
IDECA - Integrated Depression Care Symposium:

Geïntegreerde zorg in Vlaanderen

13e GGZ Congres, Wilrijk

Dinsdag 8 September, 2026

Prof. dr. Liesbeth BORGERMANS



Depressie: Wereldwijd

332 miljoen

**Prevalentie
5,7%**

**1,5 zo vaak
bij vrouwen
dan mannen**

**Belangrijkste
oorzaak van
beperking,
uitgedrukt in
Years Lived with
Disability**

**Belangrijke
oorzaak van
suicide:
727.000
wereldwijd
(2021)**

Depressie: België



- **12,7%** van de bevolking van 15 jaar en ouder -- depressieve stoornis.
- **1,1** miljoen mensen.
- **6,8%** majeure depressie
- **4,9%** matig ernstige tot ernstige depressieve symptomen.

Depressie: Kosten



Calculating the cost of
work-related stress
and psychosocial risks

European Risk Observatory
Literature Review



- **Werkgerelateerde depressie: €617 miljard/jaar.**
 - **€272** miljard werkgeverskosten door absenteïsme en presenteïsme
 - **€242** miljard productiviteitsverlies voor de economie
 - **€63** miljard zorgkosten
 - **€39** miljard sociale-uitkeringskosten.

- **Organisatie- en financieringsmodel voor de huisartspraktijk** (‘22).
 - Beter georganiseerde
 - Multidisciplinaire
 - Digitaal ondersteunde praktijken
 - Financiering die samenwerking, preventie en continuïteit belooft.

Hiaten in de huidige zorg

- Gemiddelde wachttijd voor intake bij Centra Geestelijke Gezondheidszorg 6-8 weken, gelijkaardig voor opvolging (2022)
- Gespecialiseerde tweede- en derdelijnszorg blijft onmisbaar maar onvoldoende toegankelijk en continu
- Kennis van de behandeling van depressie door huisartsen
- Samenwerking actoren
- Zorg voldoende trauma-sensitief?

Waarom geïntegreerde modellen voor depressiezorg?



- Evidentie ondersteunt een sterke band tussen huisartsen en eerstelijns-psychologische hulp, met goede aansluiting op gespecialiseerde zorg
- Zorgcontinuïteit en laagdrempelige, snelle toegang verbeteren de zorgkwaliteit
- Geïntegreerde zorg is niet beperkt tot multidisciplinariteit — het houdt rekening met alle factoren die gezondheid beïnvloeden

Waarom geïntegreerde modellen voor depressiezorg?

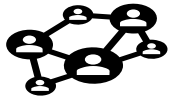
Sterke, consistente evidence-base:

- **Cochrane-review includeerde 79 RCT's, 90 vergelijkingen en 24.308 deelnemers.** Collaborative care leidde, vergeleken met gebruikelijke zorg, tot **significant betere depressie-uitkomsten op korte termijn (0–6 maanden), middellange termijn (7–12 maanden) en langere termijn (13–24 maanden)**; voor zeer lange termijn werden geen significante voordelen aangetoond.

IDECA: Kerncomponenten



Referentiepersonen (2/0,5 FTE) Mentaal Welzijn (RPMW) in 7 huisartspraktijken



RPMW als zorgcoördinator/case manager, langdurige betrokkenheid bij patiënt



Geaccrediteerde huisartsenopleiding + 4-6 weken RPMW-inwerkperiode + intervisies



Shared care leidraad en medicatiepad voor huisartsen + online consultatieve psychiatrie

More to come!



IDECA: Studieresultaten

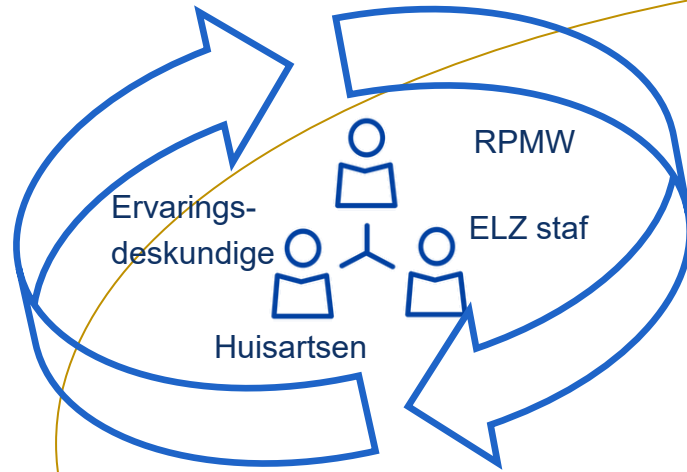
IDECA symposium

Vlaams GG congres - 8 september 2026

Ruben Willems

ÉÉN INTERVENTIEARM • MIXED METHOD

1. Peer review groepen



2. Nomad vragenlijst

= beoordeelt implementatieproces van het perspectief van de direct betrokken professionals

- ELZ staf
- RPMWs
- Huisartsen

3. Patiëntvragenlijsten

- Depressie, angst
- Kwaliteit van leven
- Gezondheidsgeletterdheid
- Zorggebruik, medicatie



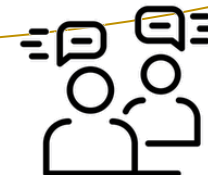
4. Procesevaluatie

- Wat gebeurt er
- Wanneer
- Met welke intensiteit
- Gebruik



5. Individuele interviews

- Patiënten



6. Logboek

- RPMWs



ÉÉN INTERVENTIEARM • MIXED METHOD

1. Peer review groepen

2. Nomad vragenlijst

= beoordeelt implementatieproces van
het perspectief van de direct betrokkenen

- **Implementatie: ontwikkeling, haalbaarheid, appreciatie**
- **Budgetimpact (investeringsnood)**
- **Klinische impact**

- wat gebeurt er
- Wanneer
- Met welke intensiteit
- Gebruik



5. Individuele interviews

- Patiënten



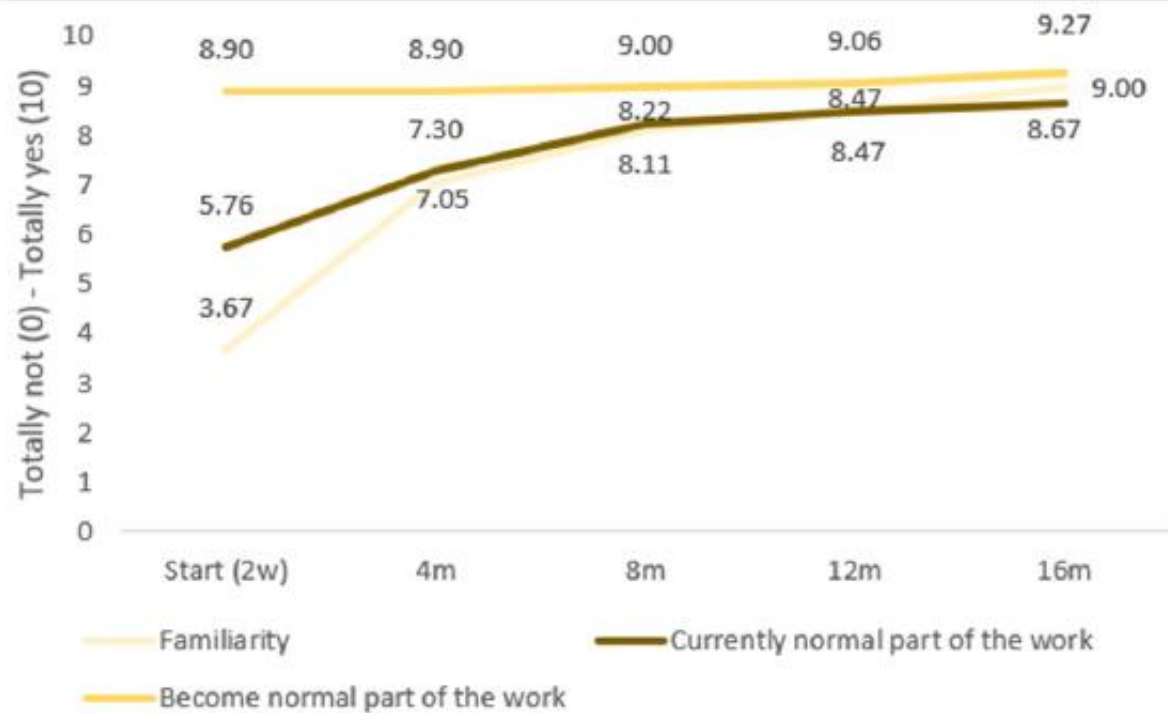
IMPLEMENTATIE

* WILLEMS ET AL 2026. JOURNAL OF CLINICAL MEDICINE, 15, 2326

INTEGRATIE IN DE PRAKTIJK

N=22, NoMAD vragenlijst

Haalbaarheid



Familiarity:

T0-1: $p < 0.001$

T1-2: $p = 0.022$

Currently normal part of the work

T0-1: $p < 0.001$

T1-2: $p = 0.047$

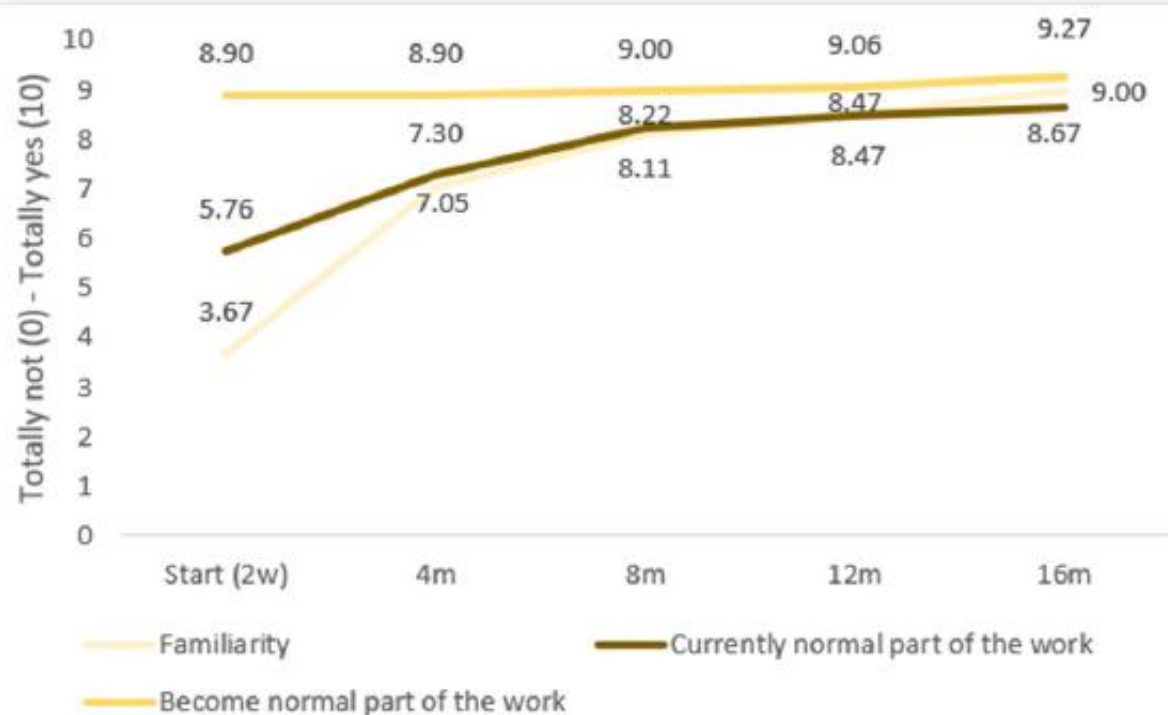


UNIVERSITEIT
GENT

INTEGRATIE IN DE PRAKTIJK

N=22, NoMAD vragenlijst

Haalbaarheid



Familiarity:

T0-1: $p < 0.001$

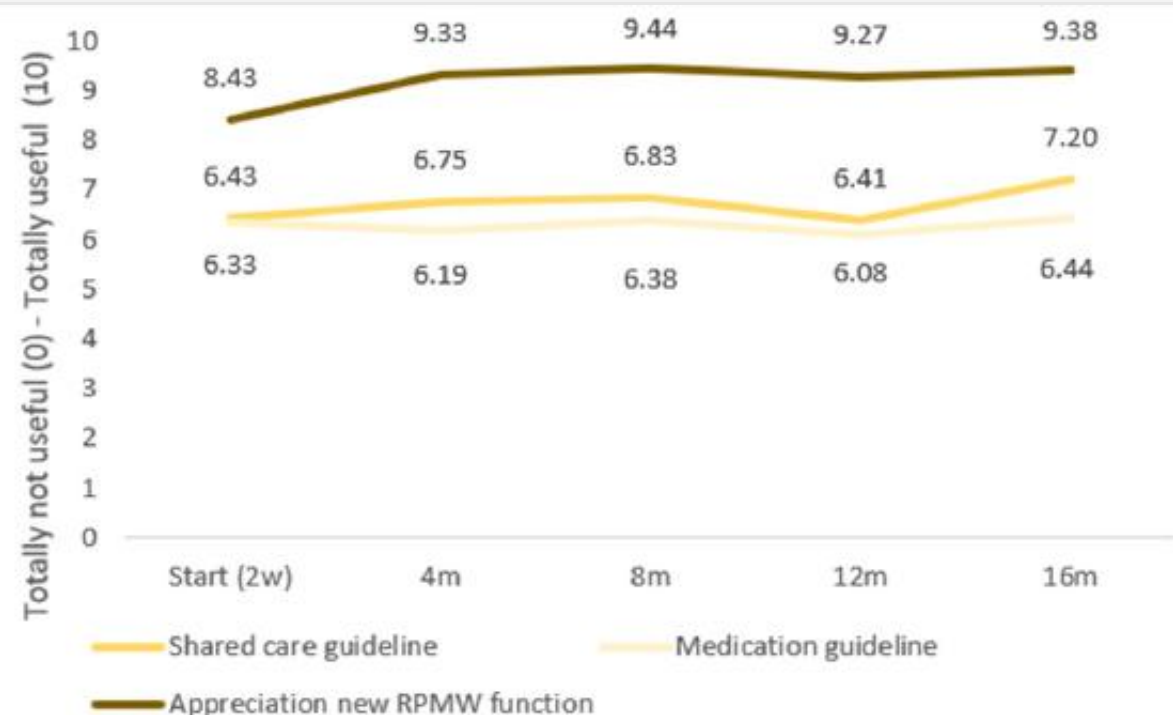
T1-2: $p = 0.022$

Currently normal part of the work

T0-1: $p < 0.001$

T1-2: $p = 0.047$

Appreciatie



RPMW:

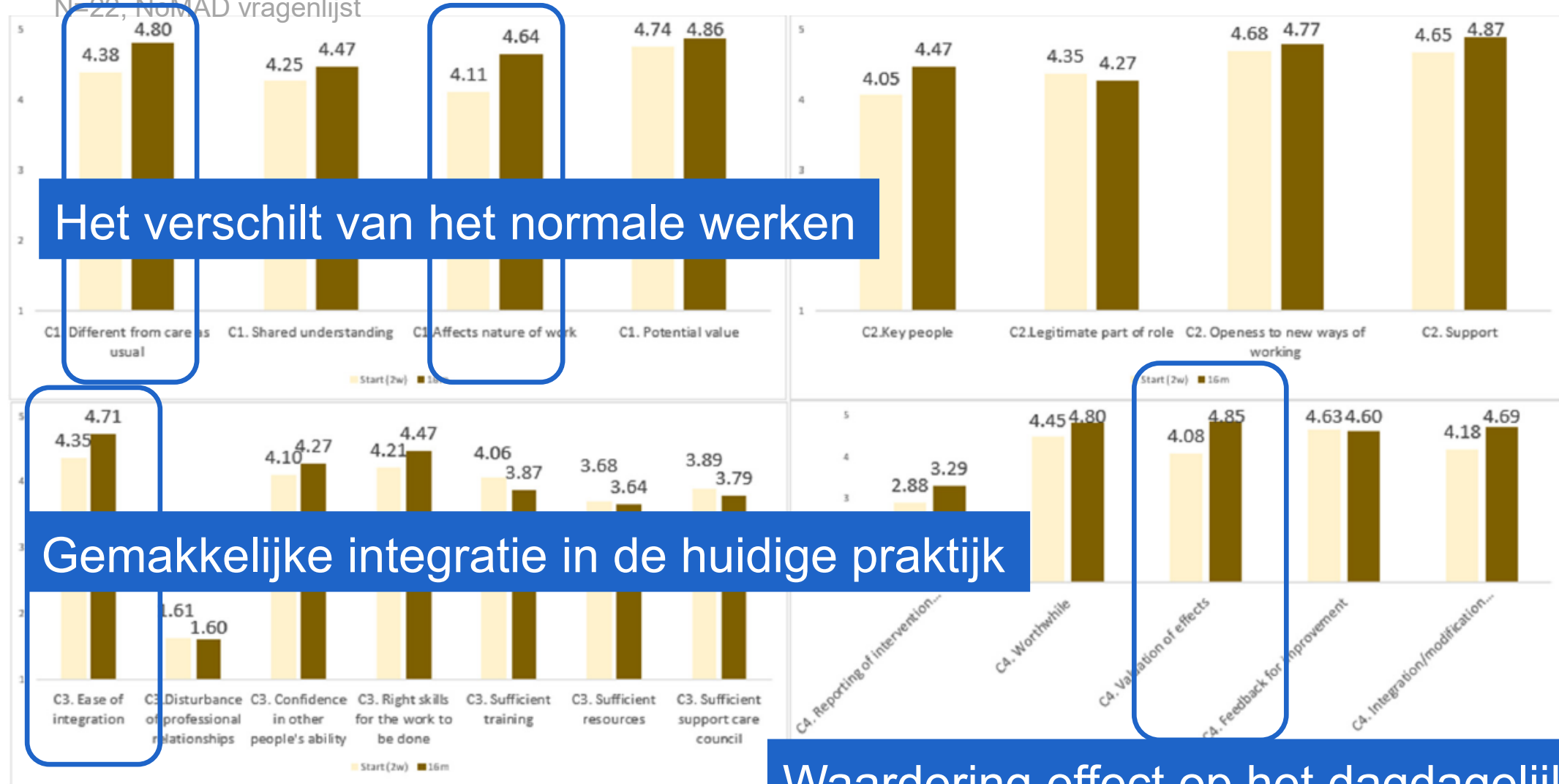
T0-1: $p = 0.027$

SCG & Medication guideline

ns

INTEGRATIE IN DE PRAKTIJK

N=22, NoMAD vragenlijst



Waardering effect op het dagdagelijkse werk

Figure 3. Four core constructs of Normalization Process Theory (NPT) at start (T0) and at 16 months (T4): coherence (**upper left**), cognitive participation (**upper right**), collective action (**bottom left**), and reflexive monitoring (**bottom right**).

BUDGETIMPACT (INVESTERINGSNOOD)

METHODE BEPALING INVESTERINGSNOOD



FASE 1. Case load/RPMW

- Definiering patiëntprofiel
- Beschrijving activiteiten (N contacten met patiënten en andere professionals...)



FASE 2. Opschaling

- Case load/huisarts
- Opschaling naar Vlaanderen/België
- Budget



FASE 3. Financing model

- Forfait, P4Q, P4C, bundled, global, FFS



CASE LOAD & IMPACT VAN SCHAAARSTE



N = 175
/ VTE
RPMW

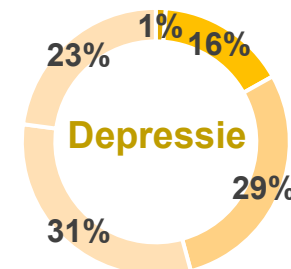
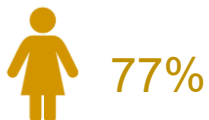
“Het gaat nooit de bedoeling zijn om iedereen aan te raden om eens naar de huisarts te gaan om te horen of je nog goed in je vel zit en dat je op tijd bij de referentiepersoon gaat.” – Huisarts ELZ VK

$$\text{PR DEF} = \frac{175}{881} = 19.8\%$$

= Proportie patiënten die volgens de huisarts gebaat zijn met een consult bij de RPMW en er uiteindelijk minstens één gehad hebben

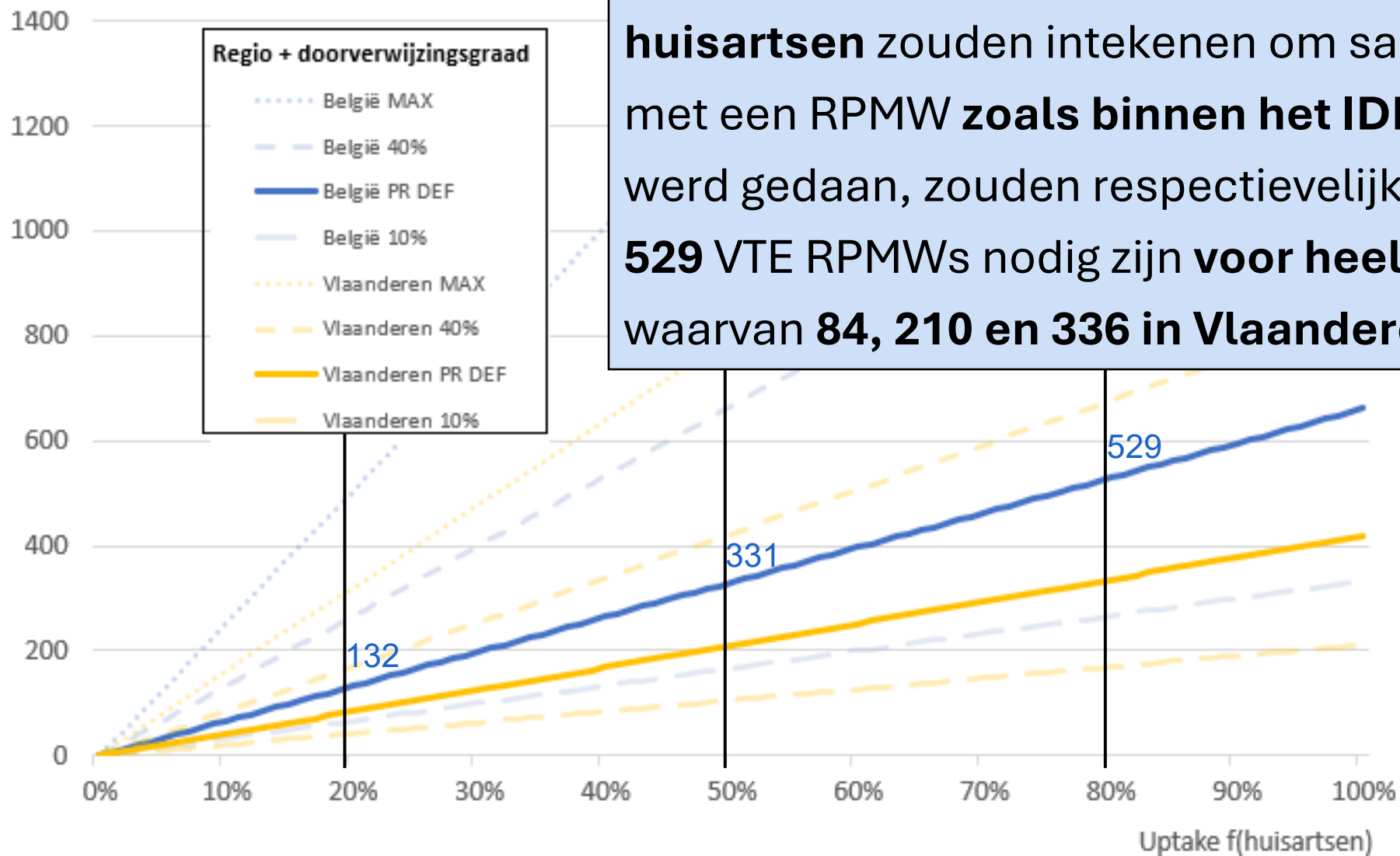
- Vaak: financieel kwetsbaar
- Comorbide, onderliggend probleem

- Waarmee de huisarts vastloopt
- Doch gemotiveerd



- Geen (0-4)
- Mild (5-9)
- Matig (10-14)
- Matig ernstig (15-19)
- Ernstig (20-27)

OPSCHALING: HOEVEEL RPMWS NODIG?



In een scenario waarin **20, 50 en 80% van alle huisartsen** zouden intekenen om samen te werken met een RPMW zoals binnen het IDECA-project werd gedaan, zouden respectievelijk **132, 331 en 529 VTE RPMWs** nodig zijn voor heel België waarvan **84, 210 en 336 in Vlaanderen**

Aantal VTE huisartsen
België: 11240
Vlaanderen: 7135

NODIG BUDGET

Per RPMW

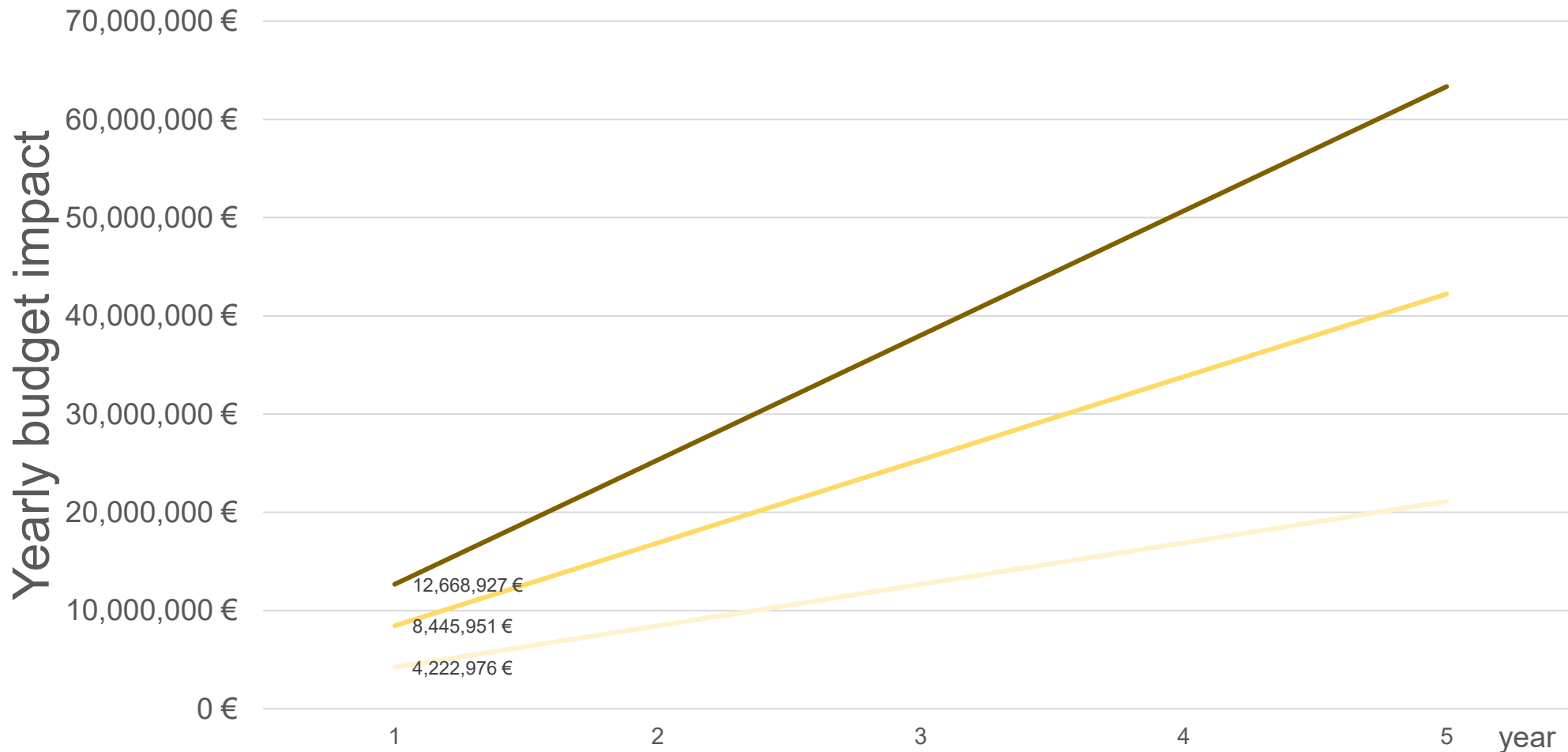
IFIC	Anc.	Loon (70%)	Organisatie (10%)	Huisarts (20%)	Total
15	10-20	84-94 K€	12-13 K€	24-27 K€	119-135 K€
<i>IFIC 15: referentieverpleegkundige thuisverpleegkunde, gezondheidspromotor WGC</i>					

Budget impact

België			Vlaanderen	
Uptake GP	N RPMW*	Budget (M€)	N RPMW*	Budget (M€)
20%	132	15.8-17.8	84	10.0-11.3
50%	331	39.4-44.5	210	25.0-28.3
80%	529	63.1-71.2	336	40.1-45.2

* Samenwerking met RPMW zoals in het IDECA project (PR DEF)

INVESTERINGSPADEN (NIVEAU: BELGIE)

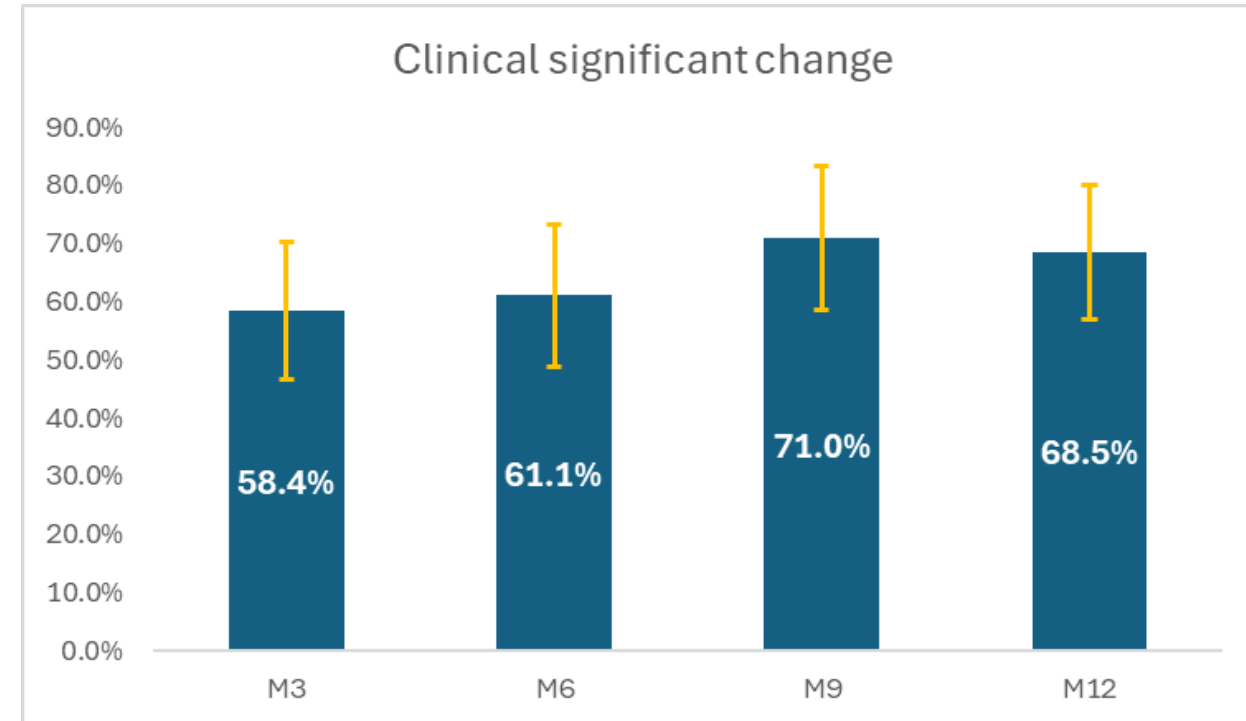
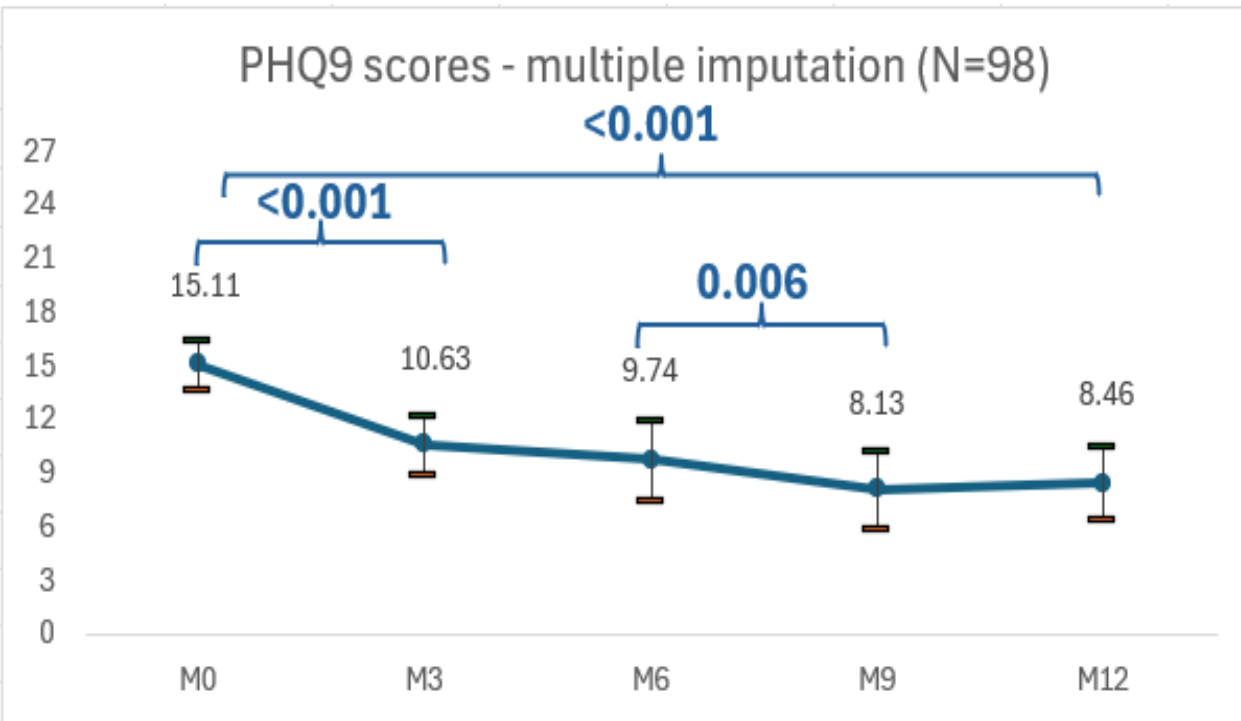


KLINISCHE IMPACT

WAT KRIJG JE ERVOOR TERUG?

KLINISCHE IMPACT: DEPRESSIE

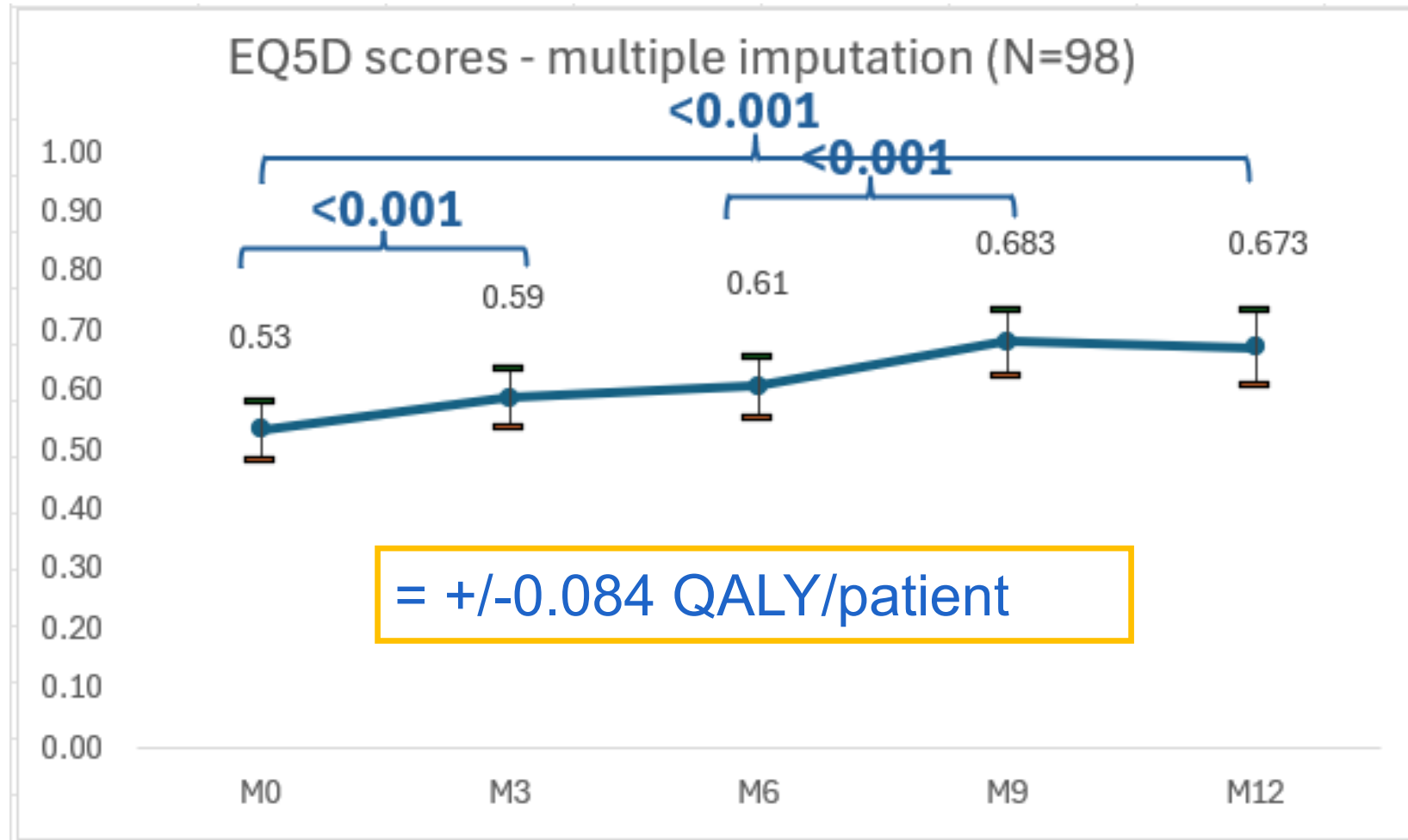
N=98, meervoudige imputatie (fully conditional specification, 20 imputaties, Predictive Mean Matching), T/Wilcoxon, Rubin's rules



Klinisch sign verschil: ≥ 5 ptn

KLINISCHE IMPACT: KWALITEIT VAN LEVEN

N=98, meervoudige imputatie (fully conditional specification, 20 imputaties, Predictive Mean Matching), T/Wilcoxon, Rubin's rules



$$\text{ICUR} = (120-135\text{K}) / (0.084 \text{ QALY} * 175 \text{ patienten})$$
$$= \text{€}8104-9060 \text{ te investeren per QALY}$$

MAAKT DE RPMW DAADWERKELIJK HET VERSCHIL?

KLINISCH-ECONOMISCHE IMPACT: ZORGGEBRUIK

GLM with gamma distr. and log-link f

Parameter		B	Std. Error	Wald test, P-value	% change vs reference	95% Wald confidence interval	
						Lower (%)	Upper (%)
(Intercept)		7.951	0.5266	<,001			
ELZ	MK	0.062	0.2265	0.78	6.4	-32.2	66.9
	VK	0 ^a					
N contacts with RPMW	9+	-0.636	0.2678	0.02	-47.1	-68.8	-10.0
	5-8	-0.307	0.2795	0.28	-26.4	-57.9	28.5
	1-4	0 ^a					
Age	≥45	0.143					
	<45	0 ^a					
Gender	Other	-0.085					
	Female	0.021					
	Male	0 ^a					
Civil status	Other	-0.468					
	Married/living together	0 ^a					
Education	High school or lower	-0.086	0.3464	0.81	-8.2	-54.5	85.2
	College/University	0 ^a					
Depression score	Severe	0.114	0.4902	0.82	12.1	-58.6	203.1
	Moderately Severe	-0.077	0.3648	0.83	-7.4	-55.5	92.7
	Moderately	-0.246	0.3583	0.50	-21.8	-61.9	60.3
	Mild	0 ^a					
Depression related costs 3m before enrollment	≥€200	-0.074	0.2889	0.80	-7.1	-48.3	66.7
	<€200	0 ^a					
(Scale)		0.52	0.1282	<,001	68.2	29.7	117.9

Dependent variable: total direct costs. Intercept: €2838 (95% CI: €984–8192).

a: Reference value.

Model: (intercept), elz, number of RPMW contacts, gender, age category, education, civil status, depression, depression-related costs 3m before enrollment.

↑ **sessies met de RPMW**
r
 ↓ **directe medische kosten**

REFLECTIES

“Het punt dat het binnen de huisartsenpraktijk was, was een groot voordeel. Het schiep vertrouwen. Het was gemakkelijk toegankelijk voor me. Het was schoon en netjes. Een groot voordeel” – Patiënt

“De RPMW snorkelt, terwijl een psycholoog aan diepzeeduiken doet.” – RPMW

“De case managementrol van de RPMW waardeer ik enorm. Mensen onderweg helpen, opvolgen, oriënteren, samen zoeken... neemt zoveel tijd in beslag. En de RPMW doet het zoveel beter dan ik ooit zou kunnen” – Huisarts

“Ik vraag altijd wat de patiënt energie geeft of wat ooit energie heeft gegeven. Op die manier kunnen we een goede doorverwijzing realiseren.” – RPMW

“... Ze vroeg me wat ik wilde doen, en soms zei ik dingen waar ik ervoor nooit over nagedacht had” – Patiënt

SAMENVATTEND

HOOFDPUNTEN

1. Bouw voort op wat al **beschikbaar** is, erken de **complexiteit** en omarm **onzekerheid** via co-creatie.
2. Een **vaste ggz-professional in de eerstelijnszorg** wordt door zowel zorgprofessionals als patiënten warm onthaald.
3. Breng **alle investeringen** in rekening: loon-, organisatie- en huisartsenpraktijkkosten.
4. Een aanzienlijke **daling van depressieve klachten** en een **toename van de levenskwaliteit**
5. Meer consultaties bij de RPMW → **minder ander zorggebruik**

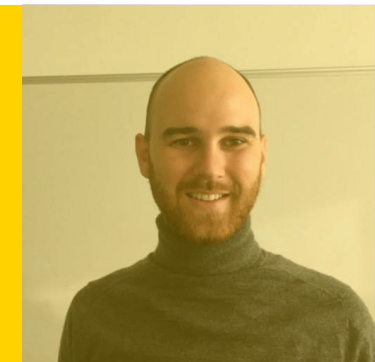


Ruben Willems

Postdoctoraal onderzoeker I-CHER, UGENT
Directeur Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

Corneel Heymanslaan 10
Ingang 42 - Verdieping 4
9000 Gent

E ruben.willems@ugent.be
M +32 488 30 77 49





Gesprek met de RPMWs



Kris
Van den Broeck



Annelies
Veyret-Picot



Karen
Willekens



Panelgesprek



Liesbeth
Borgermans



Yves
Wuyts



Marleen
Hoebus



Geert
Goderis



Erik
Van der Eycken