soms wat bladeren maar je vindt het wel snel terug.” (Interview 7)

Desondanks deze positieve ervaringen geven drie participanten aan dat de PowerPoint te omvangrijk is, waardoor zij minder geneigd zijn het materiaal nog opnieuw te raadplegen.

“Ik ga nu niet die opname nog eens luisteren of die slides nog eens bekijken. Want het is gewoon zo veel dat ik die slides niet nog een keer ga zitten doorploeteren.” (Interview 6)

De meningen over de opname zijn verdeeld. Sommige participanten (n=3) beschouwen de opname als nuttig, gezien deze de mogelijkheid biedt om de inhoud en bijhorende uitleg opnieuw te raadplegen. Andere participanten (n=5) ervaren de opname als minder bruikbaar, voornamelijk de lengte van de opname wordt aangehaald als factor die de participanten ervan weerhoudt om deze nog opnieuw te bekijken.

“Ik vind het heel zinvol om de opname ook mee te krijgen, om het nadien te kunnen herbekijken. Net voor de stukjes waar je dan bent afgehaakt, dan kan je er wel terug naartoe gaan.” (Interview 2)

“Ik heb die opname zeker niet opnieuw gekeken. Dat duurt allemaal veel te lang.” (Interview 3)

Naast deze praktische overwegingen met betrekking tot het format, worden door de participanten ook argumenten aangehaald inzake de inhoud van de informatiemodule die het gebruiksgemak beïnvloeden. De omvang van theoretische informatie en informatie omtrent regelgeving en procedures wordt door de meerderheid van de participanten (n=7) aangehaald als een factor die het terugvinden van relevante info belemmert. Daarnaast geven de participanten aan dat het niet steeds duidelijk is welke informatie specifiek van toepassing is op de psycholoog, dan wel de huisarts. Vijf participanten geven daarbij aan het gevoel te hebben dat een groot deel van de informatie zich enkel richt op de huisarts, al stellen zij de correctheid van perceptie ook zelf in vraag.

“Ik vond het nogal veel. Er zijn zoveel puntjes, schemaatjes en theorie. Heel veel definities, heel veel artikels ook. Zo ‘artikel zoveel van de wet van bla bla bla.’ Dat is niet nodig toch? Het heeft me gedemotiveerd om ermee aan de slag te gaan eigenlijk.” (Interview 4)

“Want het is dan moeilijk om als psycholoog te gaan triëren tussen wat is van toepassing voor mij en wat is eigenlijk informatie voor de artsen. Is dat iets wat ik moet weten of niet? Is dat iets dat ik zou moeten doen of waar ik een impact heb of niet? Dat was voor mij misschien minder duidelijk. (Interview 1)

Anderzijds wordt dit punt door twee psychologen genuanceerd. Zij halen aan dat de informatie voor de huisarts ook een meerwaarde vormt, om op die manier ook zicht te krijgen op de praktijk van de actoren waar zij mee samenwerken.

“Ja weet je, bij sommige delen dacht ik amai dat gaat wel heel erg in detail, dat laat ik aan de artsen. Dit hoef ik niet te weten. Aan de andere kant vond ik het ook positief dat ik wel een beetje weet: waar worden artsen allemaal mee geconfronteerd? Wat hoeven zij allemaal te weten? En ik houd voor mezelf de hoofdlijnen daarin.” (Interview 3)

In kader van gebruiksgemak formuleren de meeste participanten (n=7) suggesties voor de aanpassing van het format. Vier participanten stellen voor de module op te splitsen per doelgroep, bijvoorbeeld in een module voor de huisarts en een module voor de psycholoog. Drie participanten suggereren een opsplitsing in meerdere sessies, waarbij de inhoud gespreid wordt over verschillende tijdstippen.

“Misschien is het beter om twee aparte modules te maken. Eén vooral voor de psycholoog en één vooral voor de arts.” (Interview 8)

“Ik zou het gewoon niet allemaal in één moment steken. Ik zou het in stukken kappen en in twee sessies geven.” (Interview 5)

Thema 2: Perceptie van Meerwaarde en Inhoud

Uit de interviews blijkt een sterke betrokkenheid van de deelnemende psychologen bij het onderwerp ‘stress en werk’ en bij de eerstelijnspsychologie in bredere zin. Verschillende participanten (n=5) geven aan in het eerstelijnskader te zijn ingestapt vanuit een engagement voor de hervorming van de zorg en het aanbieden van terugbetaalde psychologische zorg.

“Ik ben al heel lang bezig met community health, en dat was bij ons nog niet uitgebouwd. Toen er aanzetten waren vanuit het kabinet van Vandenbroucke, ben ik er eigenlijk ingestapt vanuit nieuwsgierigheid: hoe gaat dat opgestart worden? En de beste manier om er iets van te weten, is er dan in meestappen. En ook blij dat er eindelijk een manier was om terugbetaalde psychotherapeutische zorg te geven. Dus een stuk nieuwsgierigheid, en blij dat er iets bewoog.” (Interview 5)

De meeste participanten (n=6) beschrijven de problematiek van ‘stress en werk’ als veelvoorkomend en complex, waarbij verschillende factoren meespelen. Daarbij benadrukt de meerderheid van de deelnemers (n=5) de invloed van maatschappelijke veranderingen en de druk die hiermee gepaard gaat.

“Ook al is het eerstelijns, ook al is het zo vaak voorkomend. Toch is het best wel een complex thema, omdat er zoveel beïnvloedende factoren zijn.” (Interview 6)

“Omdat het systeem ook wel veel druk zet op die personen. Dat we ook zien dat het systeem, het werk zelf, maar ook het grotere systeem van kapitalisme bijvoorbeeld een invloed heeft op de stress die de persoon ervaart.” (Interview 1)

Binnen deze context van betrokkenheid en de ervaren complexiteit van de problematiek wordt de informatiemodule door verschillende participanten ervaren als een meerwaarde in het verduidelijken van de praktijk.

“Wat we al met de module gekregen hebben, vind ik wel heel belangrijk. Want ik weet wel wat er allemaal bestaat, maar dan zo heel precies wanneer ik naar wat mag verwijzen? En nu heb ik vanuit die module dat al een paar keer kunnen gebruiken bij mensen. Waar ik vroeger zo nog wel wat zoekend was, van wat doe ik hiermee?” (Interview 3)

Met betrekking tot de inhoud wordt de module in het algemeen door de meeste participanten (n=6) positief geëvalueerd. De module wordt omschreven als ‘goed’, ‘interessant’, ‘nuttig’ of ‘volledig’. De volledigheid van de module wordt hierbij door de meeste participanten (n=5) als ondersteunend ervaren. Hoewel de volledigheid enerzijds geapprecieerd wordt, lijkt het ook gepaard te gaan met een gevoel van overvloed bij enkele participanten (n=3).

“Het was een mooi en volledig overzicht, een goede informatiebron. En ook een goede bron om op terug te vallen.” (Interview 3)

“Het was heel veel informatie, zeer langdradig, veel te veel en lastig.” (Interview 4)

Daarnaast wordt de module overheen de interviews door ongeveer de helft van de participanten (n=4) omschreven als een goed naslagwerk met basiskennis waarop kan worden teruggevallen. Volgens drie participanten biedt de module een toegankelijk overzicht van het thema ‘stress en werk’ zowel voor ervaren professionals als beginnende psychologen.

Bepaalde onderdelen, met name deel I ‘Inleiding’ en deel II ‘verduidelijking van concepten’ (zie bijlage 1), wordt daarbij door alle participanten (n=9) ervaren als herhaling van reeds gekende concepten. Hoewel dit slechts in beperkte mate bijdraagt aan nieuwe kennisverwerving, wordt deze herhaling doorgaans (n=5) als positief ervaren. Specifieke onderdelen zoals de gespreksfiches en psycho-educatief materiaal worden daarbij als voornamelijk gekend maar ondersteunend omschreven.

“Dat is een handig overzicht om nog eens te raadplegen. Dus dat is het wel, het is een goed ding ook om op terug te vallen. Als je denkt ‘tjiens’ hoe zat dat ook weer? Hup, kun je daar gaan in kijken.” (Interview 3)

“Ik zal het anders zeggen: ik vind dat een stuk basiskennis, zeker voor elke eerstelijnspsycholoog.” (Interview 5)

“Rond stress en dat met gezondheid was herhaling, maar dus ook super nuttig voor mij om dat weer op te frissen.” (Interview 1)

Naast de herhaling van basiskennis, wordt de module tevens gewaardeerd voor de introductie van nieuwe kennis. In het bijzonder wordt deel IV ‘werk en reïntegratie’ (zie bijlage 1) door de meeste participanten (n=7) als nieuw beschouwd. De toelichting van actoren en mogelijkheden met betrekking tot doorverwijzing worden hierbij door zes participanten expliciet als meerwaarde benoemd. Daarnaast geven vier participanten aan dat deze uiteenzetting bijdraagt aan een beter inzicht in het traject dat hun cliënt in arbeidsongeschiktheid doorloopt.

“Het stukje met de arbeidsarts en de Terug-Naar-Werk coach³, dat waren net de stukjes die helemaal nieuw waren voor mij.” (Interview 2)

“Nu weet ik waarom mijn cliënten bijvoorbeeld worden opgeroepen voor iets. Dan kan ik altijd eens terugkijken, dus dat vind ik wel fijn.” (Interview 7)

³ De participant gebruikt hier de term ‘Terug-Naar-Werk coach’. Het betreft hier echter de functie van de ‘Terug-Naar-Werk coördinator’ tewerkgesteld binnen de mutualiteit. Dit onderscheid is belangrijk gezien deze laatste geen coach is.

OV2. Welke Kenmerken of Factoren Hangen Samen met het al dan niet Toepassen van de Aangeboden Informatie in de Praktijk?

Thema 3: Vertaalslag naar de Praktijk

Participanten geven aan dat de module in beperkte mate hun handelen in de praktijk heeft beïnvloed. Vijf participanten vermelden dat zij door de module bijkomend psycho-educatief materiaal hebben verkregen dat zij in sessies toepassen. Daarnaast geven de meeste participanten (n=5) aan dat zij sinds de module een beter inzicht hebben in het traject van arbeidsongeschiktheid, waardoor zij dit proces beter kunnen opvolgen.

Drie participanten rapporteren een toegenomen kennis van de sociale kaart en de rol van andere actoren, wat volgens hen bijdraagt aan het gemakkelijker opnemen van contact en het sneller doorverwijzen. Ook informatie met betrekking tot differentiaaldiagnostiek wordt door twee participanten in de praktijk toegepast.

“Ik heb daar ook wel slides uitgehaald om te gebruiken in de praktijk in het stukje psycho-educatie met cliënten. Dus ja, dat vond ik wel fijn en bruikbaar in de praktijk.”
(Interview 2)

“Dat stukje differentiaaldiagnostiek was een hele belangrijke om te zien wat ik niet ga behandelen. Zo dat onderscheid burn-out, stress en conflict op het werk.” (Interview 6)

Naast deze ervaringen geven drie participanten expliciet aan dat de informatiemodule geen invloed heeft gehad op hun handelen. Als reden wordt onder meer aangehaald dat een voornamelijk theoretische uiteenzetting weinig of geen invloed heeft op praktijkgericht handelen. Daarnaast vermeldt een participant reeds over de nodige kennis te beschikken, waardoor er geen bijkomende invloed op het handelen wordt ervaren.

“Mijn handelen heeft het niet veranderd, maar dat is niet omdat het geen goede module was. Gedragsverandering komt niet door even een les te krijgen.” (Interview 5)

“Niet beïnvloed, omdat ik al begeleidingservaring heb denk ik.” (Interview 8)

Verder geven drie andere participanten aan dat het voor hen onduidelijk was op welke manier de aangereikte theorie in de praktijk kan worden omgezet. Daarbij wordt gewezen op het feit dat zij sinds de module mogelijk nog geen relevante casuïstiek hebben gezien waarin deze kennis kon worden toegepast.

Een bijkomende factor die door participanten wordt aangehaald als verklaring voor de kloof tussen theorie en praktijk betreft de retentie van de aangeboden informatie. Meer dan de helft van de participanten (n=5) geeft aan tijdens de module te zijn afgehaakt. Dit omwille van de hoeveelheid informatie die als overweldigend werd ervaren of de snelheid waarmee de informatie werd gepresenteerd tijdens de module. In lijn hiermee geeft de meerderheid van de participanten (n=7) aan slechts in beperkte mate informatie uit de module te hebben onthouden. Dit wordt frequent (n=5) toegewezen aan de intensiteit van de module, waarbij volgens de deelnemers te veel informatie in een beperkt tijdsbestek werd aangeboden.

“Ik ben alleszins gestopt op een gegeven moment. En ik was ook niet meer zo goed aan het opletten op het laatste, door concentratiemoeilijkheden tijdens de presentatie.” (Interview 4)

“Ik ga niet zeggen dat ik alles onthouden heb dat is ‘too much’. Daar zat ook te veel in voor in één keer. Ik bedoel als je dat nu echt zou willen laten bezinken was het eerder te veel dan dat er iets in ontbrak.” (Interview 3)

Om de kloof tussen theorie en praktijk te dichten formuleren de participanten enkele suggesties. Door vijf participanten wordt het voorstel gedaan om de module om te vormen tot een interactieve e-learning, waarbij men op eigen tempo door de inhoud kan gaan. Daarnaast geven zes participanten aan dat de module meer praktijkgericht zou moeten zijn, bijvoorbeeld door het toevoegen van casuïstiek of concrete handvaten. Bijkomend wordt de meerwaarde benadrukt van een interactief format waarbij deelnemers met elkaar in dialoog kunnen gaan over dergelijke casuïstiek.

Nog een suggestie betreft het toevoegen van samenvattende overzichten als een soort ‘take away message’, waarbij de kernboodschappen voor de praktijk duidelijk worden weergegeven.

Tot slot worden suggesties gedaan om de module op te splitsen in twee delen, zodat meer tijd beschikbaar is per onderdeel en de concentratie beter kan worden behouden. Daarbij wordt zowel de suggestie gedaan tot het opdelen van de module in een module gefocust op de psycholoog en een module gefocust op de huisarts, als een suggestie om de huidige module in twee tijden te brengen.

“Je kunt wel iets interactiefs aanbieden zonder dat iedereen daar per se op moet ingaan. Maar het had mij misschien wat meer bij de les gehouden. Nu waren we eigenlijk toch ook twee uur passief.” (Interview 5)

“Ofwel twee verschillende modules maken waardoor voor twee van de thema’s een beetje meer tijd is. En dan de twee andere thema’s op een ander moment.” (Interview 1)

Thema 4: Behoefte en Gemis aan Interprofessionele Samenwerking

Gedurende de interviews wordt de nood aan betere interprofessionele samenwerking frequent benoemd. Participanten ervaren onzekerheid in het samenwerken met andere actoren, en huisartsen in het bijzonder, omwille van onduidelijkheden over rollen en mogelijkheden tot samenwerking. Hierdoor blijft samenwerking in de praktijk vaak beperkt. Twee participanten geven aan niet of nauwelijks samen te werken met andere actoren, louter via doorverwijzing. Andere participanten benoemen een minimum aan contact, voornamelijk via verslagen, telefonisch overleg of digitale toepassingen zoals ‘Doctolib Connect Siilo’. Dit contact heeft voornamelijk betrekking op informatieoverdracht, terwijl structureel overleg over het traject van de cliënt zelden wordt benoemd.

“Waar ik drempels voel is de samenwerking met anderen. Wat mag je delen met wie? En hoe doe je dat dan? Wat is belangrijk om te delen? Dat vind ik vaak een moeilijke zoektocht.” (Interview 7)

Als verklaring voor deze moeizame samenwerking worden verschillende drempels aangehaald. Vijf participanten geven aan dat het onduidelijk is op welke manier een samenwerking in de praktijk concreet vorm kan krijgen.

Daarnaast worden praktische belemmeringen benoemd, zoals tijdsgebrek, het vinden van correcte contactgegevens en het afstemmen van contactmomenten. Ook een ervaren gebrek aan wederkerigheid in het contact wordt door vier participanten benoemd als een belemmerende factor.

“Maar praktisch gezien zijn daar wel drempels. Huisartsen hebben vaak geen mailadres. Zijn ook niet telefonisch bereikbaar. Ik doe tijdens mijn gesprekken ook geen telefoontjes, uiteraard doe je dat niet. Dus vooral praktische drempels zijn er.” (Interview 3)

Daarnaast verwijzen de meeste participanten (n=6) naar het beroepsgeheim en de deontologische code als belangrijke drempels in de samenwerking. Voor veel participanten is het onduidelijk in welke mate het delen van informatie met andere actoren is toegestaan. Sommige participanten geven bovendien aan terughoudend te zijn uit bezorgdheid om de therapeutische relatie of het welzijn van de cliënt niet te schaden.

“Dat ik met sommige actoren wel of geen gedeeld beroepsgeheim heb, dat is precies ofwel niet geweten ofwel dat mensen dat gewoon nog proberen? Ik weet het eigenlijk niet goed. Maar ik vind dat de psychologencommissie heel streng is in dat beroepsgeheim. Je mag echt niks delen, of ik denk toch vaak dat het niet mag.” (Interview 7)

“Maar je bent dan wel je behandelrelatie helemaal op het spel aan het zetten. Je riskeert altijd, als je zo’n dingen deelt dat de patiënt daar niet content mee is en dan afhaakt.” (Interview 6)

Tot slot worden er verschillen geschetst in de visie en het mandaat van de betrokken actoren. Participanten positioneren zichzelf vooral in een behandelfunctie, terwijl andere actoren zoals de arbeidsarts en mutualiteiten gepercipieerd worden als actoren met een controlefunctie. Dit verschil in mandaat en finaliteit van de informatie, zorgt voor een bijkomende drempel in de samenwerking tussen de actoren.

“Maar het gaat ook om beroepsgeheim. Want je hoort een arts, arbeidsgeneesheer of iemand van de mutualiteit die zegt ‘we zijn allemaal gebonden aan hetzelfde beroepsgeheim, hoe onnozel is dat van die psychologen? En het is toch in het belang van de cliënt?’. Maar voor mij is het welzijn van de cliënten, hier en nu, en op termijn een hele grote zorg. En cliënten zeggen gemakkelijk ‘je mag dat delen’, en je kan heel diplomatisch en voorzichtig zijn met wat je opschrijft. Maar iets dat op papier staat kan wel zijn eigen leven gaan leiden. Hoe meer je je daar bewust van bent, van welk effect het kan hebben, hoe voorzichtiger je ermee bent. En daar is het perspectief van artsen echt ook wel anders. En we kennen die perspectieven niet van elkaar.” (Interview 3)

De participanten formuleren in dit kader expliciete verwachtingen ten aanzien van de informatiemodule en het bredere project. Voor een meerderheid van de participanten (n=5) vormt het versterken van de interprofessionele samenwerking een belangrijke motivatie om deel te nemen. De uitwisseling van visies en werkwijzen van de betrokken actoren staat hierbij centraal. De meeste participanten (n=5) ervaren dat bovengenoemde verwachting tijdens de module nog niet werd ingelost. In het bijzonder ervaren participanten een tekort aan concrete handvaten rond samenwerking en wederzijdse verwachtingen in het werkveld. Men schetst een nood aan duidelijkheid over hoe samenwerking in de praktijk praktisch vorm kan krijgen, bijvoorbeeld met betrekking tot contactname, doorverwijzing en taakafbakening.

Drie participanten uiten hierbij de verwachting dat deze noden in de intervisies, die volgen op de informatiemodule, nog aan bod zullen komen.

“Misschien ontbreekt er wel een stukje van hoe kunnen we elkaar vlot vinden? En onder welke condities kunnen we een afspraak maken? Ja waar overlappen onze dingen elkaar en hebben we elkaar te vinden om er gezamenlijk kader rond uit te bouwen? Dat heb ik niet gezien en dat is wel een verwachting die ik heb of had.” (Interview 3)

Discussie

Dit onderzoek beoogt een zicht te krijgen op de percepties op en gebruik van de aangeboden informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ van het RIZIV door eerstelijnspsychologen. Tot dit doeleinde werden negen kwalitatieve interviews uitgevoerd en geanalyseerd via thematische analyse. In de resultatensectie van deze masterproef werden de bekomen vier hoofdthema’s, zoals weergegeven in Tabel 2, reeds uitgebreid gerapporteerd. In wat volgt worden de bevindingen per onderzoeksvraag samengevat, teruggekoppeld aan de bestaande literatuur en bediscussieerd.

OV1: Hoe Evalueren Eerstelijnspsychologen de door het RIZIV Aangeboden Informatiemodule in het Algemeen en op vlak van Bruikbaarheid en Relevantie in het Bijzonder?

In het algemeen wordt de informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste lijn’ door de deelnemende psychologen positief onthaald. De module wordt ervaren als een nuttig basiswerk voor de psycholoog met betrekking tot het thema ‘stress en werk’ en lijkt daarbij een antwoord te bieden op een ervaren nood aan informatie met betrekking tot dit thema.

Terugkoppelend naar het theoretisch raamwerk uit de inleiding kan hier gesproken worden van een redelijke mate van ‘waargenomen nut’ (Lin et al., 2007) waarbij de informatiemodule door de participanten wordt omschreven als ‘nuttig’, ‘volledig’ en ‘interessant’. De herhaling van reeds gekende kennis en concepten, die zich vooral in het eerste deel van de module bevindt, wordt hierbij ervaren als een welgekomen opfrissing. Hoewel deze herhaling van gekende concepten, als nuttig wordt beschouwd, is de effectieve ‘leerwinst’ (Kirkpatrick, 2006) hier beperkt. Nieuwe kennis wordt hoofdzakelijk gesitueerd in het laatste deel van de module rond werk en reïntegratie, waarbij de leerwinst afhankelijk blijkt van de voorkennis en ervaring van de deelnemend psycholoog. Ook het ‘relatief voordeel’ voor de psychologen (Sahin, 2006) situeert zich vooral op niveau van de introductie van nieuwe kennis omtrent werk en reïntegratie, wat het ‘waargenomen nut’ voor de participanten verder lijkt te versterken. Ondanks dat deze nood aan aanvullende informatie werd vervuld, geven enkele psychologen ook aan dat dit onderdeel eerder tot het domein van de arts behoort, wat de perceptie rond relevantie wat lijkt te verminderen. Mogelijks kan de nood aan meer concrete richtlijnen rond integratie van deze informatie in de praktijk van de psycholoog een rol spelen in deze perceptie.

De overwegend positieve percepties met betrekking tot relevantie vertalen zich niet volledig in een hoge mate van bruikbaarheid. Hoewel er sprake is van een redelijke mate van ‘reactie’ of tevredenheid bij de participanten ten aanzien van de inhoud van de module, ervaren zij moeilijkheden om de kennis te vertalen naar de praktijk. Deze moeizame vertaalslag lijkt enerzijds samen te hangen met een te hoge mate van ‘complexiteit’ onder meer door de nadruk op theoretische kennis en een grote hoeveelheid aan informatie in een beperkt tijdsbestek. Daarnaast kunnen er ook problemen ervaren worden met de ‘compatibiliteit’ waarbij de module onvoldoende aansluit bij de gepercipieerde praktijknoden van de psychologen, in het bijzonder de behoefte aan concrete richtlijnen en tools. Bovendien is hier mogelijk opnieuw een link met het deel van de informatie die door de psychologen als irrelevant voor hun beroepsgroep beschouwd wordt wat de ervaren compatibiliteit voor de psychologen vermindert. Tot slot lijkt het ‘waargenomen gebruiksgemak’ voldoende te zijn. Zowel het format van de module als het naslagwerk worden door participanten als pragmatisch beoordeeld. Er heerst evenwel een nood aan een interactiever en meer praktijkgericht karakter van zowel de online live webinar als het naslagwerk.

Belangrijk om te vermelden is dat de informatiemodule in de studie-opzet van deze masterproef losgekoppeld werd van de multidisciplinaire intervisies die deel uitmaken van de aangeboden drie tools binnen dit project. Binnen deze multidisciplinaire intervisies, die plaatsvonden na de informatiemodule, werden de deelnemend psychologen en huisartsen samen geplaatst en vond interactief overleg plaats over de aangeboden theorie. De punten van kritiek die door de psychologen worden aangehaald, met betrekking tot interactiviteit en praktijkgerichtheid, kunnen mogelijk verzacht worden wanneer deze multidisciplinaire intervisies mee in rekening gebracht zouden worden.

OV2: Welke Kenmerken of Factoren Hangen samen met het al dan niet Toepassen van de Aangeboden Informatie in de Praktijk?

De implementatie van de informatiemodule in de praktijk wordt deels gerealiseerd. Hoewel er uit de interviews een intentie tot gebruik aanwezig is, lijkt deze zich niet volledig te vertalen in effectief gebruik in de praktijk zoals beschreven in het TRAM model (Lin et al., 2007). Daarbij gaan de participanten wel aan de slag met het materiaal dat hun huidige manier van werken vergemakkelijkt of aanvult zoals het psycho-educatief materiaal en de overzichten met betrekking tot arbeidsongeschiktheidstrajecten of doorverwijzing. In termen van het model van Kirkpatrick is hier deels een transfer naar gedrag zichtbaar.

De beschreven nood aan concrete tools en praktijkvoorbeelden met betrekking tot het stuk rond werk en reïntegratie kan gezien worden als een tekort aan ‘zichtbaarheid’ en ‘testbaarheid’ (Sahin, 2006) waarbij de participanten te weinig input ervaren tijdens de module over op welke manier de aangeboden informatie zich in de praktijk kan vertalen. Deze bevindingen suggereren dat niet enkel de relevantie of nut van de inhoud voor de participant belangrijk is, maar ook de mate waarin de aangeboden kennis aansluit bij de bestaande praktijk van de participanten.

Daarnaast wijzen de resultaten op enkele belangrijke factoren die de implementatie in de praktijk kunnen belemmeren. Een eerste factor betreft de cognitieve belasting tijdens de module die de concentratie van de participanten en retentie van informatie beïnvloedt. De intensiteit van de module lijkt te hoog te liggen om participanten actief betrokken te houden. De hoeveelheid aan informatie, de soort informatie en de snelheid van de informatieoverdracht worden door de participanten als overweldigend ervaren, waardoor zij soms afhaken. De retentie van informatie uit de module ligt bijgevolg laag, wat de implementatie in de praktijk negatief kan beïnvloeden.

Ten tweede beschrijven de participanten een kloof tussen de theorie en de praktijk, waarbij loutere kennisoverdracht zich niet direct vertaalt in gedragsverandering. Deze kloof lijkt te worden versterkt door het ervaren tekort aan concrete tools en casuïstiek waarin de psycholoog de implicaties voor de praktijk kan ervaren.

Tot slot vormt het thema van interprofessionele samenwerking een belangrijke factor voor de praktijk-implementatie. Hoewel de participanten meer inzicht verworven in de rol van andere actoren, blijft het voor hen onduidelijk hoe samenwerking in de praktijk concreet vorm kan krijgen. Naast dit tekort aan concrete richtlijnen m.b.t. samenwerking, spelen ook het beroepsgeheim, deontologie, rolverschillen en wederkerigheid in communicatie tussen de actoren een rol. Participanten geven aan zich onzeker te voelen over wat toegestaan is in kader van informatieoverdracht en samenwerking, wat het handelen in de praktijk beperkt.

Hoewel bovenvermelde resultaten, bekomen bij eerstelijnspsychologen, suggereren dat de bestaande informatiemodule, die in deze masterproef geëvalueerd werd, verder kan worden geoptimaliseerd en verbeterd, dient evenwel opgemerkt te worden dat niet alle aan het project deelnemende eerstelijnspsychologen bevroegd werden.

Tevens kan verwacht worden dat de interactieve, multidisciplinaire intervisies en de referentiecel die eveneens deel uitmaken van de aangeboden tools binnen dit project, aan deze tekortkomingen (deels) kunnen tegemoetkomen. Vanuit deze observatie kan de suggestie gedaan worden om in toekomstig onderzoek de evaluatie van het project uit te breiden waarbinnen de drie tools tegelijk als één geheel geëvalueerd worden.

Limitaties van het Onderzoek en Implicaties voor Verder Onderzoek

Een eerste limitatie van dit onderzoek betreft de steekproef. Hoewel de kleinere steekproefgrootte ($n=9$) kenmerkend is voor kwalitatief onderzoek en de mogelijkheid biedt om de individuele ervaringen van participanten diepgaand in kaart te brengen beperkt dit de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Daarnaast is er met betrekking tot de steekproef mogelijks sprake van selectiebias.

Zowel het pilootproject als de interviews baseren zich volledig op vrijwillige deelname van participanten wat kan worden beschouwd als een vorm van convenience sampling. Bovendien nam niet elke psycholoog die deelnam aan het pilootproject ($n=14$) deel aan de interviews ($n=9$), wat deze bias kan versterken. Ook dit beperkt de generaliseerbaarheid van de bevindingen. In toekomstig onderzoek kan worden ingezet op grotere en meer diverse steekproeven om de generaliseerbaarheid te verhogen. Daarbij kan bijzondere aandacht voor de non-responders bijkomende en mogelijk waardevolle inzichten bieden.

Een tweede limitatie betreft de timing van de interviews. Deze vonden plaats kort na de online webinar waarbij het eerste interview één week en het laatste interview anderhalve maand na de webinar werd afgenomen. Hoewel deze timing geschikt was om de initiële percepties zo volledig mogelijk te capteren beperkt dit het vermogen om langdurige effecten en gedragsverandering vast te stellen. In toekomstig onderzoek kan worden ingezet op een longitudinale opzet om naast de initiële percepties ook inzicht te verwerven in de uiteindelijke impact van de module. Dergelijk onderzoek kan bovendien nagaan in welke mate de beschreven drempels, zoals de complexiteit en de gepercipieerde beperkte toepasbaarheid van de module, afnemen naarmate de deelnemers meer vertrouwd geraken met het materiaal.

Een derde limitatie betreft de artificiële opsplitsing van de aangeboden tools binnen het project ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ in deze studie. In realiteit betreft het project drie aanvullende tools die de eerstelijnsactoren trachten te ondersteunen in hun praktijkwerk rond het thema stress en werk. Een sterkte en tegelijk beperking van deze masterproefstudie betreft de inhoudelijke focus omwille van praktische redenen (cfr. haalbaarheid) op het evalueren van slechts één enkele tool met name de informatiemodule.

De tekortkomingen of noden die na het volgen van deze module werden gerapporteerd in de interviews met de participanten kunnen mogelijks worden aangevuld of verminderd door de overige twee tools. Verder onderzoek, die de drie tools binnen het project samenneemt, kan hier mogelijks een duidelijker antwoord bieden naar de evaluatie van het project in zijn geheel.

Tenslotte, hoewel in deze masterproef eenzijdig gefocust werd op de rol van de overheid bij de ondersteuning van de eerstelijnszorg bij stressgerelateerde gezondheidsproblemen is preventie en behandeling van dergelijke problemen een gedeelde verantwoordelijkheid en kunnen patiënten zelf en hun omgeving (bv. werkgevers) ook bijdragen aan het voorkomen van deze problemen. Zo kunnen, overeenkomstig het IGLO-model, bijvoorbeeld preventieve en curatieve stressgerelateerde gezondheidsinterventies in het bedrijfsleven ontwikkeld worden die focussen op het individu de groep, de leidinggevende en/of de organisatie (Nielsen et al., 2022). Verder onderzoek kan de effectiviteit van dergelijke interventies bestuderen en bijdragen tot de ontwikkeling en implementatie ervan in kwetsbare doelgroepen.

Implicaties voor de Praktijk

De resultaten van dit onderzoek bieden verschillende aanknopingspunten voor de verdere optimalisatie en implementatie van de informatiemodule binnen het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ in de praktijk. Op basis van de ervaringen van de participanten kan worden geopteerd voor een verkorte of opgedeelde module met meer concrete en praktijkgerichte tools die de vertaling naar de praktijk faciliteren. Een expliciete focus op interprofessionele samenwerking, wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden tot doorverwijzing lijkt aangewezen.

De resultaten van deze masterproef en de masterproef van medestudent Evy Vandael worden door het RIZIV meegenomen in de bredere evaluatie van het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’. Daarbij worden de bevindingen met betrekking tot de informatiemodule samengelegd met de evaluatie van de andere projectcomponenten met name de referentiecél en multidisciplinaire intervisies. Volgens het RIZIV zullen deze evaluaties worden gebruikt om de bestaande tools verder te optimaliseren en richting te geven aan de toekomstige implementatie van het project in België. Daarbij wordt bekeken hoe de verschillende tools elkaar kunnen aanvullen en hoe de noden die uit het pilootproject naar voor komen kunnen worden meegenomen in de toekomst van het project. De bevindingen van deze studie en dit project kunnen richtinggevend zijn voor toekomstige initiatieven betreffende mentale gezondheid en werk.

In deze context kan de informatiemodule en het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ gesitueerd worden binnen bredere beleidsmatige initiatieven die inzetten op geïntegreerde zorg en preventie. Op basis van de ervaringen binnen het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ zal richting gegeven worden aan de bredere implementatie van het project in België. Binnen deze opzet kan worden verwezen naar de extra middelen die de regering binnen het eerstelijnspsychologische kader ter beschikking stelt ter preventie van werkkuitval en ondersteuning van werkhervatting. Deze evolutie onderstreept het groeiende beleidsmatige belang van geïntegreerde en preventiegerichte zorgmodellen met aandacht voor preventie, vroegdetectie en ondersteuning.

Conclusie

De bevindingen van dit kwalitatieve onderzoek naar de percepties van eerstelijnspsychologen over de informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’ tonen aan dat deze module in het algemeen positief beoordeeld wordt. De module wordt als relevant beschouwd en slaagt erin om naast het versterken van de basiskennis van psychologen omtrent het thema ‘stress en werk’ ook nieuwe inzichten aan te reiken in het bijzonder met betrekking tot het thema ‘werk en re-integratie’. Echter is de implementatie van de aangeboden informatie in de praktijk meer beperkt. Hoewel enkele onderdelen van de module door de participanten worden aangewend blijft een fundamentele verandering in het handelen van de participanten uit. De resultaten suggereren dat deze kloof tussen de theorie en de praktijk kan worden verklaard door een samenspel van enkele factoren waaronder de cognitieve belasting, tekort aan concrete praktijkgerichte tools en weinige aandacht voor interprofessionele samenwerking in de praktijk. Mogelijks kunnen de interactieve interviews en de werking van de referentiecél die beiden volgen op de informatiemodule de vertaling van de informatiemodule naar de praktijk bevorderen en aldus deze kloof verminderen en het effectief gebruik van de informatiemodule in de praktijk van eerstelijnspsychologen ondersteunen.

We hopen met deze masterproef bijgedragen te hebben tot het evalueren en verder optimaliseren van bestaande overheidsinitiatieven ten aanzien van hulpverleners in de eerste lijn en aldus bijgedragen hebben tot het beleid vanwege de federale overheid inzake preventie en behandeling van werkgerelateerde psychische gezondheidsproblemen bij volwassenen in België.

Verklaring omtrent gebruik van AI

Gebruik van (Generatieve) Artificiële Intelligentie (GAI)

Tijdens het schrijven van deze thesis werd ter ondersteuning van het schrijfproces in beperkte mate gebruik gemaakt van (G)AI. Met name ChatGPT van OpenAI, Schrijfhelp Academisch Nederlands van het Instituut voor Levende Talen en de open-source OpenAI spraakherkenningssoftware Whisper. Onderstaande vormt een opsomming van de aspecten waarvoor de (G)AI binnen deze thesis werd aangewend.

1. Suggesties tot het verbeteren van de academische formulering van stukken zelfgeschreven tekst.
2. Suggesties met betrekking tot de structuur en logische samenhang van de thesis.
3. Spellingsfouten opsporen en verbeteren.
4. Genereren van transcripten voor interviews. Deze stap werd uitgevoerd met de open-source beschikbare spraakherkenningssoftware Whisper. Deze werd lokaal en offline op de persoonlijke computer van de masterproefstudente geïnstalleerd en gerund via de command-line interface ‘terminal’ van Apple Macbook.

Het gebruik van GAI werd telkens binnen de ‘facultaire richtlijnen rondom GAI en de masterproef’⁴ van de UGent vormgegeven. Ten allen tijde bleef de masterstudente kritisch ten aanzien van de gegenereerde output. In geen geval werd de GAI gebruikt om data of onderzoeksresultaten te genereren, noch voor het genereren van bronmateriaal. Daarnaast werd ook geen vertrouwelijke of identificeerbare gegevens van participanten in de online GAI ingevoerd of geupload.

⁴ <https://www.ugent.be/pp/nl/onderwijs/fdo/gaimasterproef>

Referentielijst

Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>

Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine Surgery and Public Health*, 2(100051),

<https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>

Åkerstedt, T., Kecklund, G., & Axelsson, J. (2007). Impaired sleep after bedtime stress and worries. *Biological Psychology*, 76(3), 170–173.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.07.010>

American Psychological Association. (19 april 2018). Stress. Dictionary.apa.org.

Geraadpleegd op 14 maart 2025, van <https://dictionary.apa.org/stress>

Aquino, P. G., Kazi, A., Jalagat, R., & Nadeem, S. (2020). Employees' mental health and productivity and its impact on contextual and task performance in

organizations. *Journal of advanced research in dynamical and control systems*, 12(8), 708-719. <https://doi.org/10.5373/jardcs/v12sp8/20202573>

Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica*

Scandinavica, 113(429), 17–23. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00712.x>

Bond, G. R. (1998). Principles of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.

<https://doi.org/10.1037/h0095271>

Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, C., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313-322.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.313>

- Braun, B., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruffaerts, R., Jansen, L., Glowacz, F., & Kinard, A. (2023). Eerstelijnspsychologische zorg in België: Wetenschappelijke evaluatie en aanbevelingen tot duurzame integratie in de Belgische gezondheidszorg EPCAP-studie. RIZIV.
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/eindverslag_studie_eerstelijnspsychologische_zorg_rapport_final_psychologie_premiere_ligne.pdf
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., Willaert, D., Vrancken, J., Meeus, A., Leclercq, A., Karakaya, G., Brunois, T., & Di Zinno, T. (2024). Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen: Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel. *[Onderzoeksrapport]*. InterMutualistisch Agentschap (IMA) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). <https://www.ima-aim.be/>
- Burton, W. N., Schultz, A. B., Chen, C., & Edington, D. W. (2008). The association of worker productivity and mental health: a review of the literature. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(2), 78-94.
<https://doi.org/10.1108/17538350810893883>
- Cathcart, S., Winefield, A. H., Lushington, K., & Rolan, P. (2010). Stress and tension-type headache mechanisms. *Cephalalgia* 30(10), 1250–1267.
<https://doi.org/10.1177/0333102410362927>
- Christelijke Mutualiteit. (2023). De overeenkomst ‘psychologische zorg’ binnen de geestelijke gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, (Oktober), 4-38. https://cm-mc.bynder.com/m/759c8116beed9b4/original/GezondheidSamenleving_7_overeenkomst-psychologische-zorg.pdf

- Cristancho, S., Watling, C., & Lingard, L. (2021). Three principles for writing an effective qualitative results section. *Focus On Health Professional Education A Multi-Professional Journal*, 22(3), 110–124. <https://doi.org/10.11157/fohpe.v22i3.556>
- de Graaf, V. (2020). Analysis of barriers and facilitators of existing programs in Belgium for the purpose of implementing individual placement and support (IPS). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 18–23. <https://doi.org/10.1037/prj0000371>
- de Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: From adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(6), 463–475.
<https://doi.org/10.1038/nrn1683>
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H., & Bond, G. R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31.
<https://doi.org/10.1017/S2045796022000300>
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3).
<https://doi.org/10.1002/pcn5.122>
- Drake, Robert E, Becker, Deborah R, Bond, & Gary R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001>
- Edú-valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>

- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, 16(1), 17–29.
<https://doi.org/10.1007/s11136-006-9002-6>
- Fontenay, S., & Tojerow, I. (2025). Is supported employment effective for disability insurance recipients with mental health conditions? Evidence from a randomized experiment in Belgium. *Journal of Health Economics*, 100(102958).
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102958>
- Fontenay, S., Ligato, M., & Tojerow, I. (z.d.). *IPS in Belgium: a 30-month followup*. [Ongepubliceerd rapport]
- Galletta, A. (2016). Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond. In *New York University Press eBooks*. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814732939.001.0001>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (2009). Stress damages immune system and health. *Discovery Medicine*, 5(26), 165-169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20704904>
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., Manderbacka, K., & Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(4), 371-381. <https://doi.org/10.1111/acps.13067>
- Harvey, S. B., Henderson, M., Lelliott, P., & Hotopf, M. (2009). Mental health and employment: Much work still to be done. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 201–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.055111>
- Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal Of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). Evaluating training programs: The Four Levels.

Berrett-Koehler Publishers. <http://bvbr.bib->

[bvb.de:8991/exlibris/aleph/a24_1/apache_media/NYACH2GCACH62HGC62QX2KB](http://bvbr.bib-bvb.de:8991/exlibris/aleph/a24_1/apache_media/NYACH2GCACH62HGC62QX2KB)

[1TTDM5C.pdf](http://bvbr.bib-bvb.de:8991/exlibris/aleph/a24_1/apache_media/NYACH2GCACH62HGC62QX2KB)

Kivimäki, M., Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 15, 215–229.

<https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>

Konturek, P. C., Brzozowski, T., & Konturek, S. J. (2011). Stress and the gut:

pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment

options. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62(6), 591–599.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22314561>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy, F. V., &

Brody, D. (1995). Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric

disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(9), 774–

779. <https://doi.org/10.1001/archfami.3.9.774>

Leclercq, C., & Hansez, I. (2024). Temporal stages of burnout: How to design prevention?

International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(12).

<https://doi.org/10.3390/ijerph21121617>

Lin, C., Shih, H., & Sher, P. J. (2007). Integrating technology readiness into technology

acceptance: The TRAM model. *Psychology And Marketing*, 24(7), 641–

657. <https://doi.org/10.1002/mar.20177>

Lindgren, B., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation

during the qualitative content analysis process. *International Journal Of Nursing*

Studies, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

- Liu, M. Y., Li, N., Li, W. A., & Khan, H. (2017). Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Research*, 39(6), 573–580. <https://doi.org/10.1080/01616412.2017.1317904>
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76–85. <https://doi.org/10.15698/CST2021.06.250>
- Marin, M. F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. P., Sindi, S., Arsénault-Lapierre, G., Fiocco, A. J., & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583–595. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016>
- Mathers, C. D., & Schofield, D. J. (1998). The health consequences of unemployment: The evidence. *Medical Journal of Australia*, 168(4), 178–182. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1998.tb126776.x>
- Mezmir, E. A. (2020). Qualitative Data Analysis: An Overview of Data Reduction, Data Display and Interpretation. *Research on Humanities and Social Sciences*. 10(21). <https://doi.org/10.7176/rhss/10-21-02>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- MyCareNet. (z.d.). *Mental Health Dashboard*. Geraadpleegd op 14 mei 2025, van <https://ned.mycarenet.be/algemene-diensten/mental-health/dashboard-mhc>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). Common mental health disorders: Identification and pathways to care. *British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists*. <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg123>

- Nielsen, K., De Angelis, M., Innstrand, S. T., & Mazzetti, G. (2022). Quantitative process measures in interventions to improve employees' mental health: A systematic literature review and the IPEF framework. *Work & Stress*, 37(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/02678373.2022.2080775>
- Porru, F., Burdorf, A., & Robroek, S. J. W. (2018). The impact of depressive symptoms on exit from paid employment in Europe: a longitudinal study with 4 years follow-up. *European Journal of Public Health*, 29(1), 134-139. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky136>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2024). *Protocol: pilootproject stress, werk en eerste lijn* [ongepubliceerd manuscript].
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (02 Mei 2024). Arbeidsongeschiktheid: Hoeveel burn-outs en depressies langer dan één jaar? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?. Riziv.fgov.be. Geraadpleegd op 24 november 2024, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/arbeidsongeschiktheid-hoeveel-burn-outs-en-depressies-langer-dan-een-jaar-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z.d.). Eerstelijns psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid. Geraadpleegd op 16 mei 2025, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/klinisch-psychologen/eerstelijns-psychologische-zorg-verlenen-via-netwerken-voor-geestelijke-gezondheid>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. (5^e editie). Simon and Schuster.

Rugulies, R., Aust, B., Greiner, B.A., Arensman, E., Kawakami, N., LaMontagne, A. D., & Madsen, I. E. H. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *The Lancet*, 402(10410), 1368-1381. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00869-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00869-3/fulltext)

Sahin, I. (2006). Detailed Review of Rogers' Diffusion of Innovations Theory and Educational Technology-Related Studies Based on Rogers' Theory. *The Turkish Online Journal Of Educational Technology*, 5(2), 14–23.
<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501453.pdf>

Saunders, S. L., & Nedelec, B. (2014). What work means to people with work disability: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 100–110.
<https://doi.org/10.1007/s10926-013-9436-y>

Securex. (z.d.). *Absenteïsme en presenteïsme: positief aanwezigheidsbeleid*. Securex.

Geraadpleegd op 21 april 2025, van

[https://www.securex.be/nl/personeelsbeleid/welzijn-op-het-werk/absenteïsme?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=6239429+%7C+Employers+%7C+Wellbeing+%7C+Search+%7C+Conv+%7C+BE-NL+%7C+\[EM\]+\[CV\]&campaignid=17247304772&keyword=ziekteverzuim%20kosten&matchtype=p&network=g&device=c&creative=597652516223&gad_source=1&gbraid=0AAAAADx_JyxdQP3BP5yKrt3xXhMvXhojw&gclid=Cj0KCQjw2ZfABhDBARIsAHFTxGwrZnu_GFGKG0txyR3hApCOf4KtTP-vIP8nIjM1LEpsV7QZzfFQG0aAhb5EALw_wcB](https://www.securex.be/nl/personeelsbeleid/welzijn-op-het-werk/absenteïsme?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=6239429+%7C+Employers+%7C+Wellbeing+%7C+Search+%7C+Conv+%7C+BE-NL+%7C+[EM]+[CV]&campaignid=17247304772&keyword=ziekteverzuim%20kosten&matchtype=p&network=g&device=c&creative=597652516223&gad_source=1&gbraid=0AAAAADx_JyxdQP3BP5yKrt3xXhMvXhojw&gclid=Cj0KCQjw2ZfABhDBARIsAHFTxGwrZnu_GFGKG0txyR3hApCOf4KtTP-vIP8nIjM1LEpsV7QZzfFQG0aAhb5EALw_wcB)

- Serdar, C. C., Cihan, M., Yücel, D., & Serdar, M. A. (2020). Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochemia Medica*, 31(1), 27–53.
<https://doi.org/10.11613/bm.2021.010502>
- Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. (2016). The economic costs of mental disorders. *EMBO Reports*, 17(9), 1245–1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>
- Universiteit Gent. (z.d.). *Algemeen ethisch protocol voor wetenschappelijk onderzoek aan de faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen van de Ugent*. Ugent.
Geraadpleegd op 5 april 2026, van
<https://www.ugent.be/pp/nl/onderwijs/fdo/masterproeven/ethischprotocol>.
- Van Rijn R. M., Robroek, S. J. W., Brouwer, S., & Burdorf, A. (2013). Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*, 71(4), 295-301. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101591>
- Vlaamse Overheid Departement Zorg. (2023). *Beleidsplan: Geïntegreerd beleidskader voor meer geestelijke gezondheid*. Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd op 23 november 2024, van
https://res.cloudinary.com/deueykgii/raw/upload/v1743600362/Beleidsplan_geïntegreerd_beleidskader_voor_meer_geestelijke_gezondheid_gsjgix.pdf?_a=DATAg1AAZA0
- World Health Organization. (2017). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. WHO. Geraadpleegd op 23 november 2024, van
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326386/9789289002790-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-001>

Bijlage 1

Inhoudsopgave informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’

I. Inleiding

1. Doelstellingen van het project ‘Stress, Werk en Eerste Lijn’
2. Cijfers mentale gezondheid en arbeidsongeschiktheid in België
3. Mentale gezondheid: definitie en psychische problemen
4. Relatie tussen mentale gezondheid en werk
5. De evoluties in de arbeidswereld
6. Voorbeelden: Personen bij de huisarts en ELP
7. Belangrijke besluiten
8. Werkplek bevragen tijdens consultaties

II. Verduidelijking van de concepten

1. Psychosociale risico’s: definitie en oorsprong
2. Frequentie werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen
3. Differentiaaldiagnostiek

III. Gezondheidsproblemen en werkgerelateerde problemen tijdens consultaties: van primaire preventie tot tertiaire preventie

1. De essentiële zorg
2. Wat kan er gedaan worden tijdens primaire preventie / secundaire preventie / tertiaire preventie?
 - 2.1. Het belang van een systemische/psychosociale visie op alle preventieniveau’s
 - 2.2. De basishouding
 - 2.3. Werk bespreekbaar maken & gespreksfiche
 - 2.4. Opvolging huisarts – psycholoog – andere professionals
3. Haal je neus van het stuur: Nut van arbeidsongeschiktheid
 - 3.1. Nut arbeidsongeschiktheid
 - 3.2. Aandachtspunten: arbeidsongeschiktheid
 - 3.3. Aandachtspunten terugkeer naar werk
4. Betrokken actoren
5. Belangrijkste boodschappen
6. Enkel relevantie online bronnen

IV. Werk & re-integratie

1. Het (opnieuw) in perspectief plaatsen
 - 1.1. Actoren m.b.t. het domein werk en sociale zekerheid
 - 1.2. (Her)perspectief: de actoren en hun opdrachten
 - 1.3. Een nieuw instrument om de uitwisseling tussen artsen te vergemakkelijken: het TRIO- platform
2. De arbeidsarts
 - 2.1. Opdracht
 - 2.2. Wat u moet weten
3. Preventie van PSR: wat te doen/adviseren aan patiënten die geconfronteerd worden met een situatie die verband houdt met psychosociale risico’s?

- 3.1. Actoren op het gebied van preventie op de werkplek
- 3.2. Rol van de huisarts en/of psycholoog
- 3.3. PSR: kernboodschappen
- 4. Twee voorbeelden primaire en/of secundaire preventie
 - 4.1. Programme burn-out Fedris
 - 4.2. Mentaal welzijn van zelfstandigen: sociaal veerzekeringsfondsen
- 5. Terug aan ht werk bij de werkgever: drie scenario's
 - 5.1. Re-integratie zonder aanpassing van de werkpost
 - 5.2. Re-integratie met aanpassing van de werkpost & aangepast werk
 - 5.3. Re-integratietraject en bijzondere procedure medische overmacht
- 6. De adviserend arts en zijn multidisciplinair team
 - 6.1. Ziekenfondsen
 - 6.2. Samenstelling multidisciplinair team
 - 6.3. Profiel van een adviserend arts en wettelijke taken
 - 6.4. Opdrachten multidisciplinair team
 - 6.5. Rol van de Terug Naar Werk-coördinator: waarom en hoe contact opnemen?
- 7. Tijdslijn arbeidsongeschiktheid en de 8 fasen (rechtsgrondslagen en procedures)
- 8. Opvolging van invaliditeit (stap 9)
- 9. Hefbomen voor socio-professionele re-integratie
- 10. Hoe neem ik contact op met de adviserend arts en wat moet ik hem of haar sturen?
- 11. Regionale arbeidsbemiddelingsdiensten: VDAB en Actiris
- 12. Enkele voorbeelden m.b.t. terugkeer naar werk (tertiarie preventie)
 - 12.1. IPS
 - 12.2. Activeringsteams GGZ: gespecialiseerde activeringstrajecen zorg en werk
 - 12.3. TNW-fonds
- 13. Terug aan het werk: Uitdagingen

Bijlage 2

Interviewleidraad

Inleiding:

Verwelkoming, bedanking voor hun tijd en mezelf voorstellen. Uitleg rond opbouw interview in twee onderdelen, kennismakingsvragen en vragen omtrent de gevolgde informatiemodule.

Informed consent en opname starten

Kennismakingsvragen:

- a. Hoelang werkt u als psycholoog?
 - Heeft u altijd binnen dezelfde context gewerkt?
 - Hoe lang werkt u als ELP'er?
- b. Wat heeft u aangezet tot het kiezen voor ELP?
- c. Werkt u in een groeps- of solopraktijk? In wat voor soort praktijk werkt u en indien het een multidisciplinaire praktijk is, welke disciplines werken inhouse in uw praktijk?
- d. Werkt u samen met andere disciplines? Intern of extern? Welke disciplines? Op welke manier werkt u samen?
- e. Wat roept het thema stress en werk bij u op?
 - Welke gedachten of gevoelens komen in u op bij dit thema?
 - Wat is uw visie?
- f. In welke mate stemt uw visie op de link tussen stress en werk overeen met die van uw collega's?
- g. Hoe ging u om met eerdere ervaringen rond het thema stress en werk? Kunt u een voorbeeld geven van zo'n situatie, uw actie en wat u anders zou doen/welke hindernissen u ervaarde?
- h. Om welke redenen wilde u meewerken aan dit project? Wat is uw motivatie voor deelname aan dit project? (doorvragen)

Vragen rond perceptie van de inhoud en meerwaarde van de informatiemodule:

Informatiemodule erbij nemen en scherm delen. Participant vragen om zelf ook de powerpoint erbij te nemen zodat ze zelf dingen kunnen aanduiden.

1. In welke mate vond u de informatiemodule nuttig?
 - Welke nieuwe dingen heeft u bijgeleerd?
 - Welke onderdelen vond u (niet) nuttig en waarom?
 - 'bij overlopen PPT: voorbeelden aanhalen'

2. Wat vond u van de inhoud/thema's die in de informatiemodule aan bod kwamen?
 - Welke thema's vindt u wel of niet relevant en waarom?
 - In welke mate sluit de informatie aan bij uw dagelijkse praktijk?
 → "*Wanneer had u het gevoel: dit gaat niet echt over mijn praktijk?*"
 → "*wanneer had u het gevoel: dit kan ik toepassen in de praktijk?*"
 - Zijn er onderwerpen die volgens u ontbreken? Welke?
 - Was veel van de informatie uit de module voor u gekend of waren er veel zaken die u nog niet wist?

3. Als u de module zou kunnen aanpassen, wat zou u veranderen?
 - Welke zaken zou u weglaten? (*laten aanduiden in de PPT*) En waarom?
 → "*Wat zou u eventueel kunnen weglaten zonder dat het verlies oplevert?*"
 - Welke zaken zou u aanvullen om de meerwaarde te verhogen? (*laten aanduiden in PPT*) En waarom?
 → "*Als u de module zou herwerken, wat zou u zeker behouden omdat het nuttig was?*"

4. In welke mate ligt de informatie in de module in lijn met uw eigen professionele visie op de link tussen stress en werk?
 - Op welke vlakken was er een overeenkomst/verschil?
 - In welke mate voldoet de aangereikte informatie aan uw professionele verwachtingen?

5. Op welke manier heeft de informatiemodule uw begeleiding van personen met stressgerelateerde klachten beïnvloed?
 - Zijn er bepaalde zaken die u door het volgen van de informatiemodule anders wil aanpakken of aanpakt? Zo ja, wat? Zo nee, waarom niet?
 - Op welke manier maakt de module het uitvoeren van uw job wel of niet makkelijker?

6. Wat maakt dat u de informatie uit de module wel of niet heeft toegepast of benut?
 - Kan u een voorbeeld geven van hoe u de module hebt toegepast of benut?
 - Wat heeft u geholpen bij het toepassen of benutten van de informatie in de praktijk?
 - Welke hindernissen ervaart u bij het toepassen of benutten van de informatie in de praktijk?
 - Welke aanvullende elementen hebben het gebruik van de informatie in de praktijk positief of negatief beïnvloed? (*tijdsdruk, voorgaande ervaring, multidisciplinariteit*) Kan u voorbeelden geven?
 - In welke mate beïnvloeden waarden en normen binnen de praktijk het gebruik van de informatie in de praktijk? (*terugkoppeling naar overeenstemming visie met collega's*)

7. Waarom zou u de module al dan niet aanraden aan collega's?

Vragen rond de perceptie van gebruiksgemak:

8. Hoe zou u uw ervaring met de informatiemodule in het algemeen beschrijven en waarom?
 - Wat vond u goed of minder goed en waarom?
9. Wat maakt dat u de vorm van de module en het naslagwerk (online webinar/PPT) wel of niet gebruiksvriendelijk vindt?
 - In welke mate vindt u dat een online webinar de geschikte vorm was voor deze module? Waarom wel/niet?
 - Welke vorm zou u prefereren? Welk effect zou dit hebben op uw gebruik van de module?
 - Wat maakt dat de informatie in de module wel/niet makkelijk terug te vinden is?
 - Hoe zou de gebruiksvriendelijkheid verhoogd kunnen worden?
 - *“Zijn er manieren waarop de module volgens u toegankelijker of praktischer zou kunnen worden gemaakt?”*
10. Hoe heeft u het format van de module ervaren? Wat vond u van:
 - De hoeveelheid informatie
 - De intensiteit van de module (*informatie binnen de tijd*)
 - Het tempo
 - Het tijdstip van de module
 - **INDIEN PARTICIPANT AANGEEFT TE VEEL/LANG:**
 - *“Wat had volgens u gerust korter gemogen, en waarom?”*
 - *“Heeft die hoeveelheid informatie invloed gehad op hoe gemakkelijk u de module later kon toepassen in de praktijk?”*
11. Met alles wat we nu besproken hebben, als u de module zou kunnen aanpassen, wat zou u veranderen?
 - Mbt format: hoeveelheid, tempo, tijdstip, etc

Afsluitend vragen of participant nog iets wenst toe te voegen.

Bedanking van de participant, stopzetten van de opname en interview afsluiten