

Toegang tot en vergoeding van ambulante psychologische zorg: wat zegt wetenschappelijk onderzoek?

Patrick Luyten

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(2), 137-154]

SAMENVATTING

Er is de laatste decennia enorme vooruitgang geboekt met de ontwikkeling van empirisch onderbouwde vormen van psychologische behandelingen voor een brede waaier van psychologische problemen en stoornissen. Hoe hiermee wordt omgegaan en in welke mate ambulante psychologische zorg deel uitmaakt van de reguliere gezondheidszorg, kan van land tot land aanzienlijk verschillen. Omdat de vrees bestaat dat een ruime terugbetalingsregeling van een dergelijke psychologische zorg zal leiden tot wildgroei en dat de financiële kosten ervan de pan uit zullen swingen, spelen financiële argumenten hierbij vaak een belangrijke rol. Wetenschappelijk onderzoek laat echter duidelijk zien dat die vrees ongegrond is. Grootschalige studies tonen aan dat psychologische zorg in de praktijk verloopt via een zogenaamd *responsief regulatiemodel*: patiënten stoppen hun behandeling als ze voldoende herstel vertonen. Meta-analyses laten zien dat bij een groot deel van de patiënten dit herstel vrij snel bereikt wordt (in 4 tot 26 sessies). Een beperkte maar belangrijke groep behoeft een langere behandeling en bereikt dan een gelijkaardige behandelrespons als patiënten die minder sessies nodig hebben. De vrees voor 'overconsumptie' van psychologische zorg is dus niet terecht. Integendeel, structurele en financiële inperkingen van de toegang tot psychologische zorg hebben vaak het tegenovergestelde effect van wat ze beogen: ze verlagen de effectiviteit en kosteneffectiviteit ervan. Op basis van deze bevindingen worden concrete aanbevelingen gedaan voor de terugbetaling van ambulante psychologische zorg in België.

Trefwoorden: psychologische behandeling, psychotherapie, zorgverzekering, effectiviteit, kosteneffectiviteit

Inleiding

Er is de laatste decennia enorme vooruitgang geboekt met de ontwikkeling van empirisch onderbouwde vormen van psychologische behandelingen voor psychologische problemen (Cuijpers, 2019; Weisz et al., 2017). Daarbij blijken er zowel in gecontroleerd onderzoek

als in de dagelijkse praktijk geen noemenswaardige verschillen te zijn in de effectiviteit van verschillende bonafide (dat wil zeggen: voldoende gestructureerde en theoretisch onderbouwde) behandelvormen bij een brede waaier van psychologische problemen bij kinderen, jongeren en volwassenen (Laska, Gurman, & Wampold, 2014; Wampold & Imel, 2015; Weisz et al., 2017). Ook de kosteneffectiviteit van psychologische zorg is steeds beter onderbouwd. Afhankelijk van de problematiek levert elke euro die geïnvesteerd wordt in psychologische zorg, 2 tot 43 euro winst op in termen van vermindering van directe (bijvoorbeeld: psychiatrische opnames) en indirecte (bijvoorbeeld: verlies van productiviteit) kosten die samenhangen met psychologische problemen (McDaid, 2011; Yates, 2020).

Er is dus grote consensus dat de toegang tot psychologische zorg verbreed dient te worden, zeker in het licht van de overconsumptie van psychofarmaca (Claes et al., 2014; Wang et al., 2007). Hoe hiermee wordt omgegaan, kan per land aanzienlijk verschillen. Vooral de terugbetaling van ambulante psychologische zorg is daarbij vaak een heikel punt, waarbij politieke, socio-economische en ethische vragen in wisselende mate een rol spelen (Flückiger et al., 2020; Wampold & Imel, 2015). In België wordt bij deze discussie al te vaak vergeten dat psychologische zorg op dit ogenblik al op grote schaal wordt terugbetaald: wanneer deze wordt aangeboden door een arts, is de terugbetaling geregeld, zonder noemenswaardige beperkingen; residentiële en ambulante psychiatrische programma's bevatten meestal een aanzienlijke psychotherapeutische component en worden grotendeels vergoed door de Belgische ziekteverzekering. Maar voor ambulante psychologische zorg door een klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog of psychotherapeut betalen op dit ogenblik verschillende ziekenfondsen enkel een beperkt aantal sessies terug. Eenzelfde strategie hanteerde de federale overheid tijdens de vorige regeringsperiode voor de terugbetaling van zogenaamde eerstelijnspsychologische behandeling: die werd beperkt tot acht sessies.

De reden voor deze tendens tot beperkte terugbetaling laat zich makkelijk raden: de vrees bestaat dat een ruime regeling zal leiden tot wildgroei en dus de kosten de pan uit zal doen swingen. Al snel is er de reflex, vooral bij beleidsmakers, om het aantal sessies te beperken of andere beperkingen op te leggen, zoals de eis van een verwijzing door een huisarts als poortwachter van de zorg. Weisz, Ng, en Bearman (2013) verwijzen in dit verband naar een *implementation limbo* onder het motto: *how low can you go?* – hoeveel kan je 'besparen' op het aantal aangeboden sessies, de opleiding en bijscholing van hulpverleners? Dit is een legitieme redenering: niemand is gebaat bij een ondoelmatig gebruik van financiële middelen.

Gelukkig komt wetenschappelijk onderzoek ons te hulp. Anders dan in België zijn er landen waar programma's om de toegankelijkheid van ambulante psychologische zorg te verbeteren al langer zijn ingevoerd, en daardoor beschikken we ondertussen over de

resultaten van vaak erg grootschalige studies om beslissingen over de toegang tot een dergelijke psychologische zorg op te baseren. Het gaat daarbij onder meer om studies betreffende het *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)-programma in het Verenigd Koninkrijk, het *Better Access*-programma in Australië, *managed care*-systemen in de Verenigde Staten, Zweden, Finland en Noorwegen, het *diagnose-behandelcombinatie* (dbc)-systeem in Nederland en de vergoeding van psychologische zorg door zorgverzekeraars in Duitsland. Ondanks de vaak grote verschillen tussen deze systemen en landen is het opvallend dat studies heel eenduidige resultaten opleveren over de *do's* en *don'ts* in verband met de toegang tot en de vergoeding van psychologische zorg. Bovendien corrigeren deze resultaten een aantal belangrijke misverstanden bij zowel wetenschappers als beleidsmakers.

In dit artikel vat ik de belangrijkste bevindingen van deze studies samen en formuleer ik op basis hiervan een aantal concrete aanbevelingen. Ik behandel daarbij achtereenvolgens een aantal belangrijke vraagstukken, zoals het te verwachten aantal sessies dat nodig is voor voldoende herstel bij patiënten. Ik ga ook in op positieve en schadelijke effecten van maatregelen die de toegang tot en het gebruik van ambulante psychologische zorg willen reguleren, zoals de eis van een verwijzing door een huisarts en het beperken van het aantal sessies dat terugbetaald wordt.

Methoden

Voor deze narratieve review doorzocht ik de databases PsychInfo, Scopus en MEDLINE op basis van de volgende combinaties van de zoektermen: length, duration, dose, psychotherapy, psychological interventions, outcome, efficacy, effectiveness, cost-effectiveness. Daarnaast gebruikte ik dezelfde termen in bijvoorbeeld het Frans en het Duits om Google Scholar te doorzoeken en zo niet-Engelstalige studies op te sporen. Om dezelfde reden en omdat veel rapporten over de effectiviteit van zorgsystemen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet in vaktijdschriften of boeken gepubliceerd zijn, gebruikte ik dezelfde termen om via Google naar zogenaamde 'grijze literatuur' te zoeken, samen met een handmatige zoektocht in de referenties van de geïdentificeerde artikelen, hoofdstukken en rapporten. Wanneer ik geen toegang had tot de volledige tekst, nam ik contact op met de betreffende auteur(s). Ik zocht vanaf januari 2000 tot november 2020. Aangezien het gaat om een narratieve review, concentreerde ik me voor het trekken van conclusies voornamelijk op meta-analyses en kwalitatieve reviews. Waar dergelijke meta-analyses of kwalitatieve reviews ontbreken, baseerde ik me op de best beschikbare evidentie uit individuele studies.

Resultaten

Hoeveel sessies zijn er nodig?

Ondanks grote verschillen in terugbetalingsregelingen en toegang tot de ggz in verschillende landen (Flückiger et al., 2020) zijn de conclusies van het onderzoek in dit domein eenduidig. Indien men zorgt voor een zo groot mogelijke autonomie van de patiënt bij het zoeken naar psychologische zorgverlening en het gebruik ervan, blijkt dat patiënten én behandelaars zich gedragen volgens een *responsive regulation model* (Bone, Delgado, & Barkham, 2020; Robinson, Delgado, & Kellett, 2020; Stiles, Barkham, & Wheeler, 2015). Dit model houdt in dat patiënten verschillende doelen, mogelijkheden en verwachtingen hebben met betrekking tot psychologische zorg waardoor zij in een verschillend tempo veranderingen vertonen in de behandeling. Zowel de patiënten zelf als de behandelaars reageren op deze variatie door de behandelduur aan te passen tot een niveau van verbetering is bereikt dat ‘goed genoeg’ is. Dit niveau is in eerste instantie afhankelijk van de *ernst van de problematiek*. Uit alle studies blijkt consistent dat een groot deel van de patiënten de behandeling afrondt na een beperkt aantal sessies. Tabel 1, gebaseerd op een grootschalige studie in het Verenigd Koninkrijk bij 26.430 patiënten in verschillende settings in de dagelijkse ambulante zorgverlening, biedt hiervan een mooie illustratie: veruit de meeste patiënten blijven niet langer dan een 25-tal sessies in behandeling. Het aantal patiënten dat er langer over doet als ze daartoe de vrijheid hebben, is beperkt. Maar belangrijk is dat alle patiënten nagenoeg dezelfde niveaus van betrouwbare en klinisch significante verbetering (*Reliable and Clinically Significant Improvement* [RCSI]) vertonen, met andere woorden: een niveau van functioneren onder klinische cut-offs, namelijk ongeveer 60% (tabel 1): sommigen na 4 sessies, anderen na 25, nog anderen na 50 sessies. Deze bevindingen bleken consistent in verschillende studies in verschillende settings (eerste lijn, tweede lijn, derde lijn) en in verschillende landen (Barkham et al., 2006; Stiles, Barkham, Connell, & Mellor-Clark, 2008). Een recente meta-analyse van deze studies (N = 26) bevestigt de robuustheid van deze bevindingen (Bone, Delgado, & Barkham, 2020), waarbij, alle studies samengenomen, 50% van de patiënten een betrouwbare en klinische significante verbetering vertoont in 11 tot 54 sessies. In de ambulante praktijk ligt het optimale aantal sessies bij milde tot matige problemen tussen 4 en 26 sessies (Robinson, Delgado, & Kellett, 2020). Voor matig-ernstige tot ernstige problemen situeert dit zich tussen 25 en 50 sessies, waarbij een beperkte groep tot 80 sessies en meer nodig heeft (Leichsenring et al., 2015; Multmeier & Tenckhoff, 2014; Smits et al., 2020). Er is dus geen gevaar voor ‘overconsumptie’: patiënten beëindigen hun behandeling als ze een ‘goed genoeg’-niveau bereikt hebben en dit niveau varieert in functie van hun problematiek, niet in functie van de voorkeuren van hun behandelaars.

Tabel I. Betrouwbare en klinisch significante verbetering (RCSI) in functie van het aantal sessies (N = 26.430 patiënten).

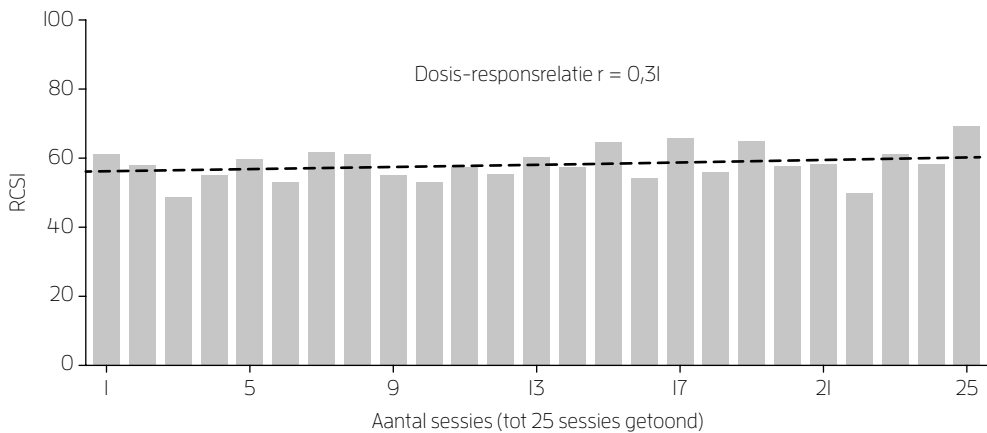
Aantal gevolgde sessies	Aantal patiënten dat het aantal sessies volgde	Percentage patiënten dat voor elk van het aantal sessies RCSI vertoonde
0	28	67,9
1	243	62,6
2	1208	64,2
3	1926	68,2
4	2401	66,8
5	3071	64,1
6	5576	57,8
7	1904	61,1
8	1928	58,5
9	1107	56,0
10	1258	53,8
11	767	58,0
12	1405	56,8
13	388	56,4
14	312	55,4
15	283	56,2
16	325	48,6
17	212	61,3
18	196	54,6
19	166	57,2
20	216	52,8
21	116	50,9
22	134	51,5
23	112	58,9
24	180	52,8
25	97	52,6
26	78	51,3
27	64	62,5
28	58	56,9
29	49	61,2
30	72	59,7
31	55	52,7
32	59	54,2
33	62	62,9
34	58	48,3
35	52	63,5
36	51	58,8
37	56	46,4
38	58	50,0
39	40	37,5
40	59	45,8
Totaal aantal patiënten	26.430	15.858 (60,0%)

Toelichting: in deze studie volgden bijvoorbeeld 2401 patiënten 4 sessies, waarna 66,8% een RCSI vertoonde; 212 patiënten volgden 17 sessies, waarvan 61,3% een RCSI vertoonde.

Gebaseerd op Stiles et al., 2015.

De *begrenzing van het aantal sessies* dat patiënten in een zorgsysteem terugbetaald krijgt, vormt een tweede belangrijke factor die de responsieve regulatie van de lengte van behandeling kan beïnvloeden. Zoals bekend, bestaat er een dosis-responsrelatie tussen het aantal sessies en de behandelrespons: hoe meer sessies (hoe hoger de ‘dosis’), hoe beter het resultaat. Meta-analyses laten zien dat deze dosis-responsrelatie vaak kwadratisch is (het bijkomende resultaat van meer sessies neemt af over de tijd); dit lijkt vooral het geval te zijn bij milde en matige problemen. Bij complexere psychologische problematiek lijkt er een meer lineaire relatie te bestaan tussen een toename van het aantal sessies en het behandelresultaat (Bone et al., 2020; Lambert, 2013; Robinson, Delgadillo, & Kellett, 2020). Maar als het aantal sessies al te zeer in de tijd begrensd wordt of gekoppeld wordt aan financiële gevolgen, dan treden er grote oneigenlijke en onbedoelde effecten op die deze dosis-responsrelatie en het responsieve regulatiemodel verstoren. Twee voorbeelden illustreren dit.

Figuur 1. Betrouwbare en klinisch significante verbetering (RCSI) in functie van het aantal sessies in settings waar behandelaars als vrijwilliger psychologische zorg aanbieden en er dus weinig of geen tijds- of financiële druk is voor behandelaars (N = 5225 patiënten).



Gebaseerd op Stiles et al., 2015.

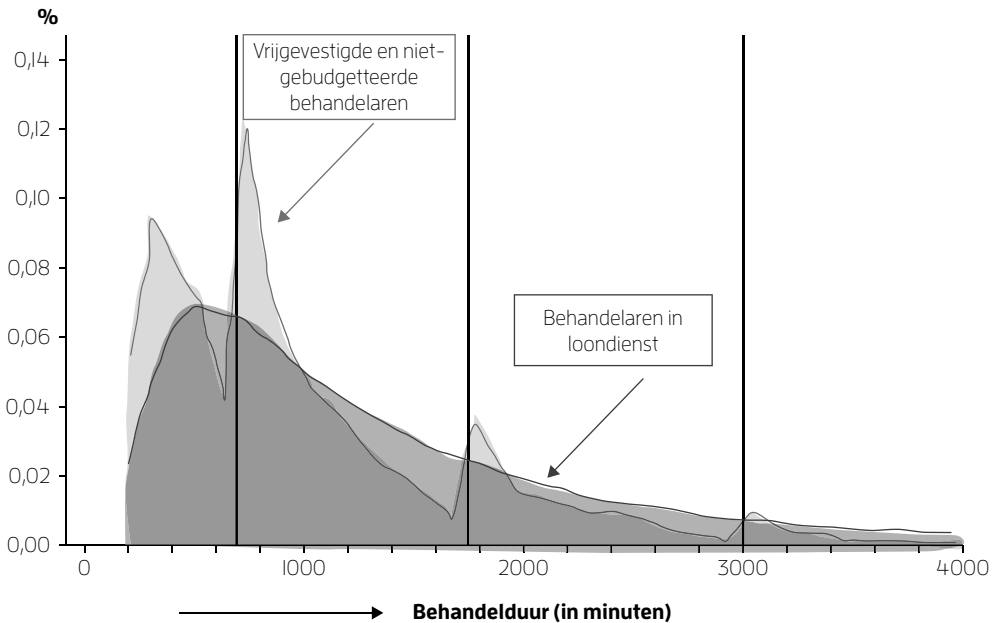
In de zonet besproken studie in het Verenigd Koninkrijk bij 26.430 patiënten vond men de typische positieve relatie tussen het aantal sessies en de therapierespons terug, maar enkel in settings waar patiënten en behandelaars niet gebonden waren aan bepaalde tijds- en financiële limieten (Stiles et al., 2015). Figuur 1 toont de resultaten voor patiënten die behandeld werden in settings waar behandelaars als vrijwilliger psychologische behandeling boden; daar is een responsieve regulatie te zien (patiënten stoppen hun behandeling bij voldoende respons, die opnieuw rond 60% RCSI ligt) en een licht positieve relatie tussen het aantal sessies en de uitkomst. In eerste- en tweedelijnssettings, waarbij er in het Verenigd Koninkrijk duidelijke beperkingen zijn van het aantal sessies (acht of zestien sessies), vond

men echter een *negatieve* relatie tussen het aantal sessies en de therapie-uitkomst! Zo vond men in een studie in eerstelijnssettings bij 9703 patiënten een negatieve correlatie van $r = -0,75$ tussen het aantal sessies en het behandelresultaat (Stiles et al., 2008). Dit wijst op een *boundaried responsive regulation*. De term *boundaried* (begrensd) wijst erop dat wanneer er grenzen worden gesteld aan het ‘natuurlijke’ verloop van het responsieve regulatieproces, dit kan leiden tot oneigenlijke effecten en ondoelmatige behandeling. Patiënten én behandelaars raken gefrustreerd omdat er ‘onvoldoende’ vooruitgang wordt geboekt na een aantal sessies. Als gevolg daarvan wordt er geen verdere vooruitgang geboekt, integendeel, patiënten beginnen zich vaak slechter te voelen. Dat blijkt ook uit data van het IAPT-programma in het Verenigd Koninkrijk. IAPT richt zich op patiënten met milde tot matige psychologische klachten. In dit programma worden patiënten verwezen naar een ‘lage intensiteit’-behandeling (maximaal acht sessies) of ‘hoge intensiteit’-behandeling (maximaal zestien sessies). Op de resultaten van de lage intensiteit-variant kom ik verder terug. Voor de hoge intensiteit-variant tonen grootschalige studies aan dat patiënten die na vijf tot zeven sessies geen klinisch significante verbetering vertonen, nauwelijks of geen vooruitgang meer boeken in de volgende sessies (Robinson, Delgado, & Kellett, 2020; Robinson, Kellett, & Delgado, 2020). Met andere woorden: ofwel is er sprake van een snelle respons ofwel vertonen patiënten zo goed als geen respons of is er zelfs sprake van een toename van klachten, wat dus wijst op iatrogene effecten van het vooraf beperken van het aantal sessies. Dezelfde conclusie werd getrokken bij een evaluatie van het Australische *Better Access*-programma: in eerste instantie werden in dit programma twintig sessies terugbetaald, maar dit werd al snel teruggebracht tot tien sessies. Onderzoek toont aan dat dit programma hierdoor enkel nog behandeling biedt aan mensen met milde problemen en dat andere patiënten in de kou blijven staan (Rosenberg & Hickie, 2019).

Ook in een studie betreffende het Nederlandse dbc-systeem zien we het fenomeen van ondoelmatige zorg optreden bij het opleggen van beperkingen die het responsieve regulatiemodel al te zeer verstoren. Behandelaars in de ggz krijgen namelijk een hogere financiële vergoeding per patiënt telkens wanneer ze een bepaalde ‘drempelwaarde’ overschrijden, uitgedrukt in een bepaald aantal minuten dat ze patiënten behandelden. Figuur 2 laat zien dat dit leidt tot het artificieel verlengen van behandelingen. De curve met het aantal zorgminuten van vrijevestigde behandelaars laat merkwaardige pieken zien rond deze ‘drempelwaarden’ (Douven, Mosca, & Remmerswaal, 2015): patiënten werden namelijk telkens *net* iets langer behandeld, tot een bepaalde drempel overschreden werd, en vervolgens werd de behandeling snel stopgezet, dus nadat de behandelaar de financiële vergoeding voor het volgende pakket aan minuten kon innen! Minstens zo interessant is het om te kijken naar de curve van behandelaars die in loondienst zijn bij zorgaanbieders, en die dus zelf geen direct financieel belang hebben bij de lengte van de behandeling die ze bieden. Die laat een veel ‘natuurlijker’ verloop zien volgens het responsieve regulatiemodel,

zonder pieken. Tot slot is figuur 2 om nog een andere reden interessant: daaruit blijkt opnieuw dat een grote groep patiënten eerder kortdurend wordt behandeld (tot rond 1000 minuten, wat overeenkomt met 14-16 sessies), vervolgens neemt het gemiddelde aantal benodigde sessies gestaag af, waarbij een erg kleine groep patiënten tussen 51 en 100 sessies (3000-6000 minuten) in behandeling blijft. Dit is consistent met bevindingen uit de dagelijkse praktijk in andere landen en het responsieve regulatiemodel.

Figuur 2. Effecten van financiering van psychologische zorg in functie van de duur (uitgedrukt in aantal minuten) in het Nederlandse dbc-systeem.



Gebaseerd op Douven et al., 2015.

Bevindingen uit Duitsland, waar een ruime terugbetalingsregeling van psychologische behandeling door ziekteverzekeringen bestaat, zijn in dit verband bijzonder relevant, temeer omdat dit land cultuurhistorisch en qua organisatie van de gezondheidszorg nauw aansluit bij de Belgische situatie. In Duitsland gebruikt men een variant van het *boundaried responsive regulation*-model. Aan de ene kant wil men door voldoende marge in het aantal sessies te bieden de negatieve effecten van de begrenzing van psychologische behandelingen zoveel mogelijk vermijden, maar tegelijk wil men door het stellen van grenzen patiënten activeren en de kosten van de ggz onder controle houden. Kort samengevat wordt binnen dit systeem onderscheid gemaakt tussen korter durende (tot 24 sessies) en langer durende (tot 50 sessies) psychologische zorg. Daarnaast bestaat de mogelijkheid over te schakelen van een kortdurend naar een langer durend traject indien dat geïndiceerd is, en om een tweede contingent sessies binnen een langer durend traject te krijgen (tot een

maximum van 80 sessies). Bovendien kunnen dergelijke trajecten geïnitieerd of verlengd worden door een arts of erkende psychotherapeut (dus geen ‘omweg’ via een huisarts). Verder is er voor de beperkte maar belangrijke groep patiënten met een chronische, complexe problematiek de mogelijkheid om langer durende psychologische behandeling tot 160 sessies te volgen. Ook hier laten grootschalige studies zien dat de overgrote meerderheid van de patiënten, ongeacht tot welke categorie ze behoren, het maximale aantal sessies niet ‘opgebruikt’ (Altmann, Thielemann, & Strauß, 2016), wat in overeenstemming is met een responsief regulatiemodel. In een studie bij maar liefst 385.885 patiënten bleek dat gemiddeld genomen 70%, ongeacht de categorie van behandeling (korter of langer durend), het maximale aantal sessies niet benutte; bij langer durende behandelingen was dat zelfs 80% (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Overigens blijkt uit onderzoek een grote tevredenheid bij patiënten, behandelaars en zorgverzekeraars over dit systeem, voornamelijk omdat de begrenzing goed lijkt aan te sluiten bij de behoeften van de patiënten, de behandelrespons gemiddeld genomen goed is (met grote tot zeer grote effectgroottes) en er evidentie is voor de kosteneffectiviteit van het systeem. Voor een exhaustief overzicht van alle studies verwijst ik naar Altmann et al. (2016).

Met andere woorden: het beperken in de tijd van psychologische behandeling kan een positief, motiverend en activerend effect hebben, maar enkel als die begrenzing rekening houdt met het ‘natuurlijke verloop’ van de behandeling in functie van de ernst. Dit brengt ons bij mogelijke schadelijke effecten van beperkingen in de toegang en de vergoeding van psychologische zorg.

Negatieve gevolgen van structurele en financiële inperkingen

Het is al langer bekend uit gerandomiseerde studies dat te kortdurende behandelingen vaak aanleiding geven tot onvoldoende respons: het ‘goed genoeg’-niveau wordt niet bereikt (Robinson, Delgado, & Kellett, 2020). Als gevolg daarvan ontstaat vaak een lange zoektocht van de patiënt (en zijn omgeving, zeker als het om kinderen en jongeren gaat) naar adequate zorg, gekenmerkt door een opeenvolging van allerlei kortdurende interventies, vaak in combinatie met medicatie, met weinig effect, vooraleer uiteindelijk een degelijke (wat) langer durende behandeling gevonden wordt die wel leidt tot een significante verbetering in het functioneren. Wanneer dit zoekproces gepaard gaat met spoedopnames en/of psychiatrische opnames, leidt dit tot erg hoge kosten. Dit voor klinici welbekende fenomeen is bijvoorbeeld goed gedocumenteerd bij jongeren met beginnende persoonlijkheidsproblemen. Het gaat hier om een aanzienlijke groep: schattingen variëren van 3% van de populatie tot 50% van de patiënten die psychologische zorg zoeken (Fonagy et al., 2015). Bij patiënten met depressie of angst gaat het naar schatting om 35% van de jonge-

ren die hulp zoeken; zij krijgen meestal (te) kortdurende behandelingen aangeboden omdat hun onderliggende persoonlijkheidsproblemen niet onderkend worden (Distel, Smit, Spinhoven, & Penninx, 2016). Onderzoek laat duidelijk zien dat beginnende persoonlijkheidsproblemen een belangrijk negatief effect hebben op de resultaten van (te) kortdurende behandelingen (Distel et al., 2016): tot 75% van de jongeren vertoont geen respons na dergelijke behandelingen (Gearing, Schwalbe, Lee, & Hoagwood, 2013; Luyten, Keefe, Hilsenroth, Abbass, & Barber, 2017; Ranøyen et al., 2018). Zo laat een meta-analyse van acht gerandomiseerde studies van korter durende psychotherapie bij angststoornissen zien dat meer dan de helft van de participanten bij langere termijn follow-up (2-14 jaar na einde behandeling) voldeed aan de criteria voor een angststoornis, met bovendien een niveau van functioneren dat overeenkwam met het 10% laagste niveau van functioneren in de populatie. Slechts 36% van de participanten had geen nieuwe behandeling gehad voor angstklachten tijdens de follow-upperiode, en 19% was bijna constant in behandeling sinds het einde van hun deelname aan de originele studies (Durham et al., 2005).

De schadelijke effecten van te korte behandelingen komen echter vooral naar voren in studies naar de effectiviteit van psychologische zorg in de dagelijkse praktijk. Bevindingen uit het IAPT-programma in het Verenigd Koninkrijk spreken boekdoelen. Zelfs bij patiënten met milde problematiek, die in dit programma een eerstelijnsaanbod krijgen van acht sessies, bleek in een follow-upstudie dat van de patiënten waarvan de klachten in remissie waren op het einde van hun behandeling, 53% terugval vertoonde, waarvan 79% in de eerste zes maanden en 50% zelfs al na twee maanden (Ali et al., 2017). En een analyse van het Australische *Headspace*-programma, dat laagdrempelige kortdurende begeleiding en behandeling biedt voor jongeren (12 tot 25 jaar), liet zien dat bij 40% van de jongeren met borderline kenmerken geen verandering in de klachten optrad en 40% zelfs een klinische verslechtering vertoonde nadat het maximum van zes sessies was bereikt. Op het vlak van sociaal functioneren vertoonde 57% een verslechtering aan het einde van de behandeling, voor kwaliteit van leven liet maar liefst 69% van deze jongeren geen verandering zien of ging slechter functioneren na de behandeling (O'Dwyer, Rickwood, Buckmaster, & Watsford, 2020).

Het 'opvoeren' van het aantal sessies na dergelijke te korte eerstelijns trajecten is duidelijk niet de juiste weg, hoewel dat vaak wordt aangenomen. Zo blijkt uit analyses van het IAPT-programma dat patiënten die na een 'lage intensiteit'-behandeling worden verwezen naar een 'hoge intensiteit'-behandeling (en dus zestien sessies 'extra krijgen'), het niet beter doen dan patiënten die onmiddellijk zestien sessies aangeboden krijgen (Robinson, Kellett, & Delgado, 2020). Integendeel, in een studie met 1512 patiënten uit het IAPT-programma bleek van de patiënten met wat ernstigere problematiek die toch eerst de 'lage intensiteit'-behandeling kregen (en dus 'onder de diagnostische radar doorglipten') en vervolgens naar de 'hoge intensiteit'-behandeling werden doorverwezen, slechts 29% een

klinisch significante verbetering te vertonen, ten opzichte van 45% van diegenen die onmiddellijk naar de 'hoge intensiteit'-behandeling werden verwezen (Delgado, Huey, Bennett, & McMillan, 2017). Hierdoor heeft men in het IAPT-programma een nieuwe groep 'draaideurpatiënten' gecreëerd door een te kort eerstelijnsaanbod: van de 4,7 miljoen patiënten die tussen 2012 en 2018 voor een behandeltraject geïndiceerd werden, kregen er 1,5 miljoen (32%) een indicatie voor twee tot tien of zelfs meer extra behandeltrajecten na het afsluiten van een eerste behandelaflevering.

Dergelijke cijfers stemmen tot nadenken. Vooral omdat men door een te laag aantal sessies aan te bieden het risico loopt dat ambulante psychologische zorg vooral tegemoetkomt aan de noden van zogenaamde YA(R)VIS-patiënten: patiënten die Young, Attractive, Rich, Verbal, Intelligent en Successful zijn. Het format waarbij de patiënt de (impliciete maar vaak ook expliciete) druk voelt om onmiddellijk aan te haken en te snappen wat de behandeling inhoudt, en waarbij van hem verwacht wordt snel verandering te vertonen ('Je hebt maar acht sessies!'), maakt dat een grote groep van de bevolking uit de boot dreigt te vallen, omdat ze niet of weinig vertrouwd zijn met deze behandelingen (Fonagy & Luyten, ter perse). Zelfs als het gaat om mensen met eerder milde problemen, vergt het vaak heel wat sessies vooraleer zij voldoende vertrouwen krijgen in de psychologische hulpverlening en de hulpverlener, en pas dan kan er gewerkt worden aan hun problematiek. In tijden van budgettaire nood lijkt het veeleer aangewezen in te zetten op meer kwetsbare groepen. Er gaapt immers een enorme sociaal-economische kloof op het vlak van geestelijke gezondheid en de toegang tot en het gebruik van psychologische zorg (voor een recent overzicht van meta-analyses en reviews, zie Lund et al., 2018). In het IAPT-programma, bijvoorbeeld, blijkt dat zelfs bij patiënten met milde tot matige psychologische problemen de effectiviteit van dezelfde types psychotherapie, in de eerste lijn aangeboden door behandelaars die eenzelfde opleidings- en supervisie-traject achter de rug hebben, 11 tot 40% lager ligt in behandelcentra gelegen in buurten met een hoog niveau van sociale deprivatie in vergelijking met centra die in de betere buurten liggen (Clark et al., 2018).

Conclusies en aanbevelingen

In navolging van het *Institute of Healthcare Improvement* van de Verenigde Staten hanteert men vaak het zogenaamde *quadruple aim*-model als basisprincipe voor de hulpverlening. Dit houdt in dat men streeft naar: 1. het verbeteren van de hulpverlening zoals die door patiënten wordt ervaren; 2. het verbeteren van de gezondheid op bevolkingsniveau, waarbij de toegankelijkheid van de hulpverlening voor iedereen en sociale rechtvaardigheid dienen te primeren; 3. het verbeteren van de hulpverlening voor patiënten; en ten slotte

4. dat men ervoor zorgt dat professionals hun werk op een goede en duurzame manier kunnen verrichten.

Grootschalige studies naar de toegang en het gebruik van ambulante psychologische zorg in de dagelijkse praktijk laten zien dat een responsief regulatiemodel het gedrag van patiënten en behandelaars stuurt. Dit model laat toe om de bovenstaande doelstellingen te realiseren op voorwaarde dat de volgende principes die uit empirisch onderzoek naar voren komen, in acht genomen worden (zie tabellen 2 en 3).

Tabel 2. Belangrijkste conclusies van onderzoek naar de implementatie van psychologische zorg in de dagelijkse praktijk.

Conclusie	Empirische onderbouwing
Responsief regulatiemodel bepaalt het verloop van psychologische zorg	Patiënten stoppen behandeling bij een 'goed genoeg' resultaat, overconsumptie is erg beperkt, het aantal sessies blijft gemiddeld genomen beperkt (4 tot 26 bij milde-matige problemen, 25-50 bij matige-ernstige problemen)
Het stellen van structurele of financiële grenzen verstoort het 'natuurlijke verloop' van de behandeling met ondoelmatige en/of iatrogene effecten als gevolg	Patiënten worden te lang of te kort behandeld; bij te korte behandelingen treden hoge niveaus van non-respons en terugval op, zelfs op korte termijn

Tabel 3. Een begrensd responsief regulatiemodel van ambulante psychologische zorg.

Patiëntengroep	Psychologische zorg
Categorie 1: 1-25 sessies	<ul style="list-style-type: none"> Doelgroep: milde en matige tot matig-ernstige problematiek Zelfregulatiemodel: goede balans tussen activering van patiënten en behandelresultaat Gevaar voor overconsumptie is erg beperkt Multidisciplinaire samenwerking kan aangeraden zijn Mogelijkheid tot vlotte overschakeling naar categorie 2 is noodzakelijk voor subgroep met onvoldoende respons
Categorie 2: 26-50 sessies	<ul style="list-style-type: none"> Doelgroep: matig-ernstige tot ernstige problematiek Zelfregulatiemodel: goede balans tussen activering van patiënten en behandelresultaat Gevaar voor overconsumptie is erg beperkt Multidisciplinaire samenwerking is sterk aangeraden Mogelijkheid van extra contingent tot 80 sessies is noodzakelijk voor subgroep met onvoldoende respons
Categorie 3: 51-160 sessies	<ul style="list-style-type: none"> Doelgroep: ernstige tot zeer ernstige problematiek Zelfregulatiemodel: goede balans tussen activering van patiënten en behandelresultaat Gevaar voor overconsumptie is erg beperkt Multidisciplinaire samenwerking is meestal essentieel Extra contingent sessies is in uitzonderlijke gevallen mogelijk Vloeiende overgang naar en samenwerking met (semi)residentiële zorg is essentieel

1. Laat patiënten *autonoom* hun zorgverlener kiezen. Het gevolg daarvan zal zijn dat het aantal behandelingsessies bepaald zal worden door een zelfregulerend model, waarbij er tussen patiënten en behandelaars consensus ontstaat over het aantal sessies dat nodig

is om tot voldoende herstel te komen. Het risico op ‘overconsumptie’ van zorg is hierbij klein, omdat patiënten hun behandeling beëindigen als ze een ‘goed genoeg’-niveau van functioneren bereikt hebben. Het aantal sessies om dit niveau te bereiken is bij de overgrote meerderheid van de patiënten beperkt (zie ook punt 2). Het verplicht consulteren van anderen, zoals een huisarts, werpt niet alleen een extra drempel op, het veroorzaakt ook tijdverlies en extra kosten. Bovenal kan dit het responsieve regulatiemodel ontregelen. De huisarts fungeert dus bij voorkeur niet als de centrale poortwachter: hij is meestal niet gespecialiseerd in psychologische zorg en de verplichting om via een huisarts toegang te krijgen en/of te behouden tot deze zorg is niet kosteneffectief. De klinisch psycholoog, al dan niet met specialisatie in de psychotherapie, is ook veel beter in staat om beslissingen te nemen over de meest geschikte behandelingsvorm. Uit het Australische *Better Access*-programma weten we dat slechts in een derde van de gevallen huisartsen daadwerkelijk een evaluatie uitvoeren alvorens toestemming te geven voor het verlengen van een psychologische behandeling en dat deze extra consulten dus niet (kosten)effectief zijn (Rosenberg & Hickie, 2019). Het is ook een illusie dat een dergelijk systeem de samenwerking tussen huisarts en psycholoog/psychotherapeut zal versterken. Dat is ook logisch: de huisarts zou eerst een overleg moeten organiseren met de behandelaar van de patiënt – die beschikt immers over de relevante informatie – om vervolgens het resultaat van dat overleg mee te delen aan de patiënt. Veel beter en intrinsiek belonend is het om deze samenwerking te bevorderen als het gaat om patiënten met complexere problemen (zie punt 5).

2. Studies laten duidelijk zien dat men het *aantal sessies* in principe vrij kan laten: de overgrote meerderheid van de patiënten zal tussen 4 en 26 sessies in behandeling blijven. Als men de autonomie van patiënten en behandelaars te zeer beperkt, krijgt men niet-(kosten)effectieve psychologische zorg. Wil men toch een begreemd responsief regulatiemodel, dan lijkt het Duitse model voorlopig de beste parameters te vertonen, zowel qua tevredenheid van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars, als wat de beheersbaarheid van de kosten en de kosteneffectiviteit betreft. Slechts een erg kleine, maar belangrijke groep heeft behoefte aan en baat bij langer durende behandeling. Uit onderzoek blijkt dat langer durende ambulante behandeling kosteneffectief is, vooral omdat dit leidt tot een sterke daling van opnames op spoeddiensten, psychiatrische (her)opnames en medicatiegebruik (Blankers et al., 2019; Leichsenring et al., 2015). En omdat hierdoor veel minder patiënten gebruikmaken van (duurdere) residentiële zorg, past dit ook binnen de tendens tot vermaatschappelijking van de hulpverlening.
3. *Een te laag aantal sessies is problematisch.* We doen beter iets in één keer goed, dan verschillende keren half werk leveren. Standaard iedereen vier tot acht sessies aanbieden, bijvoorbeeld, leidt tot een hoge non-respons en iatrogene effecten. Bovendien komt een dergelijke psychologische zorg vooral ten goede aan de zogenaamde YA(R)VIS-patiënten. In tijden van budgettaire nood lijkt het veeleer aangewezen zich op meer kwetsbare

groepen te richten. Er blijkt immers een enorme sociaal-economische kloof te bestaan met betrekking tot geestelijke gezondheid (Lund et al., 2018).

4. Zorg ervoor dat de *terugbetaling* van psychologische zorg *niet afhankelijk is van de lijn van de ggz* waarin ze aangeboden wordt. In de eerste lijn zoeken patiënten uit het hele spectrum van ernst van klachten behandeling, gaande van milde aanpassingsproblemen tot zeer ernstige, complexe en chronische psychosociale problemen (Caspi et al., 2014). Toch groeit bij beleidsmakers en zelfs in het werkveld de foutieve overtuiging dat de eerste lijn synoniem is voor patiënten met milde psychologische problemen die behandeld kunnen worden met (erg) kortdurende behandelingen, bij voorkeur door weinig gespecialiseerde behandelaars. Dit is een ernstig misverstand. Studies laten duidelijk zien dat patiënten onmiddellijk de gepaste hulpverlening dienen te krijgen, zonder onnodige drempels of omwegen. Zo blijkt dat het eerst aanbieden van een kortdurende behandeling schadelijk is bij patiënten met een complexere problematiek en het daarna ‘opvoeren’ van het aantal sessies niet effectiever is dan het onmiddellijk aanbieden van een voldoende aantal sessies. *Matched care* dient de leidraad te zijn.
5. Bij het uitrollen van psychologische hulpverlening is er behoefte aan *multidisciplinaire samenwerking*, vooral bij patiënten met complexere problemen (Rosenberg & Hickie, 2019). Het is dan ook belangrijk dat multidisciplinaire samenwerking wordt gefaciliteerd. Dat kan bijvoorbeeld door niet uitsluitend het aantal contacten of de contactduur te vergoeden, maar ook multidisciplinair overleg te financieren. Vooral bij complexe problemen lijkt dit bovendien een goede manier om de broodnodige multidisciplinaire samenwerking te stimuleren.
6. Stel *kwaliteitseisen* aan psychologische hulpverlening. In alle in dit artikel geciteerde programma’s van psychologische zorg in de dagelijkse praktijk hadden behandelaars een psychotherapieopleiding en/of een aanvullende, specifieke opleiding in de behandelvorm die ze aanbieden (gaande van enkele dagen tot een aantal maanden als het ging om meer eenvoudige interventies). Ook supervisie en intervisie maken standaard deel uit van (de implementatie van) deze programma’s.
7. Zorg voor *monitoring* van de behandelrespons, inclusief de tevredenheid van patiënten en behandelaars, en de kosteneffectiviteit ervan. Ook hier is meten weten. De kennis samengevat in dit artikel is afkomstig uit grootschalige studies. Het is echter aan te raden in eerste instantie proefprojecten op te zetten alvorens psychologische zorg op grote schaal uit te rollen.
8. De *betaalbaarheid* (van de terugbetaling) van psychologische zorg wordt mogelijk gemaakt door besparingen in zowel directe als indirecte kosten gerelateerd aan *psychologische problemen*. Per geïnvesteerde euro is er sprake van een rendement van 2 tot 43 euro, afhankelijk van de ernst van de problematiek. Vooral de winst bij de directe kosten valt hierbij op, omdat effectieve psychologische behandeling vooral leidt tot een daling van het gebruik van ziekteverzekeringsgelden, psychofarmaca, spoedopnames en psychiatrische (her)opna-

mes. Daarnaast is er ook een belangrijke daling van de indirecte kosten, voornamelijk van de kosten van werkloosheid en justitiële kosten. Uit onderzoek blijkt dat zo'n 20% van de populatie verantwoordelijk is voor 80% van de maatschappelijke kosten. Psychologische problemen blijken een erg goede voorspeller te zijn van deze groep (Caspi et al., 2016).

Deze aanbevelingen zijn empirisch goed onderbouwd. Ze suggereren dat een brede en laagdrempelige toegang de beste garanties biedt voor goede en kosteneffectieve psychologische zorg, met als centraal devies: kort als het kan, lang als het moet. Dit devies wijkt niet af van dat in de somatische gezondheidszorg.

Literatuur

- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., ... Delgado, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy*, *94*, 1-8. doi:10.1016/j.brat.2017.04.006
- Altmann, U., Thielemann, D., & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis*, *43*, 360-366. doi:10.1055/s-0042-115616
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B., Miles, J.N., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 160-167. doi:10.1037/0022-006x.74.1.160
- Blankers, M., Koppers, D., Laurensen, E.M.P., Peen, J., Smits, M.L., Luyten, P., ... Dekker, J.J.M. (2019). Mentalization-based treatment versus specialist treatment as usual for borderline personality disorder: Economic evaluation alongside a randomized controlled trial with 36 months follow-up. *Journal of Personality Disorders*. Advance online publication. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_454
- Bone, C., Delgado, J., & Barkham, M. (2020). A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cou0000521>
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T.E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, *2*, 119-137. doi:10.1177/2167702613497473
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., ... Moffitt, T.E. (2016). Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour*, *1*. doi:10.1038/s41562-016-0005
- Claes, S., De Lepeleire, J., Casteels, M., Danckaerts, M.K.D., Laekeman, G., ... Truyts, T. (2014). *Wat met psyche en pillen?* Tiel: LannooCampus.
- Clark, D.M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *Lancet*, *391*, 679-686. doi:10.1016/S0140-6736(17)32133-5
- Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, *18*, 276-285. doi:10.1002/wps.20661
- Delgado, J., Huey, D., Bennett, H., & McMillan, D. (2017). Case complexity as a guide for psychological treatment selection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*, 835-853. doi:10.1037/ccp0000231
- Distel, M.A., Smit, J.H., Spinoven, P., & Penninx, B.W. (2016). Borderline personality features in depressed or anxious patients. *Psychiatry Research*, *241*, 224-231. doi:10.1016/j.psychres.2016.05.007

- Douven, R., Mosca, I., & Remmerswaal, M. (2015, 18 februari). De invloed van financiële prikkels op de behandel-tijd in de GGZ. *Mejustice*. Geraadpleegd via <https://www.mejustice.nl/artikelen/detail/de-invloed-van-financie-le-prikkels-op-de-behandeltijd-in-de-ggz>
- Durham, R.C., Chambers, J.A., Power, K.G., Sharp, D.M., Macdonald, R.R., Major, K.A., ... Gumley, A.I. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9, 1-174. doi:10.3310/hta9420
- Flückiger, C., Wampold, B.E., Delgado, J., Rubel, J., Vislä, A., & Lutz, W. (2020). Is there an evidence-based number of sessions in outpatient psychotherapy? A comparison of naturalistic conditions across countries. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 333-335. doi:10.1159/000507793
- Fonagy, P., & Luyten, P. (ter perse). Socioeconomic and sociocultural factors affecting access to psychotherapies: The way forward. *World Psychiatry*.
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1307-1320. doi:10.1007/s00787-015-0751-z
- Gearing, R.E., Schwalbe, C.S., Lee, R., & Hoagwood, K.E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 30, 800-808. doi:10.1002/da.22118
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; pp. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley and Sons.
- Laska, K.M., Gurman, A.S., & Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51, 467-481. doi:10.1037/a0034332
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., ... Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2, 648-660. doi:10.1016/S2215-0366(15)00155-8
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E.C., Breuer, E., Chandra, P., ... Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5, 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Luyten, P., Keefe, J.R., Hilsenroth, M., Abbass, A., & Barber, J. (2017). Science is what we need in the treatment of anxiety disorders. *Lancet*, 390, 229. doi:10.1016/S0140-6736(17)31802-0
- McDaid, D. (2011). *Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability*. Brussel: European Commission.
- Multmeier, J., & Tenckhoff, B. (2014). Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111, 438-441.
- O'Dwyer, N., Rickwood, D., Buckmaster, D., & Watsford, C. (2020). Therapeutic interventions in Australian primary care, youth mental health settings for young people with borderline personality disorder or borderline traits. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 23. doi:10.1186/s40479-020-00138-2
- Ranøyen, I., Lydersen, S., Larose, T.L., Weidle, B., Skokauskas, N., Thomsen, P.H., ... Indredavik, M.S. (2018). Developmental course of anxiety and depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 1413-1423. doi:10.1007/s00787-018-1139-7
- Robinson, L., Delgado, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30, 79-96. doi:10.1080/10503307.2019.1566676
- Robinson, L., Kellett, S., & Delgado, J. (2020). Dose-response patterns in low and high intensity cognitive behavioral therapy for common mental health problems. *Depression and Anxiety*, 37, 285-294. doi:10.1002/da.22999
- Rosenberg, S.P., & Hickie, I.B. (2019). The runaway giant: Ten years of the Better Access program. *Medical Journal of Australia*, 210, 299-301. doi:10.5694/mja2.50068
- Smits, M.L., Feenstra, D.J., Eeren, H.V., Bales, D.L., Laurensen, E.M.P., Blankers, M., ... Luyten, P. (2020). Day hospital versus intensive out-patient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: Multi-centre randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 216, 79-84. doi:10.1192/bjp.2019.9

- Stiles, W.B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 298-305. doi:10.1037/0022-006x.76.2.298
- Stiles, W.B., Barkham, M., & Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: Relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. [corrected]. *British Journal of Psychiatry, 207*, 115-122. doi:10.1192/bjp.bp.114.145565
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., ... Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet, 370*, 841-850. doi:10.1016/s0140-6736(07)61414-7
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Ng, M.Y., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Vaughn-Coaxum, R., ... Fordwood, S.R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist, 72*, 79-117. doi:10.1037/a0040360
- Weisz, J.R., Ng, M.Y., & Bearman, S.K. (2013). Odd couple? Reenvisioning the relation between science and practice in the dissemination-implementation era. *Clinical Psychological Science, 2*, 58-74. doi:10.1177/2167702613501307
- Yates, B.T. (2020). Research on improving outcomes and reducing costs of psychological interventions: Toward delivering the best to the most for the least. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 125-150. doi:10.1146/annurev-clinpsy-071519-110415

Summary

Access to and reimbursement of outpatient psychological treatment: Empirical findings

There has been tremendous progress in recent decades in the development of evidence-based psychotherapies for a wide variety of psychological disorders. However, there are significant differences between countries in the provision of psychological care as part of routine health care. The reimbursement of psychological care in particular is often a delicate issue in which, in addition to empirical evidence, political, socio-economic and ethical questions play a role. Financial arguments often play a key role in this discussion because of the fear that the reimbursement of psychological care will lead to a proliferation of expenditures in health care. Scientific research clearly shows that this fear is unjustified. Large-scale studies show that psychological care in routine care is regulated by a so-called responsive regulation model: patients end their treatment when they show sufficient recovery. Meta-analyses show that recovery is achieved fairly quickly in a large proportion of patients (namely between 4 and 26 sessions). A limited, but important, group of patients requires longer treatment, but achieves a similar treatment response as patients requiring fewer sessions. The fear of 'overconsumption' of psychological care is therefore unjustified, at least if the responsive regulation model is allowed to do its work. Indeed, research also clearly shows that structural or financial measures that limit the patient's autonomy too much (such as the need for a referral by a GP or the provision of too few sessions) lead to suboptimal care and high costs in healthcare. A 'one size-fits-all' approach therefore is not indicated. Based on these findings, specific recommendations are made for the reimbursement of psychological care in Belgium.

Keywords: psychological interventions, psychotherapy, managed care, effectiveness, cost-effectiveness

Personalia

Prof. dr. Patrick Luyten is als hoogleraar verbonden aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, onderzoekseenheid Klinische Psychologie, van de KU Leuven en het Research Department of Clinical, Educational, and Health Psychology, University College London (UK). Tevens is hij als Visiting Research Scholar verbonden aan het Yale Child Study Center, New Haven (CT) in de Verenigde Staten. Zijn onderzoek richt zich voornamelijk op stoornissen in het affectieve spectrum. Daarnaast doet hij onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen. In beide onderzoeksdomeneinen verricht hij zowel meer fundamenteel onderzoek als onderzoek naar de effectiviteit van psychologische behandelingen, gaande van kortdurende (online) behandelingen voor depressie tot langer durende psychotherapie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en kinderen en jongeren met traumaproblematiek. E-mail: patrick.luyten@kuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.