

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Onderzoek naar de invoering van een  
eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen:  
onderzoeksrapport**

Dr. Evelien Coppens  
Dr. Inge Neyens  
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@med.kuleuven.be](mailto:swvg@med.kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2015/10  
SWVG-Rapport 38  
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens, Veerle De Jaegere, Annelien Mestdagh, Dr. Inge Neyens, Renilt Vranken

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



## **Promotoren en Partners van het Steunpunt**

### **KU Leuven**

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg

Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy

Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

### **UGent**

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

### **VUB**

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

### **Thomas More**

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

## Rapport 38

### Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens, Veerle De Jaegere, Annelien Mestdagh, Dr. Inge Neyens, Renilt Vranken

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

## Samenvatting

### 1 Situering van het onderzoek

De projecten eerstelijnspsychologische functie (ELPF) vinden hun oorsprong in de aanbevelingen van de eerstelijnsgezondheidsconferentie van 2010. De werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), samengesteld uit vertegenwoordigers van alle GGZ specialisten uit de eerste lijn, bracht een aantal knelpunten onder de aandacht van het beleid:

- Een gebrek aan coördinatie, samenhang en samenwerking in de eerste lijn.
- Een beperkte toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare en kansarme groepen.
- Onvoldoende competenties inzake psychische problematieken bij eerstelijns werkers.
- Een beperkte aandacht en inzet voor de preventie van psychische problemen.
- Een beperkte ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg.
- Onvoldoende ervaring met participatie van gebruikers en met het werken in partnership met ervaringsdeskundigen, mantelzorgers en informele zorgverstrekkers.

De aanbevelingen aan de minister sloten naadloos aan bij de geschetste problematiek van de eerstelijns ggz in Vlaanderen:

- Een uitbreiding van de psychiatrische zorg in de thuissituatie, met specifieke aandacht voor crisis- en spoedopvang, samenwerking en participatie van patiënten en mantelzorgers.
- Een betere samenwerking tussen de actoren die betrokken zijn in de eerstelijns ggz en tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde ggz.
- Een uitbreiding van preventie in de eerstelijns ggz.
- Een uitbouw van e-mental health als aanvulling op het bestaande zorgaanbod.
- De aanpak van stigma ten aanzien van psychische problemen en ggz.
- De invoering van een eerstelijnspsychologische functie om de ggz-deskundigheid in de eerste lijn te versterken, de toegankelijkheid van eerstelijns ggz te vergroten en een betere samenwerking met de gespecialiseerde ggz te installeren.

Het beleidsantwoord van minister Jo Vandeurzen bestond in een projectoproep voor organisaties werkzaam in de eerste lijn om binnen een afgebakend geografisch werkingsgebied een ELPF te organiseren. Zeven pilootprojecten werden geselecteerd en kregen de opdracht om in hun regio (Aalst, Brussel, Kempen, Maasmechelen, Pajottenland, Poperinge, Turnhout) volgende activiteiten te realiseren:

- **Kortdurende generalistische zorg** aanbieden bij niet complexe psychische klachten op laagdrempelige wijze, vlot toegankelijk en inzetbaar voor crisisinterventies.
- Nauw **samenwerken met andere hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg** en hiervoor een netwerk uitbouwen op het niveau van de zorgverlening.
- **Vroegdetectie en vroeginterventie** bij psychische problemen bevorderen, onder meer door informatieverstrekking over psychische problemen, het detecteren van psychische problemen, diagnostiek, intake en indicatiestelling, en waar nodig het bevorderen van doorstroming naar meer gespecialiseerde gezondheidszorg.

## 2 De onderzoeksopdracht

Het Steunpunt WVG kreeg de opdracht om in de periode augustus 2012 tot juli 2015 onderzoek uit te voeren naar de invoering van de ELPF. Volgende deelaspecten kwamen in deze opdracht aan bod:

- Het oprichten en voorzitten van een stuurgroep.
- Het uitvoeren van een proces- en effectevaluatie van de 7 projecten.
- Een uniforme interpretatie voor de jaarverslagen van de 7 projecten.
- Het formuleren van kritische succesfactoren op maat van de 7 projecten.
- Het formuleren van een advies over een verdere implementatie van de ELPF in Vlaanderen.

De onderzoeksgegevens werden op verschillende momenten door middel van verschillende methodes verzameld:

- **Interviews** met eerstelijnspsychologen (ELP), projecthouders, huisartsen en klinische partners om per pilootproject zicht te krijgen op de uitvoering van de drie kernopdrachten en de ervaren succesfactoren en knelpunten.
- Een **tevredenheidsbevraging** bij patiënten, ELP, huisartsen en/of andere partners om te peilen naar de tevredenheid en de ervaringen van alle betrokkenen op het terrein.
- De **Brief Symptom Inventory (BSI)** afgenomen van patiënten om de ernst en de aard van de problematiek op een gestandaardiseerde wijze in kaart te brengen.
- Een **registratiefiche** ingevuld door de ELP voor elke patiënt om meer zicht te krijgen op de aangeboden behandeling en de mate van verwijzing naar en overleg met andere klinische partners.
- **Twee klankbordgroepen** om de mening en het advies van experts betreffende een brede implementatie van de ELPF in Vlaanderen te beluisteren.
- Een **analyse van de jaarverslagen** om zicht te krijgen op de voortgang van de projecten.

Voor een volledig verslag van het onderzoek en de resultaten, verwijzen we naar het onderzoeksrapport. Deze samenvatting brengt een overzicht van de eindconclusies en de aanbevelingen betreffende de invoering van een generiek model voor de ELPF in Vlaanderen. Het rapport en de samenvatting kwamen tot stand in nauwe samenspraak met de stuurgroep van het project. Hierbij werden de interpretaties

van de onderzoeksresultaten, de eindconclusies en de aanbevelingen grondig doorgepraat zodat er een brede consensus kon ontstaan.

Onderstaande tekst geeft een bondige samenvatting van de eindconclusies voor het beleid inzake de kerntaken van de ELP, de kortdurende behandeling die de ELP aanbiedt, het functieprofiel van de ELP, de situering van de ELP in het netwerk, de samenwerking van de ELP met de huisarts, de organisatie en financiering van de ELPF en de globale evaluatie van de ELPF. Hieruit volgen een aantal aanbevelingen voor de overheid en het werkveld.

### **3 Eindconclusies**

#### **3.1 De kerntaken van de ELP**

##### ***De ELP biedt individuele begeleidingen aan***

Zoals voorzien in de projectoproep stond het aanbieden van kortdurende behandeling centraal in de zeven projecten. De andere taken zoals het uitbouwen van een lokaal netwerk, het coachen van huisartsen en andere eerstelijnswerkers en het uitbouwen van een groepsaanbod kwamen wat minder aan bod in het takenpakket van de psychologen. Zowel van de vraagzijde als van de aanbodzijde kan men verklaringen zien voor deze vaststelling. Aan de vraagzijde zou men kunnen stellen dat er bij de huisartsen voor de komst van de ELPF een zeer grote vraag naar begeleiding was, mede omwille van de (vaak lange) wachtlijst in de GGZ. De plotse komst van een ELP was voor de betrokken huisartsen wellicht een ideale toegangspoort tot de GGZ voor patiënten met psychische problemen die elders niet onmiddellijk terecht konden. Eens het aanbod van de ELPF op reguliere basis geïntegreerd is, mag men verwachten dat deze zeer grote vraag zich zal spreiden over de tijd. Mogelijks zullen huisartsen door hun samenwerking met psychologen ook bepaalde kortdurende psychologische interventies zelf leren opnemen. Aan de aanbodzijde zien we ook een verklaring in de basisopleiding en competenties van psychologen. De basisopleiding van de klinisch psychologen richt zich tot vandaag vooral op individuele psychologische hulpverlening. Andere competenties zoals psycho-educatie en groepsgericht werken worden minder aangeleerd in de basisopleiding en in stages. Wellicht zijn dit nieuw te verwerven competenties die door de invoering van de ELPF sterker op de voorgrond zullen komen in het gevarieerde takenpakket. We zien dit nu reeds in een stroomversnelling komen.

Het aanbieden van de kortdurende psychologische interventies gaat gepaard met een aantal administratieve en organisatorische taken (bv., het registreren van patiëntgegevens, een kort verslag schrijven voor de huisarts, een overleg met de huisarts, afspraken maken, etc.). Deze taken zijn belangrijk voor een goede opvolging van de interventies en verdienen daarom de nodige aandacht in de uitbouw van de ELPF en de opleiding van ELP.

##### ***Netwerking als voorwaarde voor een goede werking van de ELPF***

Netwerking in functie van de ontwikkeling van een inhoudelijke sociale kaart behoort tot de kerntaak van de ELP. Het maakt samenwerking met partners uit de eerste, tweede en derde lijn mogelijk en bevordert de continuïteit in de zorg. Daarnaast draagt het bij tot een goede afstemming tussen de lokale actoren waardoor overlap in het zorgaanbod vermeden kan worden en het zorgaanbod beter tegemoetkomt aan de regionale noden.

### ***Crisisinterventies bij levensbedreigende situaties behoren niet tot de kerntaak van de ELPF***

Bij levensbedreigende situaties nemen de lokale diensten die daarvoor verantwoordelijk zijn (ambulance, spoeddiensten, PAAZ (Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis), mobiele team, CGG (centrum geestelijke gezondheidszorg), etc.) hun rol op. Het is niet de bedoeling dat de ELP in dergelijke situaties ter plaatse gaat en hulp verstrekt. De ELP heeft wel een rol in het onderkennen van gevaar in de context van psychologische en relationele problemen en hij kan hierbij op een passende wijze tussenkomen door de juiste communicatie en door een gepaste verwijzing naar een crisisinterventiedienst tot stand te brengen. De ELP kan performant omgaan met alle crisissituaties die zich voordoen in de huisartsenpraktijk. In zijn agenda heeft de ELP ruimte voor mensen die nood hebben aan een dringend gesprek.

### ***Educatieve interventies al dan niet in groep, als onderdeel van een getrapte zorgaanbod***

Het aanbod van een cursus is zeer laagdrempelig voor mensen met alledaagse psychische problemen zoals stress, angst, depressiviteit, slaapproblemen, assertiviteit, piekeren etc. Deze thema's lenen zich uitstekend om in groep aangeboden te worden. Groepssessies van psycho-educatie betekenen een verruiming van het aanbod in een getrapte zorg en zijn vooral geschikt voor mensen die zich minder thuis voelen op de stoel bij de ELP. Bovendien zijn groepssessies efficiënt omdat men in eenzelfde tijd veel meer mensen tegelijk kan helpen. Door de sterke vraag naar individuele begeleidingen en wellicht ook door de koudwatervrees van sommige ELP is het groepsaanbod nog niet sterk uit de verf gekomen in sommige projecten. Projecten die dit wel realiseerden stelden vast dat een ruime bekendmaking en een sterke samenwerking met andere actoren belangrijke voorwaarden zijn om tot een succesvol groepsaanbod te komen.

### ***De afstemming van de kerntaken van de ELPF op het bestaande regionale aanbod***

Voor de projectfase werd een vaste opdracht voor de ELPF uitgetekend en in de praktijk gebracht. Door de overheid is doelbewust gekozen voor een grote variatie in de projecten. Hieruit blijkt dat de concrete invulling van de taken van de ELPF en van het functieprofiel van de ELP varieert in functie van de regionale noden. Elke regio wordt immers gekenmerkt door een eigen doelgroep en GGZ-aanbod. Het is bijgevolg belangrijk dat de verhouding tussen de verschillende taken van de ELPF en het functieprofiel van de ELP bepaald wordt door de lokale behoeften en het aanwezige GGZ-aanbod in de regio.

## **3.2 Kortdurende behandeling**

### ***De ELP biedt kortdurende behandelingen aan en voorkomt onnodige verwijzingen naar de tweedelijnsvoorzieningen***

Het onderzoek toont dat de ELP een aanbod van kortdurende psychologische interventies konden realiseren. In de projecten werd aan 80% van de patiënten minder dan 5 sessies aangeboden en aan 19% tussen 5 en 10 sessies. Een kleine minderheid (2%) ziet men in meer dan 10 sessies. Dit gebeurt vooral om de wachtperiode voor meer gespecialiseerde zorg te overbruggen, om patiënten hierop voor te bereiden of om verwijzing te voorkomen. De onderzoeksresultaten bevestigen dat dankzij de ELP tweedelijnszorg voor veel patiënten vermeden kan worden. Zo is bijna de helft van de patiënten afdoende geholpen met enkel en alleen een kortdurende generalistische behandeling.

***De ELP heeft een aanbod van assessment en detectie, past kortdurende generalistische interventies toe en zorgt indien nodig voor een passende verwijzing***

Tijdens de behandeling doet de ELP in de eerste plaats aan **assessment en detectie**. De ELP tracht zich een goed beeld te vormen van de hulpvraag en de ernst van de problematiek, en bepaalt of verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening vereist is. Wanneer dit laatste nodig is, leidt de ELP de verwijzing in goede banen: hij zorgt ervoor dat de patiënt meteen op de juiste plaats in het netwerk terecht komt, motiveert en informeert de patiënt en volgt samen met de huisarts het zorgtraject op.

In tweede instantie, helpt de ELP zoveel mogelijk patiënten verder aan de hand van een **kortdurende generalistische behandeling**, waardoor men meer gespecialiseerde zorg vermijdt. Het doel van de behandeling is de krachten van mensen aanspreken en hun zelfredzaamheid bevorderen. De ELP doet dit door patiënten te helpen om gedachten, gevoelens en klachten te herformuleren, zodat ze meer inzicht verwerven in de eigen problematiek en op een andere manier leren omgaan met hun situatie. De focus komt vooral te liggen op de aspecten van het probleem die patiënten zelf kunnen aanpakken. De ELP begeleidt patiënten in hun zoektocht naar mogelijke oplossingen en geeft **bruikbare informatie, advies en tips** waarmee ze zelfstandig aan de slag kunnen. Tijdens zijn praktijk doet de ELP beroep op het KOP-model, elementen uit verschillende evidence-based therapieën (bv., cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, oplossingsgerichte therapie), psycho-educatie en begeleide zelfhulp. Online interventies gebruikt de ELP tot nog toe weinig of niet, omdat hij hiermee weinig vertrouwd is.

Een opvallende vaststelling was dat de ELP bij aanvang van de projecten weinig vertrouwd waren met kortdurende psychosociale interventies zoals we die terugvinden in beschrijvingen van de Nederlandse eerstelijns GGZ van NIVEL. Dit gaf in de loop van de projectwerking aanleiding tot de ontwikkeling van tal van initiatieven op vlak van bijscholing om nieuwe interventies te leren kennen en toe te passen in een kortdurende context van de eerste lijn.

***De ELP behandelt in de praktijk vooral mensen met een ernstige psychische problematiek***

Hoewel de ELP volgens de oorspronkelijke visie enkel mensen met een niet-complexe problematiek diende te behandelen, vertoont de feitelijke doelgroep in de projecten ernstige psychische klachten. Uit de resultaten afkomstig van de BSI blijkt namelijk dat de patiëntenpopulatie klachten heeft die wat de ernst betreft vergelijkbaar zijn met de klachten die ook een klinische steekproef rapporteert. De ervaring leert echter dat ook mensen met een ernstige problematiek baat hebben bij een kortdurend aanbod in de eerste lijn. Voor het opvolgen van mensen met langdurige psychosociale problemen zijn het CGG en het CAW belangrijke partners.

***De ELP focust zich op zowel niet-kapitaalkrachtige als kapitaalkrachtige kwetsbare doelgroepen***

Zowel in de landelijke als in de stedelijke regio's focussen de ELP zich in het bijzonder op kwetsbare doelgroepen. Hieronder worden in de eerste plaats kansarmen en allochtone groepen begrepen. De ELP bevestigen ook dat ze in vergelijking met de reguliere GGZ-voorzieningen meer kwetsbare groepen weten te bereiken. De inbedding van de ELP bepaalt in sterke mate welke doelgroep bereikt wordt. Zo bereikt een ELP ingebed in een WGC een heel ander publiek dan een ELP ingebed in een huisartsenpraktijk.

Doordat het aanbod van de ELP momenteel niet in verhouding staat tot de grote vraag, krijgen de patiënten met de grootste nood voorrang. Dit betekent concreet dat in verschillende projecten niet-kapitaalkrachtige patiënten naar de ELP worden verwezen en kapitaalkrachtigen naar een privétherapeut. Het mag echter niet de bedoeling zijn om met de ELP enkel in te spelen op de financiële

drempel van een psycholoogbezoek. De ELP verlaagt ook veel andere drempels die kapitaalkrachtigen ervan weerhouden om naar een psycholoog te gaan.

***De ELP is net als de huisarts een generalist die voor alle leeftijdsgroepen een aanbod heeft***

Tijdens het onderzoek werd er geregeld geopperd dat de ELP, net als de huisarts, een generalist moet zijn die alle doelgroepen met een psychische problematiek voor zijn rekening neemt. Dit betekent dat ook kinderen en jongeren tot de doelgroep behoren. Zo niet wordt er een onderscheid gecreëerd tussen kinder- en volwassenpsychologen, terwijl deze opdeling in de praktijk vaag en artificieel is en daarenboven de continuïteit van de zorg in de weg staat. Bovendien staat deze opdeling haaks op het principe van vroeginterventie. Vele ernstige psychische problemen vinden hun oorsprong in de adolescentie en een aanbod van snelle kortdurende interventies dat zich ook richt op jongeren kan erger voorkomen.

### **3.3 Het functieprofiel van de ELP**

***De ELP beschikt over een brede waaier aan competenties***

In het werkveld heerst er een grote eensgezindheid over de kennis, de attitudes en de vaardigheden waarover de ELP idealiter beschikt. De ELP:

- is vertrouwd met de brede waaier aan psychische problemen;
- is specialist in detectie en assessment van psychische problemen;
- beschikt over communicatieve gespreksvaardigheden om alle doelgroepen op een respectvolle en helpende manier tegemoet te treden;
- is vertrouwd met kortdurende interventies en de bestaande mogelijkheden op het vlak van zelfhulp, online interventies en groepswerking;
- kan groepssessies over psycho-educatie organiseren, leiden en opvolgen;
- kent de sociale kaart van het aanbod in de regio;
- is een teamspeler (in de relatie met de huisarts);
- is een netwerker (in de relatie met het lokale aanbod);
- is flexibel ingesteld en werkt efficiënt om de vele taken en cases die eigen zijn aan de ELP te kunnen opnemen.

***De ELP vraagt aanpassingen in de opleiding en nascholing van psychologen in functie van het eerstelijnswork***

Een master in de psychologie behoorde bij de aanwerving van de ELP tot een van de selectiecriteria. Gezien alle ELP dezelfde basisopleiding genoten, was het daarom niet mogelijk om te onderzoeken of een andere basisopleiding (bv., een praktijkgerichte bachelor) eveneens voldoet om de functie van ELP te kunnen vervullen. Duidelijk is wel dat de specifieke competenties en de kennis die eigen zijn aan de ELP (kortdurende psychologische interventies, assessment, screeningsinstrumenten, etc.) nu nog onvoldoende vervat zitten in zowel de master opleiding in de psychologie als in de meeste postacademische psychotherapieopleidingen. De bestaande opleidingen vertrekken vanuit het traditionele ziekte-genezingsmodel en zijn vooral gericht op het aanbieden van langdurige therapeutische behandelingen. We stellen vast dat verschillende basisopleidingen psychologie momenteel volop inzetten op het aanpassen van hun opleidingspakket in functie van de ELP en er is ook een postacademische opleiding specifiek voor de ELP in ontwikkeling. De ELP rapporteren eveneens een



nood aan korte praktijkgerichte thematische vormingen en supervisie en intervisie met andere ELP. Bij een bredere uitrol van de ELPF in Vlaanderen is het daarom aangewezen om de nodige middelen te voorzien voor bijscholing, de oprichting van een beroepsgroep met intervisiemogelijkheid en een platform voor good practices.

### **3.4 De situering van de ELP in het netwerk**

#### ***De ELP is laagdrempelig, snel beschikbaar en vlot bereikbaar***

De onderzoeksresultaten tonen aan dat patiënten de ELP als zeer laagdrempelig en toegankelijk ervaren waardoor ze bereid zijn om in een vroeg stadium de stap naar de ELP te zetten. Verschillende factoren dragen hiertoe bij: de ELP is gehuisvest in een niet-psychologische setting en op een centrale locatie, hanteert een voordelig tarief, is snel beschikbaar (binnen de 2 weken), werkt kortdurend (gemiddeld 5 gesprekken), werkt nauw samen met de huisarts en biedt indien nodig een passend aanbod aan patiënten die behoren tot culturele of etnische minderheidsgroepen (bv., met inschakeling van een tolk). De drempel kan in de toekomst nog verder verlaagd worden door consultaties na de werkuren en vrije consultaties zonder afspraak mogelijk te maken. In de landelijke regio's kan het creëren van meerdere antenepunten bijdragen tot een grotere bereikbaarheid. Om de ELP laagdrempelig te houden is het wel noodzakelijk dat het aantal beschikbare ELP in verhouding komt te staan tot de vraag.

#### ***De ELP maakt deel uit van de eerste schakel in de GGZ-zorgketen en draagt zo bij tot getrapte zorg***

Getrapte zorg binnen de GGZ staat voor een weloverwogen inzet van behandelcapaciteit – het streeft naar minimale zorg waar mogelijk en maximale zorg waar nodig (Everaerts, 2007; Meeuwissen & Donker, 2004; Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). Dit betekent dat patiënten met een hulpvraag van start gaan met de minst intensieve interventie die past bij de aard en de ernst van de klachten (Everaert et al., 2007; Tiemens et al., 2004). Pas wanneer dit onvoldoende blijkt, schakelt men over naar meer gespecialiseerde zorg. De huisarts en de ELP vormen samen met andere eerstelijns werkers de eerste schakel in de GGZ zorgketen. Zij maken een eerste inschatting van de ernst en de aard van de problematiek en bieden psycho-educatie en kortdurende behandeling aan. Wanneer deze interventies niet volstaan, zorgt de ELP voor een gerichte verwijzing en geeft zo mee vorm aan getrapte zorg. Binnen de projecten verwees de ELP iets meer dan de helft van de patiënten (56%) door naar meer gepaste zorg (CAW, OCMW, opvoedingswinkels, CGG, psychiaters, privétherapeuten, mobiele teams, kinesitherapeuten, slachtofferhulp, pijnklinieken, relatietherapeuten, etc.). Het overige deel van de patiënten was met kortdurende generalistische zorg verder geholpen. Om getrapte zorg in de praktijk te brengen is het wel noodzakelijk dat volgende twee randvoorwaarden voldaan zijn: (1) het GGZ-aanbod in de regio is voldoende beschikbaar en (2) binnen de ELPF worden tijd en middelen uitgetrokken voor netwerking zodat een passende verwijzing tot stand kan komen.

#### ***De ELPF geeft mee invulling aan functie 1 van Artikel 107***

In het kader van Artikel 107 ondergaat het Belgische GGZ-landschap momenteel een grote hervorming met als doel de GGZ meer te vermaatschappelijken. Alle GGZ-actoren werkzaam binnen één zorgregio dienen één netwerk te vormen en samen vijf sleutelfuncties te realiseren. Een van deze sleutelfuncties betreft het organiseren van activiteiten inzake preventie en promotie van geestelijke gezondheid en vroegdetectie, screening en diagnosestelling. Gezien de ELPF invulling geeft aan veel van deze activiteiten, is het aangewezen dat de bestaande netwerken hun aanbod en werking afstemmen op de ELPF.

### **3.5 De samenwerking van de ELP met de huisarts**

#### ***De ELP ondersteunt de huisarts in zijn eerstelijns-ggz-rol***

Huisartsen ervaren de ELP als een belangrijke toegevoegde waarde. Met de komst van de ELP is er op de eerste lijn een expert aanwezig op het vlak van psychische problematieken en GGZ – een domein waarin veel huisartsen een grote nood ervaren en een tekort aan competentie rapporteren. Dankzij de coachende rol van de ELP en de terugkoppeling van patiëntinformatie leren huisartsen veel bij over psychische problemen en het bestaande netwerk van zorgorganisaties in de regio waardoor zij hun eerstelijns-ggz-rol beter kunnen vervullen. Binnen de ELPF heeft de huisarts namelijk een aantal cruciale taken: (1) psychische problemen herkennen, (2) bepalen of een patiënt baat heeft met een kortdurende behandeling of beter rechtstreeks in de tweede wordt aangemeld, (3) patiënten informeren over de ELP en motiveren om de stap te zetten, (3) patiënten met lichte psychische problemen zelf verder helpen en (4) patiënten met een langdurige problematiek op lange termijn opvolgen.

Momenteel is de informatie die de ELP naar de huisarts terugkoppelt eerder beperkt. De ELP wisselen vooral informatie uit over de klachten van de patiënt. Huisartsen geven echter aan dat ze ook informatie wensen te ontvangen over de aangeboden behandeling, het verloop van de behandeling en de gemaakte vervolgafspraken. Het is immers belangrijk dat ze het zorgtraject van hun patiënt kunnen reconstrueren en op de hoogte zijn van de resultaten die al dan niet bereikt zijn.

### **3.6 De organisatie en financiering van de ELPF**

#### ***Het aantal ELP per regio moet in verhouding staan tot de vraag***

De onderzoeksresultaten tonen dat de ELPF in alle projecten een succesformule is. Er is veel vraag naar behandeling – in die mate zelfs dat de meeste ELP de grote vraag niet kunnen beantwoorden wat leidt tot wachtlijsten die durven oplopen tot 3 à 4 weken. In de eerste lijn mag er echter geen wachtlijst zijn. Mensen moeten er snel (binnen de 2 weken) terecht kunnen voor een eerste advies, zo niet schiet de ELP zijn doel voorbij. Het is daarom essentieel dat het aantal ELP is afgestemd op de noden en het reeds bestaande aanbod in de regio. Het geraamde aantal huisartsen per regio is een eerste belangrijke parameter om een inschatting te maken van het aantal nodige ELP.

#### ***De huisarts is de hoofdaanmelder van patiënten***

In de pilootprojecten was de huisarts tot nu toe de belangrijkste aanmelder van patiënten. Deze keuze werd in de eerste plaats gemaakt om een overrompeling van de ELP te vermijden. Het merendeel is het er wel over eens dat bij een brede uitrol van de ELPF in Vlaanderen de huisarts de hoofdaanmelder van patiënten moet zijn. Hij is voor veel mensen laagdrempelig, goed geplaatst om psychische problemen te herkennen en in de positie om patiënten nadien op te volgen. Dit neemt niet weg dat er ook andere toegangspoorten tot de ELP kunnen zijn: aanmelding door andere eerstelijnspartners (OCMW, VDAB, CAW, etc.) of aanmelding op eigen initiatief. Aangezien de huisarts een belangrijke opvolgfunctie heeft, is het aangewezen om in deze gevallen de huisarts te informeren over de aanmelding van de patiënt bij de ELP.

#### ***De ELP biedt consultatie aan op een neutrale goed bereikbare locatie***

Voor patiënten is het belangrijk dat de ELP gehuisvest is op een neutrale locatie die de privacy ten volle respecteert en goed bereikbaar is met het openbaar vervoer en/of over een parking beschikt. Er zijn verschillende mogelijkheden qua huisvesting (bv., in een huisartsenpraktijk, een

wijkgezondheidscentrum, een huisartsenwachtpost, het sociaal huis) en het is een goed idee om deze verschillende opties open te houden. De ELP in meerdere settings plaatsen zorgt tevens voor een grotere bereikbaarheid. Vooral in landelijke regio's met een gering GGZ-aanbod en een beperkt openbaar vervoernetwerk is het noodzakelijk om op verschillende plaatsen consultaties aan te bieden.

#### ***De ELPF vraagt de nodige structurele en administratieve omkadering***

Om de ELPF naar behoren te kunnen uitvoeren, ontbreekt het voorlopig aan de nodige structurele en administratieve omkadering. Zo hebben de projecten nood aan:

- secretariaats- en logistieke ondersteuning om het telefonische onthaal te verzorgen en de afspraken met de patiënten in te plannen;
- intervisie en supervisie om casussen te bespreken en ervaringen uit te wisselen;
- een eenvoudig registratiesysteem om relevante patiëntgegevens te bewaren en op een veilige manier te delen met andere zorgverstrekkers;
- een professionele leidinggevende kracht om de projecten regionaal aan te sturen.

#### ***De ELPF organisatorisch inbedden in een bestaande voorziening heeft vele voordelen***

Het is een optie om de ELPF structureel in te bedden in een bestaande gezondheids- of welzijnsvoorziening (een huisartsenkring, een CGG, een CAW, een provinciale groep, een SEL, etc.). De praktijk wijst tevens uit dat dit heel wat voordelen heeft. De ELP heeft een vaste thuishaven, kan beroep doen op de inhoudelijke expertise van de organisatie en/of rekenen op administratieve, logistieke, communicatieve en IT-ondersteuning. Een inbedding van de ELPF in een bepaalde voorziening impliceert niet noodzakelijk dat de ELP ook daar consultaties aanbiedt. De ELP kan gedetacheerd worden naar een andere locatie (een huisartsenwachtpost, een wijkgezondheidscentrum, een medisch huis, etc.) om daar patiënten te zien.

#### ***De ELPF vraagt een eenvoudig en uniform registratiesysteem***

In het kader van de ELPF is er behoefte aan een aangepast systeem om patiëntgegevens te registreren en op een veilige manier te delen met huisartsen of andere zorgverstrekkers. De hoeveelheid informatie die de ELP registreren, moet in verhouding staan tot het kortdurende tijdbestek van de interventies. Idealiter is het systeem ingebed in een bestaand registratiesysteem zoals Vitalink of het EPD en bevat het enkele eenvoudige online vragenlijsten (bv., de SCID online) om patiënten te screenen of de voortgang van de behandeling te monitoren.

#### ***Zelfstandige psychologen kunnen de rol van ELP opnemen mits ze aan een aantal voorwaarden voldoen***

Naast de ELP uit de pilootprojecten zijn er momenteel in Vlaanderen vele zelfstandige psychologen werkzaam in de eerste lijn. Zij kunnen de rol van vrijgevestigde of zelfstandige ELP opnemen, mits ze het juiste functieprofiel hebben en hetzelfde takenpakket vervullen als de gesubsidieerde ELP. Ook zij moeten samenwerken met de verwijzende huisarts en goed ingebed zijn in het regionale zorgnetwerk.

#### ***De ELPF vraagt om een minimaal terugbetalingssysteem***

Het is belangrijk om een minimaal terugbetalingssysteem voor de ELPF uit te werken met de mogelijkheid om dit op termijn bij te sturen. Voor veel mensen is een hoge kostprijs immers de voornaamste reden om geen therapeutische behandeling op te starten. Een forfaitair terugbetalingssysteem dat de ELPF overal in Vlaanderen, ongeacht de voorziening waarbinnen deze is

ingebod, op dezelfde wijze forfaitaire financiert lijkt het meest haalbaar. Dergelijk systeem laat toe om ook niet-patiëntgebonden activiteiten te vergoeden en om vooraf een inschatting te maken van de totaalkost. Daarnaast valt de terugbetaling van zelfstandige ELP te overwegen, zodat ook zij voor iedereen toegankelijk zijn. Zo niet wordt de bestaande behandelkloof, waarbij kwetsbare patiënten enkel terecht kunnen bij gesubsidieerde voorzieningen terwijl welgestelde patiënten ook op eigen kosten naar een privéhulpverlener kunnen gaan, in stand gehouden. Bovendien kan de terugbetaling van zelfstandige ELP bijdragen tot een grootschalige uitrol van de ELPF in Vlaanderen.

### **3.7 De globale evaluatie van de ELPF**

#### ***Patiënten ervaren de ELPF als een grote meerwaarde***

De meeste patiënten vinden de ELPF een grote meerwaarde. Ze zijn vooral blij dat ze snel bij de ELP terecht kunnen met hun problemen – wanneer de nood hoog is. De ELP luistert naar hun problemen, helpt hen om deze te begrijpen, toont begrip, zoekt mee naar oplossingen, leert hen om op een andere manier naar de situatie te kijken en geeft bruikbare tips en advies. Dit geeft patiënten de nodige veerkracht om verder te gaan. Bovendien werkt de ELP aan een tarief dat financieel haalbaar is wat voor veel patiënten de drempel verlaagt. Het feit dat de ELP op bekend terrein actief is en nauw samenwerkt met de huisarts, scheidt vertrouwen. Veel mensen zijn immers weinig vertrouwd met de GGZ en staan hier sceptisch tegenover. De ELP is voor hen een goede manier om kennis te maken met psychische hulp. Doordat de ELP goed zicht heeft op de bestaande hulpverleningsinstanties, kan hij mensen ook informeren en ondersteunen bij het nemen van beslissingen over meer gespecialiseerde zorg. Toch is een behandeling bij de ELP niet voor alle patiënten geschikt. Sommige patiënten ervaren het beperkte aantal sessies als negatief. De behandeling blijft naar hun gevoel te algemeen, ze kunnen de ELP niet alles vertellen en krijgen niet op alle vragen een antwoord. Daarnaast zijn er ook patiënten die weigerachtig staan tegenover een verwijzing naar een andere voorziening.

#### ***Ook klinische partners ervaren de ELPF als een absolute meerwaarde***

De snelle inburgering van de ELP in het veld bevestigt dat hier in Vlaanderen een grote nood aan is. Vernieuwing leidt bij actoren in het veld immers vaak tot verzet. Klinische partners (vooral huisartsen) geraakten er gaandeweg steeds meer van overtuigd dat een kortdurende generalistische behandeling in de eerste lijn voor veel psychische problemen volstaat. Met de intrede van de ELP is er bovendien een kwaliteitsvol GGZ-aanbod in de eerste lijn aanwezig, waardoor tweedelijnszorg voor veel patiënten niet meer hoeft. Een overheid kan bijgevolg kosten besparen door een meer efficiënte eerstelijnsGGZ in Vlaanderen te installeren. De ELP is goed geplaatst om de noden in de samenleving op het vlak van geestelijke gezondheid te detecteren. Net als de huisarts komt de ELP in contact met een divers publiek waardoor hij als geen ander weet wat er bij mensen speelt. Vanuit zijn verwijzende rol, heeft de ELP ook goed zicht op de sterktes en de tekorten in het GGZ-aanbod.

## 4 Aanbevelingen

1. Kortdurende psychologische interventies in de eerste lijn zijn een belangrijke schakel in getrapte zorg en dienen verder ontwikkeld, onderbouwd en geïmplementeerd te worden.
2. De ELP dient (zoals de huisarts) een generalist te zijn die een eerste aanzet tot antwoord biedt op psychologische vragen en problemen in de eerste lijn voor alle doelgroepen.
3. Het competentieprofiel van de ELP ziet eruit als volgt:
  - Is vertrouwd met de brede waaier aan psychische problemen van alle doelgroepen in de eerste lijn;
  - Beschikt over communicatieve gespreksvaardigheden om alle doelgroepen tegemoet te treden op een vraaggerichte en respectvolle manier;
  - Kan snel verbinding maken met patiënten, is meelevend, niet veroordelend, respectvol en begripvol;
  - Is specialist in detectie en assessment van psychische problemen: hij kan de aard en de ernst van de problematiek goed inschatten;
  - Is vertrouwd met de bestaande kortdurende interventies en in staat om in functie van de noden en de voorkeuren van de patiënt interventies toe te passen;
  - Is vertrouwd met de bestaande mogelijkheden op het vlak van groepswerking en zelfhulp om de patiënt hierover op zijn maat te informeren en te motiveren;
  - Kan groepsessies organiseren, leiden en opvolgen;
  - Kan de sociale kaart van het aanbod in de regio goed overzien en kan een positieve samenwerking bewerkstelligen met de partners;
  - Is flexibel ingesteld – de ELP werkt namelijk met veel cases tegelijk naast de vele andere taken (zoals bv. relaties met het netwerk onderhouden, informatie-uitwisseling met de huisarts, registratie en monitoring, etc.);
  - Kan vlot omgaan met de onvoorziene situaties en vragen met betrekking tot psychische problemen die zich in de huisartspraktijk voordoen;
  - Werkt zo efficiënt mogelijk om de grote vraag te kunnen beantwoorden;
  - Kan zelfstandig werken. Op dit moment kan de ELP zich niet beroepen op collegae-ELP en moet hij voor zichzelf een werkkader uittekenen;
  - Is een teamspeler (in de relatie met de huisarts) en een netwerker (in de relatie met het lokale aanbod).
4. De taken in groepsessies, psycho-educatie en crisisinterventie zijn relatief nieuw en roepen momenteel nog vragen op. Wel zien we koplopers en opleiders die hier als goede rolmodellen fungeren. Deze beloftevolle eerstelijnsbenaderingen vragen nog wat tijd om voet aan de grond te krijgen en hun vaste plaats en definiëring te vinden. Dit proces dient verder opgevolgd, onderbouwd en ondersteund te worden.
5. De implementatie van de ELPF vereist aanpassingen in de opleiding en nascholing van psychologen.
6. Voor de programmatie van het aantal ELP moet rekening worden gehouden met het reeds bestaande aanbod in de eerste lijn. Het aantal huisartsen kan hierbij een indicator zijn evenals het aantal FTE in de CAW en de geraamde noden en vragen in de populatie. In dit verband verwijzen we naar het onderzoek over de programmatie van de GGZ van het SWVG (Meys, Hermans, Bruffaerts & Van

Audenhove, 2014). Hieruit blijkt dat de grootste unmet need kan vastgesteld worden in de grootstedelijke gebieden (mede omwille van de sterkere vertegenwoordiging van kansengroepen in de bevolking). Tevens is de groep van jongvolwassenen de doelgroep die in Vlaanderen het meest onvervulde noden zou hebben. Of deze doelgroep typisch in de huisartsenpraktijk terecht komt, is zeer de vraag. Wel verdient hij extra aandacht omwille van het potentieel om preventief op te treden en ernstige psychische problemen vroegtijdig te behandelen (cf., ook het rapport van ADOCARE, Coppens et al., 2015; [www.adocare.eu](http://www.adocare.eu)).

7. Bij de uitbouw van de ELPF is het noodzakelijk om ook aandacht te besteden aan registratie en monitoring. Gegeven de continue rol van de eerste lijn en de huisarts in het bijzonder in de opvolging van mensen met langdurige psychische problemen, is het van belang dat de interventies en hun effecten goed geregistreerd worden zodat ze indien nodig in latere stadia kunnen geraadpleegd worden om beslissingen te nemen bij patiënten met langdurige en ernstige psychische problemen. Doet men dit niet, dan dragen de vele opeenvolgende interventies door de jaren bij tot een spiraal van hopeloosheid voor mensen waarbij naar hun beleving “niets werkt” (Callebert, 2012).
8. De ELPF vereist een eenvoudig en uniform registratiesysteem waarvan de tijdsbesteding in verhouding staat tot de meerwaarde maar ook tot de kortdurende tijd die in de ELPF voorzien is. Op langere termijn is het wenselijk dat de zorgbehoeften, de interventies en de resultaten van de interventies kunnen gemonitord worden. Een instrument zoals de BelRAI Community Mental Health Care is voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen een goed hulpmiddel voor zorgcoördinatie en zorgcontinuïteit. Tevens draagt het bij tot benchmarking en inschatting van zorgzwaarte.
9. De ELPF moet geïntegreerd worden in het netwerk GGZ (Artikel 107) en op die manier mee invulling geven aan functie 1 (vroeginterventie). Dit houdt onder meer in dat de zorg op elkaar wordt afgestemd en dat de ELP beroep kan doen op de expertise van de GGZ-partners binnen het netwerk.
10. Tot de kerntaken van de ELPF behoren: het aanbieden van een kortdurende behandeling aan patiënten met een psychologische problematiek, het uitbouwen van een lokaal netwerk en het coachen van huisartsen en andere eerstelijnsverleners.
11. Het globale takenpakket in de ELPF wordt omschreven in een vast profiel dat richtinggevend is voor het beleid en de evaluatie van de nieuwe functie. Maar uit de pilootprojecten blijkt duidelijk dat het wenselijk is de verhouding tussen de verschillende kerntaken mee te laten bepalen door de noden en de behoeften van de regio en om het nieuwe aanbod uit te bouwen in complementariteit met het reeds bestaande eerstelijns GGZ aanbod.
12. De ELP rapporteren een grote nood aan inhoudelijke ondersteuning (supervisie en intervisie) en korte praktijkgerichte vormingen over bruikbare psychologische interventies in de eerste lijn. Het is belangrijk om hiervoor middelen en faciliteiten te voorzien.
13. Het is voordelig om de ELPF in te bedden in een bestaande gezondheids- of welzijnsvoorziening, zodat de nodige structurele omkadering voorzien kan worden. Dit wil echter niet zeggen dat de ELP ook op deze locatie actief moeten zijn. Veel locaties komen in aanmerking om consultaties aan te bieden. Formeel kan deze inbedding geregeld worden door de ELP in loondienst van een voorziening te laten werken, maar ook een samenwerkingsovereenkomst tussen een zelfstandige ELP en een voorziening behoort tot de mogelijkheden, mits het profiel van de ELPF en de ELP gerealiseerd wordt.

14. Om de effecten van de ELPF op langere termijn na te gaan is wetenschappelijk onderzoek nodig. We verwachten dat de invoering van de ELP op grote schaal op middellange termijn zal bijdragen tot een betere toegankelijkheid van de GGZ. Dit is een belangrijk verbeterpunt in onze sterk uitgebouwde gezondheids- en welzijnszorg. De te verwachten effecten situeren zich vooral in:

- minder lange wachttijden voor gespecialiseerde GGZ dankzij de meer doeltreffende verwijzing van mensen die het echt nodig hebben;
- minder overgebruik van medicatie;
- meer mental health literacy, zelfhulp en empowerment door toegenomen psycho-educatie;
- vroegere behandeling van ernstige psychische problemen met op termijn minder langdurige psychische problemen;
- en indirect wellicht ook een reductie van suïdecijfers in Vlaanderen.





# Inhoud

<b>Lijst Tabellen</b>	<b>19</b>
<b>Lijst Figuren</b>	<b>21</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>22</b>
<b>Hoofdstuk 1      Inleiding</b>	<b>23</b>
1      Situering van de eerstelijnspsychologische functie en dit onderzoek	23
2      Definitie van enkele termen relevant voor dit onderzoek	25
3      Een overzicht van de hoofdstukken in dit onderzoeksrapport	26
<b>Hoofdstuk 2      Doelstellingen van het onderzoek</b>	<b>27</b>
1      Het oprichten en voorzitten van een stuurgroep	27
2      Het uitvoeren van een proces- en effectevaluatie van de 7 projecten	27
3      Een uniforme interpretatie voor de jaarverslagen van de 7 projecten	28
4      Globale evaluatie en kritische succesfactoren op maat van de 7 projecten	28
5      Globaal advies betreffende een verdere implementatie van de ELPF in Vlaanderen	28
<b>Hoofdstuk 3      Voorstelling van de zeven pilootprojecten</b>	<b>31</b>
1      Pilootproject Aalst	31
2      Pilootproject Brussel	31
3      Pilootproject de Kempen	32
4      Pilootproject Maasmechelen	32
5      Pilootproject het Pajottenland	32
6      Pilootproject Poperinge	33
7      Pilootproject Turnhout	33
<b>Hoofdstuk 4      Onderzoeksmethoden</b>	<b>35</b>
1      Interviews met projecthouders, ELP en huisartsen	35
2      Tevredenheidsbevraging bij ELP, patiënten en klinische partners	36
3      Registratiefiche	37
4      Brief Symptom Inventory	38
5      Eerste klankbordgroep	39
6      Tweede klankbordgroep	40
7      Analyse van de jaarverslagen	40

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Onderzoeksresultaten</b>	<b>41</b>
1	De resultaten van de interviews met de projecthouders, de ELP en de huisartsen	41
2	De resultaten van de tevredenheidsbevraging bij de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden	78
3	De resultaten van de registratiefiches	110
4	De resultaten van de Brief Symptom Inventory	123
5	De resultaten van de jaarverslagen van de pilootprojecten	131
6	De resultaten van de eerste klankbordgroep met experts	147
7	De resultaten van de tweede klankbordgroep met experts	154
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Globale evaluatie van de zeven pilootprojecten</b>	<b>161</b>
1	Globale evaluatie pilootproject Aalst	161
2	Globale evaluatie pilootproject Brussel	167
3	Globale evaluatie pilootproject de Kempen	174
4	Globale evaluatie pilootproject Maasmechelen	180
5	Globale evaluatie pilootproject het Pajottenland	186
6	Globale evaluatie pilootproject Poperinge	192
7	Globale evaluatie pilootproject Turnhout	197
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Conclusies en en aanbevelingen</b>	<b>205</b>
1	Conclusie	205
2	Aanbevelingen	221
<b>Referenties</b>		<b>225</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>227</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Aantal ELP, projecthouders en huisartsen dat in het kader van het onderzoek per pilootproject werd geïnterviewd.	41
Tabel 2	Aantal ELP, klinische partners en partners uit de stuurgroep die de tevredenheidsvragenlijst invulden.	79
Tabel 3	De taken die de ELP in de praktijk realiseert en belangrijk vindt (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.	79
Tabel 4	Aspecten waarover de ELP (on)tevreden is (gemiddelde itemscore en SD).	80
Tabel 5	Succesfactoren die de ELP in de praktijk ervaart en die de ELP belangrijk vindt (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.	82
Tabel 6	De functie van de klinische partners die deelnamen aan de tevredenheidsbevraging.	83
Tabel 7	Aspecten die volgens de klinische partners van toepassing en belangrijk zijn voor de werkwijze van de ELP (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.	83
Tabel 8	Taken waarvoor de partners de ELP in de praktijk consulteren en wensen te consulteren (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.	84
Tabel 9	Type van informatie dat door de ELP naar de partners wordt teruggekoppeld en het belang hiervan (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.	85
Tabel 10	Algemene tevredenheid (gemiddelde en SD) van de partners over hun contact met de ELP per pilootproject.	85
Tabel 11	Succesfactoren die volgens de leden van de lokale stuurgroep in de praktijk van toepassing zijn en belangrijk zijn (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.	86
Tabel 12	Sociografische kenmerken (geslacht, diploma, moedertaal, regio) van de patiënten die deelnamen aan de tevredenheidsbevraging.	98
Tabel 13	Algemene tevredenheid van patiënten over de ELP (gemiddelde en SD) per pilootproject.	100
Tabel 14	Mate van realisatie en belangrijkheid van sleutelementen in de zorg en percentage discrepantie.	101
Tabel 15	Mate van realisatie en belangrijkheid van sleutelementen in de zorg en percentage discrepantie.	102
Tabel 16	Percentueel overzicht van de aard van de psychische problematiek per pilootproject.	118

Tabel 17	Percentueel overzicht van de psychosociale interventies die patiënten ontvangen per pilootproject.	120
Tabel 18	Percentage verwezen patiënten per klinische partner per pilootproject.	120
Tabel 19	Percentage patiënten waarvoor de ELP overlegt per partner per pilootproject.	122
Tabel 20	Verdeling van patiënten die de BSI invulden per regio, geslacht en leeftijd.	123
Tabel 21	Gemiddelden en SD voor de algemene indicatoren TOT, AAS en EAS van de BSI en vergelijking van de patiëntenscores met een normale en klinische referentiegroep.	124
Tabel 22	Gemiddelden en SD voor de 9 schaalscores van de BSI en vergelijking van de patiëntenscores met een normale en klinische referentiegroep.	125
Tabel 23	Gemiddelden en SD per item van de BSI.	126
Tabel 24	Effect van regio op de 3 algemene indicatoren en 9 schaalscores van de BSI.	127
Tabel 25	Gemiddelde score (SD) en normomschrijving in vergelijking met een klinische referentiegroep voor de 3 algemene indicatoren en de 9 schaalscore van de BSI per pilootproject.	129
Tabel 26	Percentage patiënten per aanmeldingsprobleem per pilootproject.	132
Tabel 27	Percentueel overzicht van patiënten volgens aanmeldingsprocedure per pilootproject.	134
Tabel 28	Percentage verwezen patiënten per tweedelijnspartner per pilootproject.	135

## Lijst Figuren

Figuur 1	Percentueel overzicht van het aantal aangeboden behandelsessies.	99
Figuur 2	Percentueel overzicht van de duur van de klachten.	99
Figuur 3	Percentage patiënten dat naast de ELP bijkomende ondersteuning ontvangt.	100
Figuur 4	Aantal ingevulde registratiefiches per pilootproject.	110
Figuur 5	Percentueel overzicht van de leeftijdsverdeling van de patiënten.	111
Figuur 6	Percentueel overzicht van de ernst van de psychische problematiek.	111
Figuur 7	Percentueel overzicht van de aard van de psychische problematiek.	112
Figuur 8	Percentueel overzicht van het aantal aangeboden behandelsessies.	113
Figuur 9	Percentueel overzicht van de aard van de interventies toegepast door de ELP.	113
Figuur 10	Percentueel overzicht van de zorgvoorzieningen waar de ELP zijn patiënten naar verwijst.	115
Figuur 11	Percentueel overzicht van de klinische partners waar de ELP mee overlegt.	116
Figuur 12	Gemiddelde inschatting van de ernst van de psychische problematiek per pilootproject.	117
Figuur 13	Gemiddeld aantal behandelsessies dat een patiënt ontvangt per pilootproject.	118
Figuur 14	Percentage patiënten met meer dan 10 behandelsessies per pilootproject.	119
Figuur 15	Percentage van patiënten verwezen naar passende hulpverlening per pilootproject.	120
Figuur 16	Percentage patiënten waarvoor de ELP overlegt met zorgpartners per pilootproject.	121
Figuur 17	Percentage patiënten waarvoor informatie met de huisarts wordt uitgewisseld per pilootproject.	122
Figuur 18	Aantal behandelde patiënten per pilootproject.	131
Figuur 19	Totaal aantal aangeboden behandelsessies per pilootproject.	132
Figuur 20	Percentueel overzicht van de duur van het behandeltraject per pilootproject.	133
Figuur 21	Percentage patiënten verwezen naar de eerste- en de tweede lijn per pilootproject.	134
Figuur 22	Percentage drop-out bij verwijzing naar ELP en tijdens de ELP-behandeling per pilootproject.	136
Figuur 23	Aantal crisisinterventies per pilootproject.	137
Figuur 24	Percentage patiënten per kostentarief per pilootproject.	138

## **Dankwoord**

De auteurs danken de leden van de stuurgroep voor de constructieve en vruchtbare samenwerking tijdens de zoektocht naar een generiek werkmodel voor een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Ook de eerstelijnspsychologen van de pilootprojecten, hun patiënten en hun netwerk danken we voor de samenwerking bij de verschillende bevestigingen. Dank ook aan Renilt Vrancken, Veerle De Jaegere en Annelien Mestdagh voor hun bijdrage in het onderzoekswerk en aan Kevin Agten en Manuela Schröder voor de administratieve ondersteuning.

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

### 1 Situering van de eerstelijnspsychologische functie en dit onderzoek

Op 11 december 2010 organiseerde het kabinet minister Vandeuren een eerstelijnsconferentie met als hoofddoelstellingen:

- De kwaliteit van de eerstelijnszorg voor patiënten verbeteren door een betere en meer professionele samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers.
- De kwaliteit van leven en werken van zorgverleners meer garanderen door de samenwerking te ondersteunen en te faciliteren en deze zodanig te organiseren dat de administratieve lasten voor alle betrokkenen verlaagd worden.

De conferentie werd voorbereid in zes werkgroepen met ruime vertegenwoordiging van alle stakeholders, met als centrale thema's: ICT, positionering, preventie, samenwerking, zorg om talent en geestelijke gezondheidszorg.

De werkgroep geestelijke gezondheidszorg kreeg de opdracht om een antwoord te formuleren op de volgende drie vragen:

- Welke actoren (zorgverstrekkers, zorgaanbieders) realiseren een aanbod in de GGZ in de eerste lijn?
- Welke zijn de knelpunten op dit vlak?
- Hoe kan het aanbod verbeterd worden?

De werkgroep kwam tot de conclusie dat in Vlaanderen de eerstelijns-GGZ nog te weinig is uitgebouwd. Indien men een laagdrempelig, kwalitatief GGZ-aanbod in de eerste lijn wil ontwikkelen, is er nood aan meer specifieke GGZ-deskundigheid in de bestaande eerstelijnsvoorzieningen. De **invoering van een eerstelijnspsychologische functie**<sup>1</sup> (ELPF) zowel in de setting van huisartsen als in de diverse diensten voor thuiszorg kwam dan ook als belangrijkste aanbeveling naar voren (Eindrapport werkgroep 6 GGZ).

De werkgroep was van mening dat de invoering van deze ELPF kan bijdragen tot de verbetering van een aantal belangrijke knelpunten in het aanbod van eerstelijns-GGZ, zoals meer deskundigheid inzake GGZ in de eerste lijn, een betere toegankelijkheid ervan, en een betere samenwerking met gespecialiseerde GGZ- en welzijnsdiensten.

---

<sup>1</sup> De term eerstelijnspsychologische functie verwijst naar alle activiteiten die één of meerdere eerstelijnspsychologen binnen een regio dienen te realiseren, zoals beschreven op pagina 15 van dit rapport.

Gezien de ELPF een nieuwe functie betreft, dienden een aantal zaken verder uitgewerkt te worden:

- De financiering;
- Het afbakenen van de specifieke functie (voor iedereen toegankelijk of enkel op verwijzing, ook eigen behandelaanbod of enkel coördinatie en coaching);
- Het opstellen van een competentieprofiel;
- Het aanpakken van een aantal belangrijke federale kwesties zoals de erkenning en terugbetaling van klinisch psychologen.

Om hierin onderbouwde verdere stappen te zetten, werd er aanbevolen om de ELPF onder verschillende vormen en in verschillende Vlaamse regio's uit te testen. Hierbij wordt vervolgens bekeken wat (kosten)effectief is en zo goed mogelijk tegemoet komt aan bestaande noden en specifieke aandachtspunten (kansengroepen, samenwerking, bereikbaarheid, randvoorwaarden, competenties, etc.). Dit uittesten moet voornamelijk betrekking hebben op de specifieke uitwerking naargelang de setting (huisartsenpraktijk en thuissituatie) om een optimale samenwerking te garanderen met gespecialiseerde ggz en/of welzijnszorg.

Over de ELPF werd in het daarop volgende beleidsplan geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen het volgende vermeld:

*“De ELPF ontwikkelt een laagdrempelig en nabij GGZ-aanbod. Het verzekert een kwalitatief aanbod door het inschakelen van personen met een specifieke GGZ-achtergrond maar ook door deze in te bedden in een bestaande eerstelijnsstructuur, met goede samenwerking en verwijzing naar gespecialiseerde GGZ en welzijnsdiensten en het biedt ondersteuning aan reguliere eerstelijnsverleners via intervisie en vorming. Behalve deskundigheidsbevordering van generalistische eerstelijnsverleners is er nood aan toegevoegde gespecialiseerde GGZ-deskundigheid in de eerstelijnszorg. De duur van een consult of bezoek is beperkt en eerstelijnsverleners blijven generalisten. Een specifieke psychologische functie in de eerste lijn geeft meer ruimte en achtergrond en kan vooral door de laagdrempeligheid de toegang tot de GGZ verbeteren, zeker voor groepen die ze anders niet vinden. Door de aanwezigheid in een huisartsenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum of, dicht bij de eerstelijnszorg, in de diverse thuiszorgdiensten draagt de ELPF bij tot preventie. Het maakt een vroege detectie en een vroege interventie haalbaar. Als eerste stap in de ontwikkeling van de ELPF zullen er pilootprojecten gefinancierd worden op basis van goedgekeurde strategieën en acties van de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg.”*

In navolging hiervan lanceerde minister Vandeurzen in september 2011 een projectoproep voor organisaties werkzaam in de eerste lijn om binnen een afgebakend werkingsgebied verspreid in heel Vlaanderen te experimenteren met een ELPF in verschillende settings. Zeven projecten werden geselecteerd: één project per provincie en één voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. De projecten gingen van start op 1 december 2011 en lopen nog tot 29 februari 2019 en dienen in hun regio volgende activiteiten te realiseren:

- **Kortdurende generalistische zorg aanbieden** – kortdurende behandelingen bij niet complexe psychische klachten volgens een laagdrempelige werkwijze, vlot toegankelijk en inzetbaar voor crisisinterventies;
- Nauw **samenwerken met andere hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg** en hiervoor een netwerk uitbouwen op het niveau van de zorgverlening;
- **Vroegdetectie** en **vroeginterventie** bij psychische problemen bevorderen, onder meer door informatieverstrekking over psychische problemen, het detecteren van psychische problemen,



diagnostiek, intake en indicatiestelling, en waar nodig het bevorderen van doorstroming naar meer gespecialiseerde gezondheidszorg.

Aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar de invoering van deze nieuwe functie door de 7 pilootprojecten. In het kader van het onderzoek diende het steunpunt WVG volgende onderzoeksopdrachten te realiseren:

- Het oprichten en voorzitten van een stuurgroep;
- Het uitvoeren van een proces- en effectevaluatie van de 7 projecten;
- Een uniforme interpretatie voor de jaarverslagen van de 7 projecten;
- Het formuleren van kritische succesfactoren op maat van de 7 projecten;
- Het formuleren van advies over een verdere implementatie van de ELPF in Vlaanderen.

## **2 Definitie van enkele termen relevant voor dit onderzoek**

### **2.1 Getrapte zorg binnen de GGZ**

Getrapte zorg binnen de GGZ staat voor een weloverwogen inzet van behandelcapaciteit, waarbij interventies gerangschikt worden naar intensiteit over de verschillende settings heen. In functie van de kenmerken van de patiënt, kiest men voor de minst intensieve en minst restrictieve behandeling. Er wordt gestreefd naar minimale zorg waar mogelijk en maximale zorg waar nodig (Everaerts, 2007; Meeuwissen & Donker, 2004; Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). Patiënten met een hulpvraag gaan van start gaan met de minst intensieve behandeling die mogelijk is volgens de aard en de ernst van de klachten (De Maeseneer et al., 2014). Pas wanneer dit onvoldoende blijkt, wordt er overgeschakeld naar meer gespecialiseerde zorg.

### **2.2 Het KOP-model**

Het KOP-model is een praktisch werkmodel voor zorgverleners in de eerstelijns-ggz (Rijnders & Heene, 2015) in Vlaanderen en Nederland. Het model helpt patiënten om inzicht te krijgen in: de eigen klachten, de oorzaken van deze klachten, wat hieraan gedaan kan worden en wat ze zelf aan deze klachten kunnen doen. Het KOP-model gaat ervan uit dat psychische klachten het resultaat zijn van de wisselwerking tussen de omgevingsfactoren van de patiënt (i.e., steun uit de omgeving, stressoren en tegenslagen) en de manier waarop de patiënt op deze omstandigheden reageert (i.e., het persoonlijk functioneren of de copingstijl). De balans tussen belastende omgevingsfactoren (O) en persoonlijk functioneren (P) kan zo ver uit het lood slaan dat er klachten (K) ontstaan:  $K = O \times P$ . De behandeling heeft tot doel het probleemoplossend vermogen van de patiënt te versterken waardoor de klachten verminderen.

### **3 Een overzicht van de hoofdstukken in dit onderzoeksrapport**

Het voorliggende rapport bevat de neerslag van dit onderzoek. In een eerste hoofdstuk gaan we dieper in op de precieze onderzoeksopdracht. Hoofdstuk 2 beschrijft kort de zeven pilootprojecten die door de Vlaamse overheid werden geselecteerd om de ELPF in hun regio vormt te geven. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode uiteengezet. Hoofdstuk 4 is het meest uitgebreide hoofdstuk en beschrijft de resultaten die via de verschillende onderzoeksactiviteiten werden verzameld. In een vijfde hoofdstuk komen we tot een globale evaluatie van de zeven pilootprojecten. Er wordt gefocust op de succesfactoren en de knelpunten van elk project afzonderlijk. In hoofdstuk zes geven we ten slotte een globaal advies over een mogelijke implementatie van de ELPF in Vlaanderen.

## Hoofdstuk 2

### Doelstellingen van het onderzoek

Zoals beschreven in het ministerieel besluit betreffende het onderzoek over de invoering van de eerstelijnspsychologische functie (ELPF) werd aan het steunpunt WVG gevraagd om volgende activiteiten te realiseren:

- Het oprichten en voorzitten van een stuurgroep
- Het uitvoeren van een proces- en effectevaluatie van de 7 projecten
- Een uniforme interpretatie voor de jaarverslagen van de 7 projecten
- Het formuleren van kritische succesfactoren op maat van de 7 projecten
- Het formuleren van advies over een verdere implementatie van de ELPF in Vlaanderen

Deze activiteiten werden in het kader van dit onderzoek als volgt geoperationaliseerd.

#### **1 Het oprichten en voorzitten van een stuurgroep**

Een eerste onderzoeksopdracht betreft het oprichten en het voorzitten van een stuurgroep voor de duur van het onderzoeksproject. In de stuurgroep zetelen naast de onderzoekers minstens één vertegenwoordiger van de zeven projecten alsook twee vertegenwoordigers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (één vertegenwoordiger van het team GGZ en één vertegenwoordiger van het team eerste lijn) en één vertegenwoordiger van het kabinet van Vandeuren. De stuurgroep heeft tot doel de vooropgestelde ideeën en de planning betreffende het onderzoeksproject met de betrokken vertegenwoordigers af te toetsen en indien nodig bij te sturen. Van elke stuurgroepvergadering is een verslag voorhanden.

#### **2 Het uitvoeren van een proces- en effectevaluatie van de 7 projecten**

Een tweede onderzoeksopdracht betreft het uitvoeren van een onafhankelijke proces- en effectevaluatie van de drie kernopdrachten toegekend aan de zeven projecten. Een echte effectevaluatie (RCT) die op wetenschappelijke wijze peilt naar de effectiviteit van de ELPF op diverse outcomes was binnen deze onderzoeksperiode niet mogelijk. Het huidige onderzoek is veeleer een implementatieonderzoek waarbij het proces van uitvoering en de ervaring en de mening van alle betrokkenen betreffende de praktische vormgeving van de nieuwe functie centraal staat. In een volgende fase – wanneer de implementatie van de ELPF als interventie helemaal op punt staat – stellen we een gecontroleerde effectstudie graag in het vooruitzicht.

Voor het uitvoeren van de procesevaluatie dienden de nodige wetenschappelijk onderbouwde methodieken en meetinstrumenten uitgewerkt te worden. De coördinatie, de uitvoering en de verwerking van de evaluatie gebeurde volledig in overleg en in samenwerking met de projecthouders.

Het was de expliciete vraag van de opdrachtgever om in het kader van de evaluatie van de drie kernopdrachten een antwoord te formuleren op enkele concrete vragen. Hieronder bespreken we per kernopdracht de onderzoeksvragen.

Een eerste kernopdracht van de zeven projecten bestaat uit het leveren van kortdurende generalistische zorg. Daarmee worden kortdurende behandelingen bij niet complexe psychische klachten bedoeld volgens een laagdrempelige werkwijze – vlot toegankelijk en inzetbaar voor crisisinterventies. Om na te gaan of de projecten in deze kernopdracht slagen, zoeken we met het onderzoek een antwoord op volgende vragen:

- Welke problemen neemt de huisarts best zelf op?
- Wanneer wordt er best verwezen naar de eerstelijnspsycholoog<sup>2</sup> (ELP)?
- Welke behandelingsmethoden zijn aangewezen voor kortdurende zorg?
- Hoe wordt de inzetbaarheid voor crisisinterventies best ingevuld?
- Welke kostprijs is aangewezen om kansarmen zo goed mogelijk te bereiken?

Een tweede kernopdracht is nauw samenwerken met andere hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg en hiervoor een netwerk uitbouwen op het niveau van de zorgverlening. Het was de expliciete vraag van de opdrachtgever om na te gaan op welke manier het model van getrapte zorg het best wordt ingevuld en welke partners daarbij betrokken moeten worden.

Het bevorderen van vroegdetectie en vroeginterventie bij psychische problemen is de derde kernopdracht van de projecten. De evaluatie gaat na hoe vroegdetectie en vroeginterventie het best wordt ingevuld. Enkele mogelijke voorbeelden zijn nadruk leggen op de vorming van huisartsen en op een snelle consultatie bij de ELP.

### **3 Een uniforme interpretatie voor de jaarverslagen van de 7 projecten**

Om een vergelijking tussen de verschillende projecten mogelijk te maken, werd aan het steunpunt WVG gevraagd om ondersteuning te bieden bij de uniforme interpretatie van de registratie voor de jaarverslagen van de projecten.

### **4 Globale evaluatie en kritische succesfactoren op maat van de 7 projecten**

Aan het steunpunt werd gevraagd om de zeven projecten op basis van de proces- en effectevaluatie individueel te beoordelen. Het is de bedoeling om tot kritische succesfactoren te komen op maat van de zeven projecten. Succesfactoren hebben onder meer betrekking op de invulling van het functieprofiel van de ELP of de inbedding in een bestaande werking.

Aanvullend geeft het steunpunt een globale evaluatie van de projecten voor heel Vlaanderen, waarbij wordt ingezoomd op de gemeenschappelijke sterke elementen en de knelpunten.

### **5 Globaal advies betreffende een verdere implementatie van de ELPF in Vlaanderen**

Aan het einde van de looptijd, geven de zeven projecten elk apart een advies aan de minister over een mogelijke implementatie van de ELPF gebaseerd op hun eigen regionale ervaringen. Van het steunpunt

---

<sup>2</sup> De term eerstelijnspsycholoog (ELP) verwijst naar de persoon die de taken van de eerstelijnspsychologische functie uitvoert. Belangrijk, de ELP voert niet noodzakelijk alle activiteiten binnen de ELPF uit.

wordt verwacht dat men de overeenkomsten tussen de zeven adviezen naar voor brengt en zelf ook een advies geeft over de aanpak van een mogelijke uitrol van de ELPF over heel Vlaanderen.



## Hoofdstuk 3

### Voorstelling van de zeven pilootprojecten

Bij de selectie van de zeven pilootprojecten is rekening gehouden met de geografische spreiding van de projecten over heel Vlaanderen en Brussel. Daarnaast is ook de inbedding van de ELP in elk pilootproject anders, om nadien te kunnen bepalen welke settings al dan niet succesvol zijn.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de zeven pilootprojecten, waarbij we vooral ingaan op de onderlinge verschillen. De beschrijving is gebaseerd op de dossiers die de projecten indienden in navolging van de projectoproep voor de organisatie van een ELPF. Voor de voorstelling gaan we per project in op de volgende aspecten:

- De projecthouder;
- Het aantal aangestelde ELP en VTE;
- De locatie waar de ELP consultatie aanbiedt;
- De aanmeldingsprocedure;
- Het werkingsgebied.

#### 1 Pilootproject Aalst

- **Projecthouder:** SEL Zorgregio Aalst.
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** één medewerker is voltijds aangesteld als ELP. Aanvullend wordt er vanuit het CGG een medewerker halftijds ter beschikking gesteld.
- De ELP zetelt **op wisselende locaties:** een wijkgezondheidscentrum, een huisartsenpraktijk, een huisartsengroepspraktijk, een huisartsenwachtpost, het lokaal dienstencentrum van SEL Aalst en in heel uitzonderlijke gevallen bij de patiënt thuis.
- De **aanmeldingsprocedure** verloopt telefonisch of online. Patiënten komen vooral via verwijzing door de huisarts bij de ELP terecht, maar kunnen ook op eigen initiatief een afspraak maken.
- Het **werkingsgebied** is afgebakend volgens de grenzen van de Huisartsenkring van Aalst en niet volgens het zorgdecreet. De ELP bedient Aalst en 7 omliggende gemeenten.

#### 2 Pilootproject Brussel

- **Projecthouder:** Huis voor Gezondheid.
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** een voltijdse ELP functie wordt verdeeld over 10 medewerkers die gedetacheerd worden vanuit het CGG.
- De ELP bieden consult aan in 9 verschillende Nederlandstalige huisartsenpraktijken met in het totaal 25 betrokken huisartsen: 4 solopraktijken, 2 groepspraktijken en 3 wijkgezondheidscentra. Aan elke huisartsenpraktijk zijn vaste ELP toegekend; meestal één maar soms ook twee ELP per praktijk.
- **Aanmeldingsprocedure:** patiënten kunnen enkel via de huisartsen worden aangemeld die mee in het project stapten. Andere huisartsen kunnen dus geen patiënten aanmelden.
- **Werkingsgebied:** het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

### 3 Pilotproject de Kempen

- **Projecthouder:** CAW de Kempen.
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** binnen het project de Kempen is één ELP voltijds aangesteld.
- **Inbedding:** de ELP werkt 3 dagen per week in het onthaalteam van het CAW en werkt de overige 2 dagen in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen.
- **Aanmeldingsprocedure:** patiënten kunnen enkel na verwijzing door de huisarts, het CAW, het aanmeldingsteam Netwerk GGZ Kempen of uitzonderlijk ook een andere dienst bij de ELP terecht.
- **Werkingsgebied:** project de Kempen bedient 3 gemeenten uit de zorgregio Mol – deze gemeenten tellen samen een 50-tal huisartsen. Binnen de regio is het GGZ-aanbod heel beperkt – er is geen vestiging van een CGG, enkel een CAW.

### 4 Pilotproject Maasmechelen

- **Projecthouder:** Huisartsenkring Maasmechelen.
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** binnen het project Maasmechelen werd bij aanvang één medewerker voltijds aangesteld als ELP. Na het uitvallen van de ELP wegens ziekte en zwangerschap werden vanaf september 2014 twee halftijdse ELP in dienst genomen om de functie te vervullen.
- De ELP bood de eerste twee werkjaren consultatie aan op drie verschillende **locaties**: in het sociaal huis, het medisch centrum en het eerstelijns huis in Lanaken. Het laatste werkjaar werd dit veranderd en gaf de ELP enkel nog consult in het medisch centrum.
- Enkel huisartsen kunnen patiënten **aanmelden** en maken gebruik van een beslissingsboom om te bepalen of een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een ELP-begeleiding. Huisartsen maken vervolgens een afspraak in de online agenda van de ELP en stellen een korte verwijfsbrief voor de ELP op. Indien de huisarts oordeelt dat een snelle consultatie bij de ELP noodzakelijk is, neemt hij contact op met de ELP om de mogelijkheden te bespreken.
- **Werkingsgebied:** de ELP bedient 3 gemeenten die ongeveer 80.000 inwoners en 65 huisartsen tellen. Buiten het CGG is in Maasmechelen weinig of geen betaalbare psychologische hulpverlening aanwezig.

### 5 Pilotproject het Pajottenland

- **Projecthouder:** SEL Zorgnetwerk Zenneland.
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** binnen het project het Pajottenland wordt 1 VTE verdeeld over 2 ELP.
- De ELP bieden consult aan op 4 neutrale **locaties** verspreid in het Pajottenland: namelijk in het sociaal huis, bij de dienst thuiszorg, in een klooster (i.e., een lokaal dat ter beschikking gesteld wordt door het gemeentebestuur) en in het medisch centrum.
- Enkel huisartsen kunnen patiënten **aanmelden**. Deze keuze werd gemaakt om een snelle verzaadiging van de ELP te voorkomen.
- **Werkingsgebied:** De ELP van het Pajottenland bedienen 85 huisartsen uit 8 gemeenten. Het werkingsgebied van de ELP valt overigens samen met het werkingsgebied van de



huisartsenkring. De regio zelf wordt gekenmerkt door een beperkt GGZ-aanbod dat bovendien slecht te bereiken is met het openbaar vervoer.

## 6 Pilootproject Poperinge

- **Projecthouder:** Sociaal huis Poperinge.
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** In de eerste 2 werkjaren werd de 0,9 VTE vervuld door 1 ELP. Vanaf het derde werkjaar werd de functie verdeeld over 2 ELP.
- De ELP bieden consult aan op één locatie – namelijk in het sociaal huis van Poperinge.
- **Aanmeldingsprocedure:** Alle hulpverleners werkzaam in de eerste lijn kunnen in principe naar de ELP verwijzen (i.e., huisartsen, medewerkers van het ziekenfonds, het OCMW, de thuiszorg en de welzijnssector). Daarnaast kunnen patiënten ook zichzelf bij de ELP aanmelden. Er zijn verschillende mogelijkheden om een afspraak bij de ELP te maken om een maximale bereikbaarheid te garanderen. Huisartsen en maatschappelijk werkers van het OCMW kunnen rechtstreeks een afspraak inplannen via een online agenda. Het is ook mogelijk om telefonisch een afspraak te maken via het onthaal van het sociaal huis of door rechtstreeks naar de ELP te bellen.
- **Werkingsgebied:** De ELP van Poperinge focust vooral op de zorgregio's Poperinge en Diksmuide. Deze regio's worden gekenmerkt door een beperkt GGZ-aanbod, een beperkte mobiliteit en veel schroom om over psychische problemen te praten.

## 7 Pilootproject Turnhout

- **Projecthouder:** Huisartsenvereniging regio Turnhout .
- **Aantal aangestelde ELP en VTE:** In de eerste werkjaren werd de 1 VTE vervuld door 2 ELP. In het derde werkjaar werd de functie uitgevoerd door 1 ELP.
- **Inbedding:** De ELP van Turnhout vervullen bij aanvang van het project twee rollen. Twee dagen per week draaien ze mee in functie 1 van het Netwerk GGZ Kempen. De ELP werken dan in het aanmeldingsteam van het netwerk dat de toegangspoort vormt tot de meer gespecialiseerde zorg. Binnen het aanmeldingsteam hebben de ELP een triage functie: bepalen naar welke zorgvoorziening een patiënt het best wordt verwezen. De overige drie dagen geven de ELP begeleidingen in het preventiecentrum dat gehuisvest is in de huisartsenwachtpost. Deze werkformule vraagt echter een grote tijdsinvestering van de ELP. Daarom koos project Turnhout ervoor om de ELP vanaf 2014 niet langer in te bedden in het Netwerk GGZ Kempen en om hen ook geen actieve rol meer te laten spelen binnen het aanmeldingsteam.
- **Aanmeldingsprocedure:** Patiënten kunnen enkel na verwijzing door de huisarts bij de ELP terecht. Huisartsen kunnen een afspraak voor hun patiënt maken door naar het onthaal van het preventiecentrum te bellen of door zelf een afspraak vast te leggen in de online agenda van de ELP. Daarnaast kunnen patiënten ook zelf een afspraak vastleggen. Huisartsen vullen voor de aangemelde patiënt een verwijsbrief in en bezorgen deze vooraf aan de ELP.
- **Werkingsgebied:** De ELP bedienen 14 gemeentes waar in het totaal 167 huisartsen actief zijn.



## Hoofdstuk 4

### Onderzoeksmethoden

In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op de onderzoeksmethoden die werden gebruikt om tegemoet te komen aan de onderzoeksopdrachten zoals omschreven in hoofdstuk 1. Om de nodige onderzoeksgegevens te verzamelen, zijn diverse methoden gehanteerd:

- Een interview met de projecthouders, de ELP en de huisartsen
- Een tevredenheidsbevraging bij patiënten, ELP, huisartsen en/of andere partners
- Analyse van de jaarverslagen
- De afname van een registratiefiche
- De afname van de Brief Symptom Inventory
- De organisatie van twee klankbordgroepen met experts

In de volgende paragrafen geven we een gedetailleerde beschrijving van elke bevraging in functie van de doelstellingen, de respondenten, het gebruikte meetinstrument en de gehanteerde procedure. In hoofdstuk 4 komen de resultaten aan bod.

#### 1 Interviews met projecthouders, ELP en huisartsen

##### 1.1 Doelstelling

Voor elk pilootproject vond er een semigestructureerd interview plaats met één of meerdere ELP, de projecthouder en de huisarts of een andere relevante partner. De interviews hadden tot doel een wetenschappelijk onderbouwde procesevaluatie uit te voeren van de drie kernopdrachten van de pilootprojecten vanuit het perspectief van de ELP, de projecthouder en de huisarts. Hiermee wilden we meer te weten komen over de ontwikkeling van de verschillende projecten en de resultaten op het terrein.

##### 1.2 Meetinstrument

Om de interviews zo uniform mogelijk te laten verlopen, ontwikkelden we op basis van een literatuurstudie een interviewleidraad welke terug te vinden is in bijlage 1. De leidraad bestaat uit open vragen afgewisseld met gesloten vragen, en is vooral geïnspireerd op Nederlandse bronnen (De Maeseneer et al., 2007; Scholte & Brink, 2008; Zwaanswijk en Verhaak, 2009).

Tijdens de interviews werd onder meer gepeild naar volgende aspecten:

- Het vereiste functieprofiel van een ELP
- Hoe de drie kernopdrachten van de ELPF in de praktijk gerealiseerd worden
- Wat kritische succesfactoren zijn en in welke mate deze aanwezig zijn
- Wat essentiële randvoorwaarden zijn en in welke mate deze aanwezig zijn
- Of er bepaalde regiogebonden aspecten zijn waarmee rekening gehouden moet worden
- Samenwerking met de huisarts
- Wat de meerwaarde is van de ELPF voor de praktijk

### 1.3 Procedure

De interviews vonden plaats in juni 2013, op een locatie die de projecten verkozen. Ter voorbereiding, werden de jaarverslagen van de projecten doorgenomen om beter zicht te krijgen op de eigenheid van elk pilootproject.

## 2 Tevredenheidsbevraging bij ELP, patiënten en klinische partners

### 2.1 Doelstelling

De bevraging had tot doel te peilen naar de tevredenheid en de ervaringen van de ELP, de patiënten en andere betrokken partners. Met partners worden andere organisaties in het netwerk bedoeld die naar de ELP verwijzen en organisatie waarnaar de ELP zelf verwijst (CGG, CAW, huisartsenpraktijken, psychiatrische ziekenhuizen...).

### 2.2 Meetinstrument

Voor elke doelgroep werd een andere vragenlijst opgesteld:

- De vragenlijst voor patiënten peilt expliciet naar zijn/haar ervaringen met de ELP.
- De vragenlijst voor ELP gaat dieper in op de taken van de ELP, de werktevredenheid en de kritische succesfactoren voor een multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.
- De vragenlijst voor betrokken partners gaat dieper in op de werkwijze van de ELP, de manier van samenwerken en communiceren met de ELP, de tevredenheid en de kritische succesfactoren voor een multidisciplinaire samenwerking.

In bijlage 2, 3, en 4 worden de drie tevredenheidsvragenlijsten weergegeven. De vragenlijsten bestaan uit zelfgeformuleerde items alsook uit items afkomstig van eerder onderzoek of andere vragenlijsten.

De tevredenheidsvragenlijst voor patiënten is deels geïnspireerd op volgende bronnen:

- Boetvink (2009). De Nederlandse Empowerment Vragenlijst.
- Coppen & Verhaak (2007). Indicatoren in de eerstelijns-GGZ; een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars. *Nivel*.
- DeSmet et al. (2010). Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (l)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag? *Leuven Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- Van Humbeeck et al. (1999). De vragenlijst "Visie op Zorg": een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek Wijzer*.

De tevredenheidsbevraging voor de klinische partners is deels geïnspireerd op volgende bronnen:

- De Maeseneer et al. (2009). Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog.
- Van Humbeeck et al. (1999). De vragenlijst "Visie op Zorg": een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek Wijzer*.
- Beleidsprogramma 2011-2015 van de landelijke vereniging van eerstelijnspsychologen in Nederland
- Konings et al. (2010). Samenwerken in de eerste lijn: een handreiking voor zorgverleners

- Lamers (2006). Handboek psychologie in de eerste lijn: kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen.

De tevredenheidsbevraging voor de ELP is deels geïnspireerd op volgende bronnen:

- De Maeseneer et al. (2009). Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog.
- Koeske et al. (1993). Measuring the Monday blues: validation of a job satisfaction scale for the human services.
- Konings et al. (2010). Samenwerken in de eerste lijn: een handreiking voor zorgverleners
- Van Humbeeck et al. (1999). De vragenlijst "Visie op Zorg": een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek Wijzer*.

## 2.3 Procedure

De tevredenheidsbevraging van de ELP en de partners werd online afgenomen en in november 2013 afgerond. De bevraging van de patiënten gebeurde via pen en papier en vond plaats in het najaar van zowel 2013 als 2014. Aan de ELP werd gevraagd om de vragenlijst te bezorgen aan patiënten voor wie de begeleiding zich in een afrondende fase bevindt.

## 3 Registratiefiche

### 3.1 Doelstelling

De registratiefiche had tot doel relevante gegevens betreffende de patiënt en de door de ELP aangeboden behandeling systematisch in kaart te brengen.

### 3.2 Respondenten

Aan alle ELP werd gevraagd om gedurende 6 maanden (van januari 2014 tot juli 2014) voor elke patiënt die zich aanmeldt een registratiefiche in te vullen.

### 3.3 Meetinstrument

Het registratieformulier werd door de onderzoeksequipe ontwikkeld – in onderlinge overeenstemming met de stuurgroep (zie bijlage 5). Er werd bewust gekozen voor een beknopte registratiefiche dat enkel de meest essentiële gegevens van de patiënt en de aangeboden behandeling bevraagt. Om het invullen van de fiche te vereenvoudigen, werd zoveel mogelijk geopteerd voor gesloten vragen.

Volgende zaken werden via de fiche bevraagd:

- De problemen die bij de patiënt op de voorgrond staan
- De ernst van het probleem
- Het aantal gegeven behandelsessies
- De toegepaste interventies
- Verwijzing of samenwerking met andere zorgvoorzieningen
- Afstemming met en terugkoppeling naar de huisarts

### **3.4 Procedure**

Aan de ELP werd gevraagd om de fiche gedurende een periode van 6 maanden in te vullen voor elke patiënt die zich in die periode aanmeldde.

De registratiefiche bestond uit drie luiken. ELP moesten niet voor al hun patiënten de hele fiche invullen. Voor patiënten die slechts eenmaal op consultatie kwamen, dienden de ELP enkel luik 1 in te vullen. Voor patiënten die meer dan één keer op gesprek kwamen, dienden ook de andere twee luiken vervolledigd te worden.

## **4 Brief Symptom Inventory**

### **4.1 Doelstelling**

De Brief Symptom Inventory (BSI) laat toe om de doelgroep van alle projecten op een betrouwbare en objectieve manier in kaart te brengen.

### **4.2 Procedure**

In een eerste fase werd aan de ELP gevraagd om gedurende één maand de BSI af te nemen van alle patiënten die zich in deze periode aanmeldden en voor wie een afname mogelijk werd geacht (zie bijlage 6). Aansluitend aan de dataverzameling werd een procesevaluatie uitgevoerd bij de ELP om na te gaan in welke mate het volgens hen haalbaar en zinvol was om het afnemen van de BSI op lange termijn te implementeren. Via een korte vragenlijst bestaande uit open en gesloten vragen werd gepeild naar de ervaringen van de ELP betreffende de afname van de BSI (zie bijlage 7).

### **4.3 Meetinstrument**

De BSI telt 9 schalen (49 items) en aanvullend 4 items. Op basis van de itemscores kunnen 4 types van scores berekend worden: (1) de totaalscore, (2) het aantal aanwezige symptomen, (3) de ernst van de aanwezige symptomen en (4) de 9 aparte schaalscores.

De totaalscore (TOT) geeft een indicatie van de algemene psychische gezondheid of van de mate van psychopathologie. De score wordt berekend door de scores op alle 53 items op te tellen en te delen door het aantal ingevulde items. Voor elk item ligt de score tussen 0 (i.e., helemaal geen last van) en 4 (i.e., zeer veel last van). Het aantal aanwezige symptomen (AAS) is het aantal items waarop een score hoger dan 1 werd ingevuld. De ernst van de aanwezige symptomen (EAS) wordt berekend door de som van alle itemscores te delen door het AAS.

De 9 afzonderlijke schaalscores worden berekend door het gemiddelde te nemen van de hieronder opgesomde itemnummers:

- Schaal somatische klachten (SOM): item 2, item 7, item 23, item 29, item 30, item 33, item 37
- Schaal cognitieve problemen (COG): item 5, item 15, item 26, item 27, item 32, item 36
- Schaal interpersoonlijke gevoeligheid (INT): item 20, item 21, item 22, item 42
- Schaal depressieve stemming (DEP): item 9, item 16, item 17, item 18, item 35, item 50
- Schaal angst (ANG): item 1, item 12, item 19, item 38, item 45, item 49

- Schaal hostiliteit (HOS): item 6, item 13, item 40, item 41, item 46
- Schaal fobische angst (FOB): item 8, item 28, item 31, item 43, item 47
- Schaal paranoïde gedachten (PAR): item 4, item 10, item 24, item 48, item 51
- Schaal psychocitisme (PSY): item 3, item 14, item 34, item 44, item 53

De interpretatie van de algemene indicatoren en de schaalscores gebeurt door deze te vergelijken met de normscores van (1) een poliklinische patiëntengroep en (2) een representatieve steekproef uit de bevolking (zie BSI handleiding).

## 5 Eerste klankbordgroep

### 5.1 Doelstelling

In maart 2014 vond een eerste klankbordgroep plaats met diverse betrokkenen. De klankbordgroep hadden enerzijds tot doel betrokkenen op de hoogte te brengen van het verloop van de zeven projecten en de eerste onderzoeksresultaten. Anderzijds was het de bedoeling om via groepsdiscussies te peilen naar de mening en het advies van de betrokkenen betreffende de implementatie van de ELPF. We wilden zoveel mogelijk stemmen uit verschillende hoeken horen.

### 5.2 Respondenten

Aan de eerste klankbordgroep nam een heterogene groep van 54 mensen deel, die diverse organisaties vertegenwoordigden.

### 5.3 Procedure

De klankbordgroep ging van start met een korte introductie waarbij de ELPF alsook de zeven projecten werden voorgesteld. Daarnaast werden het onderzoek en enkele eerste kernbevindingen toegelicht. Vervolgens werd in vier groepjes van elk ongeveer 15 deelnemers gediscussieerd over vier stellingen:

- **Stelling 1:** Tussen grootsteden en meer landelijke gemeenten bestaat er een verschil in doelgroep en positionering van de ELPF. Grootsteden vragen om een meer gediversifieerde invulling van de ELPF.
- **Stelling 2:** Het is een kerntaak van de ELP om patiënten te begeleiden en daarbij gebruik te maken van kortdurende evidence-based interventies.
- **Stelling 3:** Het is belangrijk dat de ELP een goede monitoring en registratie hanteert over: problematiek, interventies en outcome. Kort en goed, dit wil zeggen: in verhouding met het kortdurende tijdsbestek van de interventies.
- **Stelling 4:** De ELP heeft een gediversifieerd takenpakket: patiënten begeleiden, de huisarts ondersteunen in zijn GGZ opdracht, deskundigheidsbevordering van andere disciplines in de eerste lijn, ...

In elk groepje werd er één gespreksmoderator aangeduid en één rapporteur. Ieder groepje kreeg vervolgens de opdracht om minstens twee van de vier stellingen te bediscussieren. Twee groepjes gingen van start met de stellingen 1 en 2, de twee andere groepjes gingen van start met de stellingen 3 en 4. De moderator kreeg de opdracht om de stellingen voor te lezen en aan de deelnemers te vragen

wat ze hierover dachten en welke nuanceringen ze hier graag aan wilden toevoegen. Na de groepsdiscussies volgde een terugkoppeling van de belangrijkste resultaten in plenum. Alle discussies werden opgenomen en nadien verwerkt.

## 6 Tweede klankbordgroep

Op 26 maart 2015 vond in het Ellipsgebouw te Brussel een tweede klankbordgroep plaats in het kader van het onderzoek naar de invoering van de eerstelijnspsychologische functie (ELPF). De doelstellingen en de werkformule waren analoog aan de eerste klankbordgroep. De klankbordgroep bestond uit een heterogene groep van 39 mensen die diverse organisaties vertegenwoordigden. Tijdens de tweede klankbordgroep werd er in kleine groepjes gediscussieerd over volgende vier stellingen:

- **Stelling 1:** Een terugbetalingssysteem voor de ELP houdt de zorg betaalbaar en toegankelijk – er worden middelen toegekend volgens de principes van getrapte zorg.
- **Stelling 2:** Ook privétherapeuten moeten een rol spelen binnen de ELPF.
- **Stelling 3:** De ELPF is een belangrijke schakel binnen de zorgnetwerken die in het kader van Artikel 107 worden opgezet.
- **Stelling 4:** De ELP bereikt een brede doelgroep van patiënten met psychische problemen – kansarmen maar ook kinderen, jongeren, chronisch zieken en ouderen behoren tot de doelgroep.

## 7 Analyse van de jaarverslagen

De zeven pilootprojecten dienden in 2012, 2013 en 2014 een jaarverslag op te maken voor het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De jaarverslagen bevatten relevante cijfergegevens zoals:

- Hoeveel patiënten door de ELP werden behandeld
- Hoeveel consulten de ELP aanboden
- De aard van het aanmeldingsprobleem
- De duur van het behandeltraject
- Hoe patiënten bij de ELP terecht komen
- De mate waarin de ELP verwijst en naar welke klinische partners hij<sup>3</sup> verwijst
- Het percentage drop out
- Het aantal gegeven crisisinterventies
- Het kostentarief dat de ELP het meest toepast

Daarnaast rapporteren de jaarverslagen over ervaren sterktes en knelpunten in de praktijk. Aan de onderzoeksequipe werd gevraagd om de gegevens van de 7 pilootprojecten te analyseren en te interpreteren.

---

<sup>3</sup> Omwille van de leesbaarheid, wordt er in het rapport systematisch in de hij-vorm over de ELP geschreven. In de praktijk wordt de ELPF door zowel mannelijke als vrouwelijke ELP gerealiseerd.



## Hoofdstuk 5

### Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk bespreken we de onderzoeksresultaten voor elke bevraging afzonderlijk. We gaan achtereenvolgens in op:

- de resultaten van de interviews met de projecthouders, de ELP en de huisartsen;
- de resultaten van de tevredenheidsbevraging bij de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden;
- de resultaten van de tevredenheidsbevraging bij patiënten;
- de resultaten van de registratiefiche;
- de resultaten van de Brief Symptom Inventory;
- de resultaten van de jaarverslagen van de pilootprojecten (2012, 2013, 2014);
- de resultaten van de eerste klankbordgroep met experts;
- de resultaten van de tweede klankbordgroep met experts.

#### 1 De resultaten van de interviews met de projecthouders, de ELP en de huisartsen

##### *Method*

In juni 2013 vond er voor elk pilootproject een gesprek plaats met: één of meerdere ELP, de projecthouder en de huisarts en/of een andere belangrijke partner. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal geïnterviewden per pilootproject. We vermelden nog dat er voor Poperinge twee maatschappelijk werkers van het sociaal huis alsook 1 persoon van de VDAB werden geïnterviewd. Per pilootproject maakten we een uitgebreide synthese van de belangrijkste zaken die tijdens de interviews aan bod kwamen.

Tabel 1 Aantal ELP, projecthouders en huisartsen dat in het kader van het onderzoek per pilootproject werd geïnterviewd.

Regio	Projecthouder(s)	ELP	Huisartsen	Andere
Aalst	1	1	1	
Brussel	2	9	5	
Kempen	1	1	1	
Maasmechelen	1	1	1	
Pajottenland	2	2	2	
Poperinge	1	1	1	3
Turnhout	1	1	6	
TOTAAL	9	16	15	3

## 1.1 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject Aalst

### 1.1.1 Doelgroep

In Aalst werkt men vanuit een **generalistische visie**. Men richt zich noch tot bepaalde doelgroepen zoals kansarmen, noch maakt men gebruik van exclusiecriteria. De achterliggende redenering is dat men iedereen wil helpen. Moeilijk bereikbare groepen tracht men te bereiken door de juiste partners te selecteren en door hen aan te sporen om deze mensen door te verwijzen naar de ELP. Dit heeft als gevolg dat de patiëntengroep van Aalst zeer heterogeen is qua financiële draagkracht en psychische problematiek.

Problemen waarvoor mensen vaak tot bij de ELP komen zijn: depressieve klachten, slaapproblemen, relatieproblemen, posttraumatische stress en werkgerelateerde problemen (burn-out).

Patiënten met zeer ernstige problemen worden niet zomaar naar de gespecialiseerde zorg verwezen. Wanneer de ELP in een eerste gesprek merkt dat een deel van de problematiek toch binnen de eerste lijn behandeld kan worden, wordt de patiënt verwezen naar de tweede lijn terwijl de ELP gelijktijdig in een beperkt aantal sessies met de patiënt werkt. Op deze manier wordt er een overbruggingsfase gecreëerd tussen het signaleren van het probleem door de huisarts en de opstart van de tweedelijnszorg.

Gedurende één jaar werden in Aalst 255 aanmeldingen door de ELP behandeld. Per dag komen er gemiddeld 5 patiënten op gesprek.

### 1.1.2 Aanbod en samenwerking

Het project in Aalst wordt georganiseerd vanuit de SEL en krijgt van de Vlaamse overheid middelen ter beschikking voor één VTE. Bijkomend kan project Aalst beroep doen op een 0,5 VTE die wordt gedetacheerd vanuit het CGG in Aalst. Daarnaast telt het project twee projectcoördinatoren die actief betrokken zijn in de dagelijkse werking van de ELP.

Mensen kunnen op eigen initiatief naar de ELP gaan of worden verwezen door de huisarts of een andere partner waarmee de ELP samenwerkt. Om een afspraak vast te leggen, kunnen patiënten naar een centraal nummer bellen dat door een van de projectcoördinatoren wordt bemand. De coördinator plant vervolgens een afspraak in via de gedeelde online agenda van de ELP. Patiënten krijgen meestal binnen de week een afspraak.

De begeleiding die de ELP biedt, is **kortdurend** en bestaat doorgaans uit een 4 à 5-tal sessies. Het aantal sessies wordt bewust beperkt gehouden om zo wachtlijsten te voorkomen. Hierover wordt ook duidelijk gecommuniceerd – zowel naar de verwijzers als naar de patiënt zelf. Slechts in uitzonderlijke gevallen geeft de ELP meer dan 5 behandelingsessies. Dit gebeurt vooral bij patiënten met een ernstige problematiek die op een wachtlijst staan voor tweedelijnszorg en waarbij de ELP oordeelt dat de patiënt “loslaten” teveel risico inhoudt.

Als therapeutisch kader voor de patiëntbegeleiding maken de ELP vaak gebruik van het **KOP-model**. Zowel de ELP als de projectcoördinatoren volgden hierover een training. Doorheen de behandelingsessies stelt de ELP samen met de patiënt het hele KOP-schema op voor zijn of haar situatie.

De ELP proberen de huisartsen zoveel mogelijk te betrekken bij de begeleiding van de patiënten. Voorafgaand aan het eerste patiëntengesprek, neemt de ELP contact op met de behandelende huisarts

om meer informatie te verkrijgen over de problematiek van de patiënt. Tijdens de begeleiding en bij verwijzing wordt er ook zoveel mogelijk afgestemd met de huisarts. Na afronding van de begeleiding neemt de ELP telefonisch contact op met de huisarts en bespreekt kort hoe de begeleiding verlopen is. Ook het KOP-schema dat de ELP tijdens de sessies opstelt, wordt aan de behandelende huisarts meegegeven. Wanneer de huisarts na afronding van de begeleiding opmerkt dat de klachten van de patiënt terugkeren, kan hij het KOP-schema samen met de patiënt ter opfrissing overlopen. Wanneer dit niet voldoende blijkt, kan de huisarts de patiënt opnieuw verwijzen naar de ELP.

Voor de detectie en de diagnostiek kunnen de ELP gebruik maken van diverse signaleringsinstrumenten. Het is daarbij belangrijk om deze samen met de patiënt in te vullen. Op deze manier kan de patiënt extra vragen stellen (bv., bij onduidelijkheden) en krijgt de ELP de output meteen te zien. In het kader van het onderzoek werd aan de ELP gevraagd om de Brief Symptom Inventory (BSI) af te nemen van de patiënten. De ervaring leerde dat de resultaten van deze vragenlijst in een aantal gevallen sterk afweek van de persoonlijke inschatting van de ELP. Het gebruik van vragenlijsten kan aldus andere zaken aan het licht brengen. In de praktijk maken de ELP echter weinig gebruik van vragenlijsten.

Tijdens de patiëntenbegeleidingen leggen de ELP sterk de nadruk op begeleidde zelfhulp en psycho-educatie. De ELP reikt de patiënt handvaten aan zodat deze laatste op zelfstandige wijze met zijn klachten aan de slag kan gaan. Tools die hiervoor gebruikt worden, zijn bepaalde boeken en websites (zie de resultaten van de registratiefiches voor meer informatie over het gebruikte materiaal). Belangrijk is wel dat de keuze van de tools is afgestemd op de voorkeuren van de patiënt.

Wanneer een patiënt wordt verwezen, zoeken de ELP uit waar de patiënt het best terecht kan. De ELP streven ernaar om de patiënt op slechts **één wachtlijst** te zetten – en wel op deze wachtlijst die **de meest passende hulp** biedt. Het is de taak van de ELPF om hierin te sensibiliseren, en niet in de hulpverleningsval te trappen waarbij patiënten gelijktijdig op meerdere wachtlijsten worden gezet.

Naast het individuele aanbod, wordt er geprobeerd om binnen groot Aalst een **groepsaanbod** uit te bouwen. Dit loopt echter niet zo vlot. Zo werd er in het verleden al eens een groepssessie rond slaapproblematiek en slaaphygiëne afgelast wegens te weinig geïnteresseerden. In de toekomst wil men meer afstemmen en samenwerken met lokale partners om toch een groepsaanbod te kunnen voorzien rond specifieke klachten waarvoor in de regio nog geen aanbod bestaat.

Voor veel patiënten ligt de **drempel** om naar de ELP te gaan **laag**. Dit komt deels doordat de ELP consulten geeft op locaties die gemakkelijk bereikbaar zijn. Er wordt ook ingespeeld op het feit dat een psycholoogbezoek voor veel mensen een stigmatiserend karakter heeft. Daarom hangt er nergens in of rond de consultatieruimte van de ELP een bordje met de melding “psycholoog”. Ook het feit dat de huisarts patiënten naar de ELP verwijst en hen vooraf goed uitlegt wat de ELP precies doet, werkt drempelverlagend. Dit schept vertrouwen. Daarnaast wordt het contact en de afstemming tussen de huisarts en de ELP (i.e., beide houden elkaar op de hoogte en maken gebruik van het KOP-model) gezien als een versterkende factor. Het geeft de patiënt het gevoel dat hij goed begeleid wordt. Om de drempel verder te verlagen, doen de ELP ook huisbezoeken, maar enkel wanneer dit echt noodzakelijk is. Het gaat hier vooral om specifieke groepen van patiënten van Thuiszorg, waarbij men de ELP inschakelt als laagdrempelige hulpverlener om een opening te creëren voor uitbreiding van de zorg. Ook de financiële drempel wordt bewust laag gehouden. Mensen met een gratis Uitpas van de stad Aalst moeten niets betalen, de anderen betalen 9 EUR per gesprek. Bij verwijzing naar de tweede lijn, houden de ELP eveneens rekening met de financiële situatie van de patiënt. Zo worden patiënten met minder middelen verwezen naar het CGG, terwijl patiënten met voldoende financiële draagkracht vaker worden verwezen

naar een privépsycholoog of psychiater. De ELP geven behandeling in het Nederlands, het Frans en het Engels. Indien de patiënt geen van deze talen machtig is, wordt er een tolk ingeschakeld.

Binnen project Aalst zijn er **weinig “no shows”** bij de ELP. Dit komt ondermeer door de korte wachttijd. Patiënten kunnen meestal binnen de week een afspraak krijgen. Wanneer een patiënt niet komt opdagen voor een eerste consult, geeft de ELP dit door aan de huisarts welke ter opvolging contact opneemt met de patiënt. Als een patiënt na het eerste gesprek niet komt opdagen, neemt de ELP contact op om te polsen naar de achterliggende reden.

De ELP houden per week drie momenten in hun agenda vrij voor **crisisinterventies**. Op deze manier kan de ELP snel optreden in geval van crisis. Patiënten in crisis kunnen dikwijls al de dag na de verwijzing bij de ELP terecht. Wanneer men een dag op voorhand ziet dat het crisismoment niet is ingevuld, wordt er een gewoon consult ingepland om deze tijd zo goed mogelijk te benutten.

De projectcoördinatoren en de ELP **werken goed samen met allerlei partners**. In het eerste werkjaar maakte de fulltime ELP wekelijks tijd vrij om lokale partners (hulpverleners en organisaties) te bezoeken en deel te nemen aan LOK-overleggen. Deze bezoeken dienden (1) om de ELP-werking en het KOP-model aan de partners voor te stellen, (2) om goed zicht te krijgen op het aanbod van andere GGZ-organisaties binnen de regio Aalst en (3) om een GGZ-netwerk van hulpverleners uit te bouwen waarnaar de ELP kan verwijzen. Partners waarmee de ELP nu reeds samenwerkt zijn: de huisartsen, de mutualiteiten, het CAW, het CGG en diverse privétherapeuten. In het kader van individuele casussen heeft men ook contact met Traject (verslavingsproblematiek), Kind & Gezin, sociale werkplaats De Loods, opvang Niemandslaan, PAAZ, een woonzorgcentrum, Huis van het Nederlands en de Vierdewereldgroep.

De **coachende functie** vervult de ELP door nauw samen te werken met de huisartsen. Door deze wisselwerking leren beide partijen van elkaar. De ELP krijgt van de huisarts de noodzakelijke informatie over de patiënt, en de huisarts leert op zijn beurt meer over psychische klachten. De huisartsen geven aan dat ze dankzij hun samenwerking met de ELP meer oog hebben voor psychosociale problemen bij hun patiënten. De stap naar verwijzing – zowel naar de ELP als naar andere hulpverleningsorganisaties (privétherapeut, CGG, etc.) – wordt sneller gezet.

### 1.1.3 Kenmerken ELP

Het is een misvatting te veronderstellen dat de ELP enkel de “gemakkelijke problemen” behandelt. Kortdurend werken vraagt om een aantal specifieke kwaliteiten. Je moet als ELP snel een verbinding kunnen leggen met de patiënt, meteen de onderliggende problematiek boven tafel krijgen en de patiënt een aantal handvaten aanreiken om de weerbaarheid te verhogen. Daarnaast moet de ELP snel een inschatting kunnen maken van de ernst van de problematiek en patiënten met ernstige problemen verwijzen naar meer gepaste zorg. Enkele jaren praktijkervaring als therapeut en een therapieopleiding zijn een meerwaarde om goed te kunnen functioneren als ELP. Echter, je mag als therapeut niet vastgeroest zitten in een bepaalde stroming of werkvorm. Dit staat kortdurend werken in de weg. Daarnaast is ook een zekere **maturiteit** belangrijk. De ELP moet zijn agenda nauwgezet bewaken, en ruimte maken voor overleg met partners, aanmelders, verwijzers en collega ELP. Ervaring en maturiteit zijn vooral belangrijk omdat de ELP meestal op zichzelf werkt – zonder ondersteuning van een team. De ELP moet zelf de juiste beslissingen maken.

In functie van de professionalisering is het belangrijk om de ELP continu bij te scholen. De ELP in Aalst zijn vragende partij om meer **opleiding** te krijgen rond diagnostiek, omdat dit de verwijzing ten goede zou komen. Het ontbreekt de ELP vaak aan de juiste kennis over diverse psychiatrische problemen om

patiënten gericht te kunnen verwijzen. De ELP hebben vaak een “niet-pluis” gevoel over patiënten zonder precies de vinger te kunnen leggen op het onderliggende probleem.

#### 1.1.4 Omkadering

Op dit moment wordt er tweewekelijks overlegd tussen beide ELP. Maandelijks vindt er een overleg plaats tussen de ELP en de projectcoördinatoren en om de 2 à 3 maand wordt er een intervisie georganiseerd met de ELP van project Pajottenland. Tijdens deze intervisies worden er vooral structurele en conceptuele zaken betreffende de ELPF besproken. Voor casuïstiek is er tijdens deze overlegmomenten meestal geen tijd. De ELP ervaren dit als een groot gemis.

Het telefonisch onthaal en het inplannen van de afspraken gebeurt door een van projectcoördinatoren. Dit heeft als voordeel dat de ELP tijdens het geven van de consulten niet worden gestoord. Echter, de projectcoördinator doet het onthaal op geheel vrijwillige basis wat een sterk engagement vraagt. Werken als ELP vraagt veel bijkomende administratie. De ELP besteedt één uur per dag en één namiddag per week aan administratieve taken zoals het bijwerken van verslagen, het (herhaaldelijk) contact opnemen met huisartsen, het doorsturen van verslagen naar huisartsen, etc.

Gegevensdeling met de huisarts gebeurt voornamelijk via de telefoon, maar soms wordt er ook gemaïld via het Medibridge Meditool systeem. Via dit systeem komen mails rechtstreeks in het dossier van de patiënt terecht. De patiënten hebben het rechtstreekse telefoonnummer van de ELP niet – ze kunnen de ELP enkel via het onthaalnummer contacteren. Patiënten krijgen wel het e-mailadres van de ELP – dit wordt vooral gebruikt in het kader van de follow-up. De ELP vraagt aan de patiënten om bij verwijzing te laten weten of ze al dan niet geweest zijn. Verder wordt er geen hulpverlening via mail aangeboden.

#### 1.1.5 Inbedding

Op dit moment werkt de ELP op verschillende locaties: de SEL, een neutrale locatie in een middelbare school (Sint-Jozefscollege), een huisartsengroepspraktijk en het wijkgezondheidscentrum (Daenshuis). De **laagdrempelige** en neutrale **locatie** verlagen de drempel voor de patiënten. De ELP werkt slechts in één huisartsenpraktijk – dit omwille van praktische moeilijkheden. Zo mag de ELP enkel consult geven in een huisartsenpraktijk op momenten dat er ook een huisarts aanwezig is. In groepspraktijken is er meestal een huisarts aanwezig, maar in solopraktijken is dit niet altijd het geval. In Aalst zijn er helaas voornamelijk solopraktijken. Vandaar dat er slechts in één groepspraktijk consult wordt gegeven. Wanneer nodig – bijvoorbeeld wanneer een patiënt oud en minder mobiel is – gaan de ELP ook op huisbezoek.

#### 1.1.6 Rol van de stuurgroep

In Aalst heeft men er bewust voor gekozen om alle belangrijke partners van bij de opstart van het project te betrekken. In de stuurgroep zetelen het CGG, het CAW, het sociaal huis en de Thuiszorg. De stuurgroep denkt mee na over de vormgeving en de implementatie van de ELPF in de regio. Deze betrokkenheid draagt tevens bij aan de bekendheid van de ELPF bij de partners.

#### 1.1.7 Financiering

Zoals eerder aangegeven stelt het CGG één extra 0,5 FTE ELP ter beschikking via detachering.

### 1.1.8 Sterktes

Beide projectcoördinatoren van Aalst bereidde het project vooraf goed voor. Het projectvoorstel werd uitgeschreven in onderling overleg met de regionale zorgactoren uit de stuurgroep. Inhoudelijk is de uitwerking van het project sterk gebaseerd op de best practices uit Nederland. Zo wordt er therapeutisch gewerkt vanuit het KOP-model. Alle betrokkenen (projectcoördinatoren en ELP) volgden hierover een opleiding.

Van in het begin lag de nadruk op **samenwerking** – alle partners uit de regio werden bezocht en ook nu nog investeert Aalst sterk in het leggen van nieuwe contacten. Tijdens elk bezoek worden de doelstellingen en de werking van de ELPF voorgesteld en het KOP-model uitgelegd. Hierdoor groeit de bekendheid van het project in de regio en neemt het aantal aanmeldingen toe.

Hoewel er in Aalst veel aanmeldingen zijn, slaagt het project er toch in om de **wachttijd** voor de patiënten **bepert** te houden. Patiënten kunnen meestal binnen de week – en in geval van crisis binnen 1 à 2 dagen – bij de ELP terecht. De ELP bewaken ook goed de **kortdurendheid** van de lopende begeleidingen. Dankzij de halftijdse ELP die gedetacheerd wordt vanuit het CGG, is **overleg met het CGG-team** mogelijk. Dit versterkt de netwerkpositie van de ELP.

### 1.1.9 Aandachtspunten of toekomstmogelijkheden

De ELP geven aan dat ze nood hebben aan meer **intervisie en supervisie** om **casuïstiek** te bespreken. Tijdens de overlegmomenten wordt er nu hoofdzakelijk aandacht besteed aan praktische zaken, maar eens de ELPF goed verankerd is binnen de hulpverlening van Aalst, komt er wellicht meer tijd vrij voor casusbespreking.

In de toekomst streeft project Aalst er naar om het **groepsaanbod beter af te stemmen** op de vraag van de regio en op het aanwezige groepsaanbod. Het is een optie om geïnteresseerden te bundelen en pas een groepsaanbod te organiseren indien het minimum aantal deelnemers bereikt is. Daarnaast zal er ook meer worden samengewerkt met de partners uit de regio om overlap in het aanbod te vermijden.

Verder wil project Aalst **de samenwerking met de PAAZ versterken**, om de opvang van crisissituaties te verbeteren. Bepaalde crisissituaties worden immers beter door een ziekenhuis opgenomen dan door de ELP.

Een ander punt is dat **één FTE ELP voor de regio Aalst niet volstaat** om de verschillende taken van de ELPF te kunnen vervullen (i.e., patiënten begeleiden, patiënten opvolgen, netwerken, opleiding geven aan partners inzake het KOP-model, groepsaanbod aanbieden, etc.). Om een voldoende groot aanbod te kunnen voorzien, zijn 3 à 4 psychologen nodig.

Daarnaast wordt **de taakverdeling van het CGG en de ELP herbekeken** om de zorgcontinuïteit te verbeteren. Zo is het een optie om de screening en de intake van patiënten in de toekomst enkel nog bij de ELP te laten plaatsvinden, zodat het CGG zich exclusief kan focussen op het begeleiden van patiënten.

Het zou voor de ELP een meerwaarde zijn om enkele **opleidingen rond diagnostiek** te kunnen volgen.

## 1.2 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject Brussel

### 1.2.1 Doelgroep

Project Brussel richt zich vooral op mensen die moeilijk de weg vinden naar de GGZ. Sommige van de huisartsenpraktijken die verbonden zijn aan project Brussel, zijn gelegen in kansarme buurten en zien veel patiënten die in aanmerking komen voor een verwijzing naar de ELP. Huisartsenpraktijken die echter gelegen zijn in de rand van Brussel behandelen overwegend patiënten uit de middenklasse en in veel mindere mate kwetsbare patiënten. Deze praktijken komen aldus minder in contact met patiënten die tot de doelgroep van de ELP behoren.

In vergelijking met het Vlaamse doelpubliek is het Brusselse doelpubliek minder homogeen. Brussel wordt ook gekenmerkt door tweetaligheid en een grote bevolkingsgroep is van allochtone afkomst. Het aantal Franstalige patiënten varieert per ELP – bij sommige ELP is de helft Franstalig, andere ELP geven aan dat 4/5<sup>de</sup> of soms zelfs 95% van de patiënten Frans spreekt. Nederlandstalige patiënten die op zoek zijn naar psychische hulp zoeken vaker hun toevlucht in de Brusselse randgemeenten. De inbedding van de ELP in de huisartsenpraktijk is voor bepaalde doelgroepen, waaronder voor allochtone vrouwen, een goede zaak. Allochtone vrouwen krijgen niet altijd toelating van hun man om naar een CGG te gaan – een ELP die bij de huisarts zetelt wordt als minder bedreigend beschouwd.

In Brussel bestaat het cliënteel van de ELP in hoofdzaak uit vrouwen. Mannen die naar de ELP worden verwezen, komen vaak niet opdagen. Dit is vooral het geval wanneer de ELP zelf een vrouw is. Wanneer de ELP een man is, zijn mannen sneller geneigd om hun afspraak na te komen.

De problemen waarmee patiënten tot bij de ELP komen, zijn meer heterogeen van aard dan in de tweede lijn het geval is. Het gaat zowel om acute als om chronische problemen. Huisartsen verwijzen vooral patiënten door die in de knoop zitten met zichzelf, maar die voldoende veerkracht hebben om hier mits een beetje ondersteuning zelf uit te geraken. Lichte tot matige depressie en angst zijn de twee belangrijkste redenen tot aanmelding. Het is de taak van de ELP om deze patiënten terug perspectief te bieden. Andere zaken waarvoor huisartsen hun patiënten verwijzen zijn posttraumatische stress, sociale problemen, echtscheidingen, conflicten tussen kinderen en ouders, overlijden en diefstal. Patiënten met een zware pathologie behoren in principe niet tot de doelgroep, tenzij de drempel tot zorg te hoog is. Andere patiënten die niet tot de doelgroep van de ELP behoren zijn: patiënten die naar het reguliere zorgcircuit kunnen worden verwezen, kinderen en jongeren. Sommige ELP geven echter aan dat ze soms toch kinderen en jongeren behandelen, omdat de vraag hiernaar groot is.

### 1.2.2 Aanbod en samenwerking

Veel patiënten in Brussel hebben een multiproblematiek. De ELP gaan hier elk op een andere manier mee om. Sommige ELP vinden het moeilijk om op één probleem te focussen en daarmee aan de slag te gaan. In de plaats proberen zij eerder verbanden te leggen tussen de diverse problemen en zo de veerkracht van mensen te versterken. Andere ELP focussen wel op één probleem en proberen daar via een kortdurende interventie een succes te boeken.

In tegenstelling tot de andere projecten, werkt Brussel met 10 psychotherapeuten – gedetacheerd vanuit het CGG – die elk een halve dag per week in één huisartsenpraktijk als ELP werken. Aan elke huisartsenpraktijk zijn dus vaste ELP toegekend. Deze formule is gekozen, omdat er van bij de start een groot aantal huisartsen interesse had om mee te participeren in het project. Doordat het werk verdeeld

wordt over 10 ELP, kunnen er meerdere huisartsen bediend worden en is het werk van de ELP minder belastend. Een nadeel van deze werkmethode is dat het soms moeilijk is om alle betrokkenen gelijktijdig samen te brengen. Daarnaast geven verschillende huisartsenpraktijken aan nood te hebben aan een voltijdse ELP – een halve dag per week volstaat niet.

Voor patiënten ligt de drempel om naar de ELP te gaan laag – dit komt mede door de lage kostprijs. In een WGC is de dienstverlening van de ELP helemaal gratis. In andere praktijken betalen patiënten 4 of 9 EUR. Patiënten ervaren een ELP-bezoek doorgaans als weinig stigmatiserend doordat de ELP consult geeft in een huisartsenpraktijk. Toch is de drempel om naar de ELP te gaan voor sommige patiënten nog te hoog. In dergelijke gevallen besluiten huisartsen om eerst zelf twee aaneensluitende consultaties aan te bieden in plaats van de patiënt direct door te verwijzen naar de ELP. Volgens verschillende ELP kan de drempel naar de ELP nog verder verlaagd worden door ook consultaties zonder afspraak mogelijk te maken.

Sommige praktijken geven aan dat er regelmatig **“no shows”** voorkomen – patiënten die niet komen opdagen voor hun afspraak. Dergelijke “no shows” hebben diverse oorzaken. Sommige patiënten vergeten gewoon hun afspraak met de ELP, voor andere patiënten ligt de drempel om naar de psycholoog te gaan te hoog waardoor ze finaal afhaken. Om het aantal “no shows” in te perken vraagt de huisarts aan de patiënt hen tijdig te verwittigen indien ze niet naar hun afspraak kunnen komen. Huisartsenpraktijken die over een secretariaat beschikken, hebben de gewoonte om de patiënt ter herinnering daags voor de afspraak te bellen. Patiënten die niet komen opdagen, worden de dag zelf door de ELP opgebeld. De ELP doen hun best om patiënten die het moeilijk hebben en niet komen opdagen voor hun afspraak bij de ELP, niet los te laten.

Sommige ELP zijn genoodzaakt om te werken met wachtlijsten doordat de vraag het aanbod overstijgt. Het komt soms voor dat patiënten 1 à 2 maanden moeten wachten vooraleer ze terecht kunnen bij de ELP. Sommige ELP geven aan dat verwijzing naar het Franstalig GGZ-netwerk soms moeizaam verloopt, doordat verschillende organisaties met wachtlijsten kampen. De ELP biedt dan toch soms tweedelijnszorg in afwachting tot patiënten kunnen worden verwezen. Doordat de ELP gedetacheerd zijn vanuit een CGG, kunnen zij patiënten die nood hebben aan tweedelijnszorg soms zelf vanuit het CGG verder behandelen. Dit heeft veel voordelen. Er hoeft zo geen intake meer te gebeuren bij het CGG en het verlaagt voor patiënten de drempel naar een meer gespecialiseerde behandeling. Daarnaast kunnen sommige ELP moeilijke cases uit hun eerstelijnswork op het CGG-team bespreken. Hierdoor wordt de interesse van andere psychologen uit het CGG voor de ELP soms aangewakkerd.

De samenwerking tussen de ELP en de huisarts verloopt niet in alle huisartsenpraktijken even goed. Doordat de ELP slechts een halve dag per week in de huisartsenpraktijk aanwezig is, wordt de samenwerking minder snel uitgebouwd dan in de andere pilootprojecten het geval is. Verwijzing van patiënten naar meer gespecialiseerde zorg, gebeurt steeds in overleg met de huisarts. De huisartsen geven aan dat dankzij de aanwezigheid van de ELP in de praktijk, hun vertrouwen in het CGG toeneemt.

Ook de mate van overleg tussen de huisarts en de ELP verschilt van huisartsenpraktijk tot huisartsenpraktijk. Binnen bepaalde huisartsenpraktijken worden er intervisies georganiseerd op vaste momenten. In andere praktijken gebeurt overleg over moeilijke cases in de wandelgangen.

Naast huisartsen zijn ook psychiaters belangrijke samenwerkingspartners voor de ELP. Echter, in het begin van het project verliep de samenwerking tussen de ELP en de psychiaters weinig gestructureerd.



Binnen het project bestaat er een groepsaanbod dat wordt aangeboden door een aantal zorgpartners om de drempel tot zorg te verlagen. Zo heeft een van de wijkgezondheidscentra een psycholoog in dienst genomen die psycho-educatieve groepsessies organiseert rond stress en angst. Ook wijkgezondheidscentrum de Brug werkt een groepsaanbod uit.

In Brussel wordt een **crisisinterventie** gedefinieerd als een niet geplande interventie. Een crisissituatie kan over verschillende zaken gaan zoals een suïcideverhaal, iemand die op straat is aangevallen, een sterfgeval in de familie, een ongewenste zwangerschap, etc. Het gaat hier om situaties die geen weken kunnen wachten alvorens behandeld te worden. Doordat de ELP in Brussel slechts sporadisch aanwezig zijn in de huisartsenpraktijk, is het quasi onmogelijk om een ongepland consult bij de ELP te regelen. In twee groepspraktijken wordt de ELP helemaal niet ingeschakeld voor crisisinterventies – in de andere huisartsenpraktijken wel. Maar ook al doet de ELP aan crisisinterventie, de huisarts blijft de uiteindelijke eindverantwoordelijke. De ELP geven verder aan nood te hebben aan teamoverleg over welke beslissingen te nemen in geval van crisissituaties.

Voor de detectie en diagnostiek van psychische problemen kunnen ELP gebruik maken van diagnostische instrumenten (bv., de BDI voor de diagnose van depressie). Het verschilt echter van ELP tot ELP in welke mate er beroep gedaan wordt op dergelijke vragenlijsten. Vragenlijsten zijn immers minder geschikt om het dynamische aspect van de problematiek te vatten. De ELP moet zelf kunnen beoordelen welke vragenlijsten nuttig zijn voor welke patiënt, rekening houdend met taalbarrières, cognitieve barrières en culturele verschillen.

Een andere taak van de ELP betreft het ondersteunen en coachen van huisartsen met betrekking tot de behandeling van psychische klachten. Huisartsen vragen geregeld advies aan de ELP over zaken waarmee ze minder vertrouwd zijn (bv., persoonlijkheidsstoornissen en psychosomatische problemen). Dankzij de terugkoppeling van informatie van de ELP naar de huisarts, leert deze laatste om de signalen die wijzen op emotionele problemen sneller op te vangen. De ELP geven geen advies aan de huisarts over patiënten die niet bij hen zelf in behandeling zijn of zullen komen. Dergelijke ondersteuning neemt veel tijd in beslag en het is bovendien niet eenvoudig om een uitspraak te doen over een patiënt zonder deze gezien te hebben. Ook vormingen voor huisartsen over psychische problemen organiseren de ELP niet. Noch de ELP noch de huisarts heeft hiervoor de tijd.

Huisartsen verschillen onderling sterk van elkaar qua manier van verwijzen. Sommige huisartsen zijn geneigd om al hun patiënten met psychische problemen (ongeacht de ernst) naar de ELP door te verwijzen. Andere huisartsen maken zelf al een soort triage en verwijzen patiënten met ernstige klachten rechtstreeks door naar de tweede of de derde lijn. Huisartsen worden door de ELP goed op de hoogte gehouden over de toestand en het zorgtraject van hun patiënt. De ELP laten huisartsen weten of hun patiënt naar de afspraak kwam, wat de problematiek van de patiënt is, welke behandeling de patiënt kreeg en of de patiënt werd verwezen voor een gespecialiseerde behandeling.

Het is een belangrijke taak van de huisarts om de patiënt vooraf goed te informeren over de ELP – wat hij doet, hoe hij werkt. Huisartsen leggen de patiënt uit dat de ELP in de huisartsenpraktijk werkt, goedkoop is (om de financiële drempel voor de patiënt te verlagen) en slechts een korte wachtlijst heeft. De huisarts maakt ook duidelijk dat het niet de bedoeling is om langdurig bij de ELP in behandeling te gaan, maar dat de ELP enkel kortdurend behandelt en er bij ernstige klachten voor zorgt dat de patiënt bij de juiste hulpverleningsorganisatie terecht komt.

In geval van complexe problematiek doet de ELP zelf geen verwijzing. De afspraak werd gemaakt dat de ELP de huisarts adviseert en/of in onderling overleg met de huisarts over gaat tot een geschikte

verwijzing. De huisarts is dus diegene die de verwijzing moet organiseren. In de praktijk blijkt de huisarts hier echter nog niet klaar voor waardoor de ELP toch vaak overgaan tot verwijzing. De huisarts kent nog onvoldoende het werkterrein van de GGZ. Bovendien hebben patiënten via de ELP soms betere toegang tot vervolgzorg.

Huisartsen zijn enthousiast over de ELP omdat de competenties van de ELP en deze van de huisarts uitermate complementair zijn. Dankzij de komst van de ELP kan de huisarts patiënten met emotionele problemen verwijzen naar de ELP wat de werkdruk verlicht. Daarnaast zorgt de ELP er ook voor dat huisartsen meer oog hebben voor het psychisch welzijn van hun patiënten. Via de terugkoppeling van informatie van de ELP naar de huisarts komt deze laatste vaak heel wat nieuwe zaken over zijn patiënt te weten.

De aard van de samenwerking tussen de ELP en de huisarts is voor elke huisartsenpraktijk anders. In één wijkgezondheidscentrum werken eerstelijns werkers uit verschillende disciplines samen om de patiënten een multidisciplinair zorgaanbod te kunnen bieden. De ELP wordt hier beschouwd als een volwaardige partner. In een andere groepspraktijk was er bij aanvang van het project veel onenigheid – ondertussen is dit opgeklaard en wordt de ELP alsmear meer als een teamlid gezien. Bij één multidisciplinaire groepspraktijk maakt de ELP niet echt deel uit van het team – de andere teamleden geven aan dat de ELP daarvoor te weinig aanwezig is. In een laatste groepspraktijk maakt de ELP wel deel uit van het team en neemt deze ook actief deel aan de intervisies die om de zes weken plaats vinden.

De ELP ervaren het als een tekort dat ze maar tot 18u consultatie mogen aanbieden. Er is immers veel vraag naar behandeling na de werkuren.

### 1.2.3 Kenmerken ELP

Om de functie goed te kunnen vervullen, is het belangrijk dat de ELP voldoende kennis heeft over o.a. de sociale kaart. In de Brusselse context is het tevens belangrijk om zowel de Nederlandstalige alsook de Franstalige GGZ-organisaties te kennen. Sommige ELP geven aan dat hun kennis van de Franstalige sociale kaart ontoereikend is.

Naast kennis, moet de ELP ook over de juiste attitude en competenties beschikken. Zo is flexibel zijn een cruciale vaardigheid. De ELP dient immers op een heel andere manier te werken (kortdurend i.p.v. langdurend) en dit binnen een geheel nieuwe context (i.e., binnen de huisartsenpraktijk). Omwille van de kortdurende begeleiding, komt de ELP met veel meer nieuwe cases in contact dan binnen het CGG het geval is. In het CGG blijft een patiënt al snel een jaar in behandeling bij één en dezelfde psychotherapeut. Een goede opleiding en voldoende therapie-ervaring zijn volgens de ELP een noodzaak om snel de aard van de problematiek te kunnen inschatten en hiermee aan de slag te gaan. Qua attitudes en verwachtingen zitten de ELP niet allemaal op dezelfde golflengte: niet alle ELP zijn ervan overtuigd dat je aan de hand van vijf behandelingsessies iemand kan verder helpen.

### 1.2.4 Omkadering

Het Huis voor Gezondheid organiseert om de zes weken een intervisie voor alle betrokkenen – huisartsen en ELP. Het is niet eenvoudig om iedereen voor dit overlegmoment samen te krijgen. Huisartsen worden vergoed om deel te nemen aan deze intervisies. In het begin dienden deze intervisies vooral voor kennismaking, onderlinge afstemming en het maken van praktische afspraken. Bij de opstart was er immers veel onduidelijkheid over de werking van de ELP. Huisartsen verwezen soms patiënten

door naar de ELP die niet tot de doelgroep behoorden en hadden weinig kennis over de methoden die door de ELP gebruikt worden. Ondertussen is er tijdens de interviews ook ruimte voor het bespreken van casussen. Hoewel de interviews niet altijd even efficiënt verlopen (wat wellicht te wijten is aan de grootte van de groep), zijn ze voor de meeste huisartsen en ELP wel leerrijk.

Niet alle ELP hebben echter evenveel nood aan interview. Sommige ELP zijn in de mogelijkheid om moeilijke cases met andere therapeuten te bespreken doordat ze samen met andere ELP in dezelfde huisartsenpraktijk zitten of doordat er mogelijkheid is om cases op het CGG-team te behandelen. Er zijn ook ELP die afzonderlijke interviews met de huisarts hebben over hoe ze patiënten kunnen verwijzen.

Het Huis voor Gezondheid zorgt ook voor de aansturing van en de communicatie met de huisartsen. Verder is er geen ondersteuning qua administratie, telefonisch onthaal en boekhouding wat het werk van de ELP bemoeilijkt (bv., telefoongesprekken tijdens consultaties).

Om de uitwisseling van informatie tussen de verschillende zorgpartners te bevorderen wordt er gebruik gemaakt van diverse ICT tools. Zo gebruiken de ELP het intranet om te communiceren met huisartsen en tweedelijnspartners. Naar analogie met het CGG wordt beroep gedaan op het elektronisch patiëntendossier (EPD) om patiëntengegevens te registeren en te delen. Dit systeem wordt tevens gebruikt om het totaal aantal aanmeldingen bij te houden en het zorgtraject van de patiënt op te volgen en eventuele uitval te detecteren. De ELP geven echter aan dat het EPD te uitgebreid is voor eerstelijns werkers. Om afspraken in te plannen en snel enkele cruciale details betreffende de ingeplande patiënt door te geven wordt gebruik gemaakt van de online agenda.

#### 1.2.5 Inbedding

In Brussel organiseren de ELP consultaties in de huisartsenpraktijk. Dit werkt drempelverlagend omdat de huisartsenpraktijk voor veel patiënten een veilige en vertrouwde plek is. Bovendien werkt elke ELP in een huisartsenpraktijk die in dezelfde buurt ligt als het CGG waaraan ze verbonden zijn. Dit heeft als voordeel dat de ELP bij verwijzing naar het CGG hun patiënten kunnen meenemen naar de tweede lijn om daar verder te behandelen. De ELP geven overigens aan dat een inbedding in andere eerstelijnssettings (bv., daklozenorganisaties) waardevol kan zijn om kwetsbare doelgroepen te bereiken.

#### 1.2.6 Rol van de stuurgroep

De rol van de stuurgroep werd tijdens de interviews weinig of niet besproken. Wel werd er aangegeven dat er geen Franstalige partner in de stuurgroep zetelt – wat als een tekort ervaren wordt.

#### 1.2.7 Financiering

Naast de basisfinanciering van de Vlaamse overheid, maken ook de CGG van Brussel extra financiële middelen vrij. Deze middelen worden vooral gebruikt voor het organiseren van de interviewmomenten.

#### 1.2.8 Sterktes

De betrokkenen gaven aan dat het project in Brussel vooraf grondig werd voorbereid. Zo vond er vooraf een bevraging bij de huisartsen plaats om na te gaan of zij wilden participeren aan het project. Dit zorgde ervoor dat de huisartsen van meet af aan achter het project stonden. De 10 ELP werden allen gedetacheerd vanuit een Brussels CGG en konden aldus snel van start gaan. In tegenstelling tot de andere projecten waren er in Brussel geen sollicitatierondes nodig om de ELP aan te werven. Van in het

begin werd het ELP-aanbod in de regio bekend gemaakt wat de opstart bevorderde. Ook werd vooraf goed nagedacht over welke ELP het beste past in welke huisartsenpraktijk.

Dankzij de gezamenlijke intervisies werd het voor de huisartsen ook snel duidelijk welke patiënten wel en niet geschikt zijn om naar de ELP door te verwijzen.

### 1.2.9 Aandachtspunten

Een belangrijk aandachtspunt betreft de **grote diversiteit in culturen** binnen de Brusselse patiëntengroep. Patiënten van allochtone afkomst hebben het Nederlands niet als moedertaal en kunnen zich aldus minder goed uitdrukken. Wanneer de ELP hun problematiek bovendien vanuit een louter Westerse invalshoek benadert, kunnen patiënten afhaken. Dit alles vraagt om een cultuursensitieve aanpak. ELP die zelf van buitenlandse afkomst zijn, slagen er soms sneller in om een vertrouwensband met deze patiënten op te bouwen.

Daarnaast moeten de ELP qua houding passen binnen de **cultuur van de praktijk** waarin ze werken. Bijvoorbeeld binnen een wijkgezondheidscentrum heerst een heel andere sfeer dan in een huisartsengroepspraktijk. De sfeer is daar gemoedelijk en de professionelen hebben een hechte band met hun patiënten. Een ELP met een afstandelijke houding past minder goed binnen deze cultuur en werkt voor patiënten drempelverhogend.

De ELP geven ook aan dat de pilootprojecten vanuit de Vlaamse overheid weinig sturing en richtlijnen kregen. Vooral bij de opstart van de projecten was het voor veel ELP niet duidelijk hoeveel sessies de ELP nu het beste geeft en welke taken al dan niet tot het takenpakket van de ELP behoren.

Een vierde aandachtspunt heeft te maken met verschillen in vraag en aanbod. In sommige huisartsenpraktijken overstijgt de vraag het aanbod en is men verplicht om met wachtlijsten te werken. De ELP zouden graag met groepsessies starten om deze wachttijden op te vangen, echter in de praktijk blijft hiervoor weinig of geen tijd over. In andere huisartsenpraktijken is er veel minder vraag naar de ELP – soms is er zelfs een onderbenutting van de ELP. Deze huisartsenpraktijken zijn gelegen in minder kwetsbare buurten – de huisarts krijgt minder kansarme patiënten over de vloer en is aldus minder in de gelegenheid om door te verwijzen.

Verder werd het als een tekort ervaren dat de ELP zich enkel tot volwassenen mogen richten. De ELP krijgen geregeld de vraag om ook kinderen en jongeren te behandelen en sommige ELP zien het ook als hun plicht om hierop in te gaan.

Ook het feit dat patiënten in Brussel enkel via de huisarts naar de ELP worden doorgewezen, vormt een belangrijk aandachtspunt – niet iedereen beschikt immers over een vaste huisarts. Vaak hebben de meest kwetsbare doelgroepen geen vaste huisarts en krijgen aldus geen toegang tot de ELP.

De ELP ervaren soms moeilijkheden met het terugkoppelen van informatie naar de huisarts – sommige patiënten vragen immers expliciet om bepaalde zaken niet aan de huisarts door te vertellen.

We benadrukken nog dat de ELP in Brussel omwille van hun beperkte aanwezigheid in de huisartsenpraktijk niet in de mogelijkheid zijn om aan crisisinterventie te doen.

### 1.3 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject de Kempen

#### 1.3.1 Doelgroep

Project de Kempen richt zich op kwetsbare groepen die voldoen aan de volgende criteria: ouder dan 18 jaar, woonachtig te Mol, Balen of Dessel en onvoldoende kapitaalkrachtig om een privétherapeut te betalen. Deze criteria worden in de praktijk vrij strikt toegepast doordat de ELP niet rechtstreeks toegankelijk is voor patiënten. Er dient telkens een verwijzing te gebeuren door bijvoorbeeld de huisarts of het CAW. Patiënten met zeer ernstige problemen worden rechtstreeks naar de gespecialiseerde zorg verwezen; daarvoor zijn reeds afspraken gemaakt met de huisartsen, het CAW en het Netwerk GGZ.

In principe behandelt de ELP enkel volwassen patiënten. Echter, wanneer er occasioneel toch een jongere wordt aangemeld, voert de ELP eenmalig een gesprek om de aard van de problematiek in te schatten en de jongere vervolgens gepast door te verwijzen binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn.

De problematiek waarmee patiënten tot bij de ELP komen, is heterogeen van aard. Problemen die frequent voorkomen zijn: angstklachten, depressieve klachten, relationele problemen en gezinsproblematiek, werk- en studieproblemen, lichamelijke klachten en chronische pijn. Eetproblemen, slaapproblemen, agressieproblemen en verslavingsproblemen komen ook geregeld voor, maar zijn meestal niet de aanmeldingsklacht – het zijn klachten die eerder gepaard gaan met de hoofdklacht. Patiënten met posttraumatische stressklachten ziet de ELP nagenoeg nooit – deze patiënten worden rechtstreeks verwezen naar gespecialiseerde zorg vermits kortdurende begeleiding voor hen niet aangewezen is. Gemiddeld genomen doet de ELP een tiental consulten per week.

#### 1.3.2 Aanbod en samenwerking

Binnen project de Kempen is **de functie van de ELP opgesplitst**. De ELP werkt 2 dagen per week in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen en 3 dagen per week in het onthaalteam van het CAW de Kempen. Zij hebben diverse functies gaande van vraagverheldering, indicatiestelling, psychosociale diagnostiek, directe hulpverlening tot toeleiding naar het meest gepaste hulpverleningsaanbod.

Het **aanmeldingsteam** vormt de toegangspoort tot het ganse GGZ-aanbod voor volwassenen in de regio. Alle nieuwe hulpvragen worden aangemeld via één centraal telefoonnummer. De patiënt kan zichzelf niet aanmelden voor GGZ – dit kan enkel via een verwijzer. Het aanmeldingsteam doet de screening en triage van de hulpvraag van patiënten en zorgt voor verwijzing binnen of buiten het netwerk. Daarnaast kunnen verwijzers en andere zorgverstrekkers het aanmeldingsteam contacteren voor meer informatie, advies en coaching. Binnen het aanmeldingsteam verzorgt de ELP volgende taken: permanentie bij het aanmeldingsteam, deelname aan teamvergaderingen, opvolging van binnenkomende aanmeldingen, screening van patiënten, verwijzing van patiënten naar vervolgzorg en afronding van patiëntverslagen.

Binnen het **onthaalteam** van het CAW de Kempen doet de ELP hoofdzakelijk patiëntconsultaties. De taak van de ELP overlapt sterk met de taak van de andere teamleden – het onderscheid is niet altijd duidelijk. Het is wel een meerwaarde dat de ELP een psychologische achtergrond heeft. Wanneer zich in het CAW een patiënt met hoofdzakelijk psychische klachten aanmeldt, wordt deze verwezen naar en opgevolgd door de ELP. De patiëntconsulten die de ELP geeft, zijn kortdurend en generalistisch van aard. Kortdurend wil zeggen dat er maximaal 10 gesprekken worden gegeven. In de praktijk zijn er weinig patiënten die effectief 10 keer op consult komen. In zeer uitzonderlijke gevallen vinden er 10 of meerdere gesprekken plaats – dit gebeurt meestal in het kader van een overbruggingstraject tussen de

ELP en vervolgzorg. De meeste patiënten zijn geholpen met een 6 à 7 gesprekken en bij sommige patiënten volstaan zelfs 3 à 4 gesprekken. Generalistisch verwijst enerzijds naar het feit dat de problematiek en de doelgroep zeer uiteenlopend zijn van aard. Anderzijds verwijst deze term naar de verschillende methoden en stijlen die de ELP tijdens de patiëntbegeleiding hanteert. De ELP maakt vaak gebruik van relaxatietraining, cognitieve gedragstherapie, het KOP-model, systeemtherapie, schemagerichte therapie, psycho-educatie, etc. Van online tools maakt de ELP quasi nooit gebruik – de patiëntengroep beschikt dikwijls niet over een computer of heeft hiervoor voldoende computervaardigheden. De aanpak van de ELP wordt sterk bepaald door de noden en de wensen van de patiënt alsook door het buikgevoel en de ervaring van de ELP.

Binnen project de Kempen is de ELP niet rechtstreeks toegankelijk voor patiënten – er wordt geen informatie verspreid over de aanwezigheid van de ELP en patiënten kunnen zelf geen afspraak maken bij de ELP. Een consult bij de ELP vindt enkel plaats na verwijzing. Patiënten kunnen meestal een week of twee weken na verwijzing bij de ELP terecht – de wachttijd is dus vrij kort. De huisarts is een van de prioritaire verwijzers. In tegenstelling tot de andere pilootprojecten werken de betrokken huisartsen hier met een beslisboom of verwijsschema. Huisartsen doen de eerste triage en verwijzen patiënten met milde tot matige problematiek naar de ELP en patiënten met ernstige klachten naar het aanmeldingsteam. De ELP neemt vervolgens zelf contact op met de patiënt, bepaalt of een consult vereist is en plant (indien nodig) een afspraak met de patiënt in. Wanneer de problematiek te ernstig is voor kortdurende begeleiding, verwijst de ELP de patiënt door naar het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen. De meeste verwijzingen naar de ELP verlopen via deze weg en de ELP geven aan dat de huisartsen goed kunnen inschatten welke patiënten al dan niet geschikt zijn voor kortdurende behandeling bij de ELP. Het komt slechts zelden voor dat de ELP oordeelt dat een patiënt andere hulp nodig heeft en verwijst naar het aanmeldingsteam. Naast de huisarts, kunnen ook het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen en het onthaalteam van het CAW patiënten verwijzen. Occasioneel gebeurt een aanmelding op een andere manier, bv. via het OCMW of doordat een patiënt vraagt of een gerelateerde persoon ook een consult bij de ELP kan krijgen.

Een gouden regel betreffende de verwijzingen is dat enkel niet-kapitaalkrachtige patiënten naar de ELP worden verwezen. Patiënten die wel kapitaalkrchtig zijn, moeten naar privétherapeuten worden verwezen.

Bij de meeste patiëntbegeleidingen – ongeacht wie de verwijzer is – wordt de huisarts (mits toestemming van de patiënt) op de hoogte gesteld van de opstart van de begeleiding. Ook bij afronding van de begeleiding koppelt de ELP kort terug naar de huisarts over de verdere opvolging van de patiënt. Deze terugkoppeling is minimaal. Zo wordt er weinig ingegaan op de specifieke problematiek van de patiënt om het vertrouwen van de patiënt niet te schaden. Voor de meeste patiënten is deze terugkoppeling naar de huisarts geen probleem.

Binnen het aanmeldingsteam worden er ook crisisgesprekken aangeboden. Het is echter niet de taak van de ELP om crisisinterventies op te nemen. Enkel in heel uitzonderlijke gevallen – wanneer de ELP het meest aangewezen blijkt of wanneer de ELP op dat moment permanentie doet bij het aanmeldingsteam kan het zijn dat de ELP toch wordt ingeschakeld.

De ELP organiseert in principe geen vormingsmomenten voor huisartsen of andere zorgverstrekkers, maar kan wel gecontacteerd worden voor advies en overleg. Echter, het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen is in praktijk sneller bereikbaar voor advies dan de ELP. Dit wordt ook zo gecommuniceerd naar de huisartsen en andere professionelen. Bijgevolg krijgt de ELP zelden of nooit

adviesvragen van huisartsen. Ook naar gezondheidsvoorlichting is er weinig vraag. Wanneer patiënten toch iets in deze context vermelden, pikt de ELP hierop in en wordt zelfzorg gestimuleerd.

De ELP maakt slechts beperkt gebruik van diagnostische instrumenten. Bij aanmelding doet de ELP een uitvoerige intake om te achterhalen wat er bij de patiënt allemaal speelt. Soms wordt de BSI gebruikt, maar de ELP geeft aan dat de uitkomst van deze vragenlijst bij sommige patiënten niet overeenkomt met de werkelijkheid. Volgens de ELP is het beluisteren van de patiënt van groter belang dan het werken met schaalscores. Wel moet de ELP vanuit het CGG de GAF-score (i.e., Global Assessment of Functioning) registreren. Deze score is onderdeel van het DSM-systeem en geeft het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon weer in de vorm van een score tussen 0 en 100. Het is niet altijd eenvoudig om deze score op een eenduidige manier toe te kennen. Het zou zinvol zijn om bij aanmelding en na enkele behandelsessies een korte vragenlijst van de patiënt af te nemen zodat de ELP op een objectieve manier de vooruitgang van de patiënt kan monitoren.

Wat het preventieve luik betreft wordt het vroegtijdig en kortdurend behandelen van patiënten alsook het adviseren van andere hulpverleners gezien als een groot initiatief ter preventie van psychische klachten. Andere preventieve acties doet de ELP niet. Andere professionelen binnen de regio nemen deze preventieve taken op zich. Zo werkt er binnen het CGG een psychologe mee aan project OOG'enburg waarbij outreachende hulpverlening wordt aangeboden aan mensen die leven in armoede en kampen met neerslachtigheid, depressie en identiteitsproblemen. Daarnaast is er in het CAW een psychologe die de "goed-gevoel-stoel" groepsessies geeft aan maatschappelijk kwetsbare mensen in de regio. Deze sessies trachten de beschermende factoren te versterken en verhogen zo de weerbaarheid.

Vermits de ELP ingebed is in zowel een eerstelijnsorganisatie (CAW) als in het Netwerk GGZ kan hij beroep doen op de opgebouwde know-how met betrekking tot diverse psychosociale problemen (intrafamiliaal geweld, scheiding, schuldenlast, etc.) en patiënten gemakkelijk toeleiden naar de teams die hierin expertise hebben. De ELP kan zo beroep doen op de opgebouwde kwaliteitsnormen. Het CAW is tevens een sterke partner in het uitbouwen van netwerken. De ELP kan vlot signalen doorgeven die op het meta-niveau besproken worden.

### 1.3.3 Kenmerken ELP

Volgens project de Kempen dient de ELP over enkele belangrijke kenmerken te beschikken. Zo is het voor de ELP belangrijk om een aantal jaren ervaring te hebben en aldus vertrouwd te zijn met verschillende psychische problemen. Enkel in het bezit zijn van een diploma psychologie (zonder een bijkomende therapieopleiding en zonder praktijkervaring) volstaat niet om de functie van ELP goed te kunnen uitoefenen. Daarnaast moet de ELP kennis hebben van verschillende methoden om zo op maat van de patiënt te kunnen werken. Belangrijk ook is dat de ELP niet mag "therapeuten" – werken aan onverwerkte trauma's uit het verleden. De ELP moet zijn blik richten op het heden en concreet aan de slag gaan met de huidige problemen. Het is onmogelijk om kortdurende zorg te bieden indien deze voorwaarden niet voldaan zijn. Verder behandelt de ELP patiënten met verschillende achtergronden en moet deze aldus flexibel kunnen omgaan met de grote diversiteit aan doelgroepen. Zo moet de ELP zijn taalgebruik aanpassen bij de behandeling van kwetsbare doelgroepen en moet hij durven om bepaalde zaken rechtuit aan de patiënt te vragen. Bijvoorbeeld, wanneer de ELP een vermoeden van suïcidaliteit heeft, moet hij de patiënt hierover durven aanspreken. Dit is niet eenvoudig en vraagt enige ervaring. Qua persoonlijkheid is het belangrijk om een nuchtere kijk te hebben.

De ELP moet kennis hebben van de sociale kaart en ziet zichzelf als één van de schakels in de zorg. Samenwerken met huisartsen en andere hulpverleners is belangrijk. De ELP kan beroep doen op bestaande netwerken (afspraken tussen diverse organisaties).

### 1.3.4 Omkadering

Binnen project de Kempen kan de ELP aansluiten bij verschillende reeds bestaande intervisiegroepen. Zo worden er zowel vanuit het CAW als vanuit het aanmeldingsteam wekelijkse teamvergaderingen georganiseerd. Echter, omdat de ELP weinig tijd heeft, neemt hij alleen deel aan de teamvergaderingen van het aanmeldingsteam. Enkel indien relevant voor de ELP, woont hij ook de vergaderingen van het CAW bij.

Naast deze teamvergaderingen vinden er ook geregeld intervisies met het OCMW plaats in het kader van netwerkopbouw. Deze intervisies zijn vooral gericht op het ondersteunen van het OCMW – zij krijgen immers geregeld te maken met patiënten met psychische klachten en problemen. Daarnaast wordt er tijdens deze intervisies ook aandacht besteed aan het voorkomen van burn-out bij werknemers. Momenteel wordt hier vanuit de ELPF nog geen vergoeding voor gevraagd, maar men plant dit in de toekomst wel te doen.

Voor het bespreken van casussen kan de ELP terecht bij een van de psychologen werkzaam binnen het begeleidingsteam van het CAW in Mol. Daarnaast kan de ELP ook beroep doen op een afzonderlijke intervisiegroep die georganiseerd wordt vanuit de therapieopleiding die de ELP in het verleden volgde.

De ELP kan beroep doen op het vormingsaanbod van het CAW (indien relevant) en op de stafmedewerkers van het CAW om meer praktische zaken te bespreken (bv., zaken betreffende het beroepsgeheim, verontrustende situaties, communicatie, etc.). Om de zes weken vindt er in het CGG en het CAW een overleg plaats met het directieteam waarbij vooral beleidsmatige zaken worden besproken.

### 1.3.5 Inbedding

Op dit moment is de ELP ingebed in zowel het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen als in het onthaalteam van het CAW. Deze inbedding versterkt de verbinding tussen de eerste en de tweede lijn, bevordert het overleg tussen de verschillende zorgactoren in de regio, vereenvoudigt de verwijzing van patiënten en zorgt ervoor dat de ELP er niet alleen voor staat. Op deze manier wordt de werkkwaliteit van de ELP bewaakt en de continuïteit in de zorg gegarandeerd – wanneer de ELP niet aanwezig is door ziekte of verlof kan er beroep gedaan worden op het aanmeldingsteam of het onthaalteam om mogelijke vragen op te volgen. Een nadeel van deze werkformule is wel dat de ELP veel tijd spendeert aan overleg waardoor er minder tijd overblijft voor patiëntbegeleiding.

### 1.3.6 Stuurgroep

Project de Kempen en project Turnhout hebben dezelfde stuurgroep. Deze stuurgroep was in het laatste jaar niet meer actief; beide projecten werken momenteel vrij autonoom van elkaar.

### 1.3.7 Sterktes

Een van de grote sterktes van project de Kempen betreft de inbedding van de ELP in het onthaalteam van het CAW en het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen. Dit versterkt de link tussen de eerste en de tweede lijn, en zorgt voor een goed overzicht van de sociale kaart.



### 1.3.8 Aandachtspunten of toekomstmogelijkheden

Toch past de inbedding van de ELP binnen het aanmeldingsteam niet altijd binnen de eerstelijnsfilosofie. Het vraagt immers veel tijd van de ELP, en zorgt ervoor dat de ELP bepaalde zaken zoals de uitwerking van een groepsaanbod of een preventiewerking niet kan opnemen. Daarnaast is ook de inbedding van de ELP achter de toegangspoort tot de tweede lijn niet helemaal in lijn met het eerstelijnsgedachtegoed. Het zou beter zijn mocht de ELP ingebed worden in een bestaande eerstelijnsstructuur. Het zou ook drempelverlagend zijn als patiënten zelf een afspraak bij de ELP konden maken. Dit wordt nu niet gedaan uit angst voor overbevraging van de ELP.

Daarnaast is het duidelijk dat één ELP niet volstaat om de grote vraag naar patiëntbegeleiding te beantwoorden. Meerdere ELP zijn aldus vereist. Het is een optie om in de toekomst vrijgevestigde psychologen mee als ELP te laten werken. Echter, dan moet er wel een vorm van tegemoetkoming of terugbetaling uitgedacht worden evenals een gedegen kwaliteitsbewaking. Ook vanuit de huisartsen wordt benadrukt dat een bezoek aan een psycholoog terugbetaald moet worden, gezien de hoge kostprijs voor veel patiënten de hoofdeden is om een therapeutische behandeling niet op te starten.

Hoewel huisartsen de voornaamste verwijzer zijn, vindt er verder weinig samenwerking plaats tussen de ELP en de huisartsen. Huisartsen zijn echter vragende partij om meer beroep te kunnen doen op de ELP – dit voor coaching, vorming en overleg. Een van de betrokken huisartsen geeft aan dat hij nu meer overlegt met de psychologe die vast in dienst is in zijn groepspraktijk dan met de ELP. Het kan een optie zijn om de ELP meer in te bedden in een huisartsenpraktijk of om alleszins vaker overleg te plannen tussen de ELP en de betrokken huisartsen. Dit kan eventueel via de LOK-groepen. Huisartsen vinden het immers belangrijk dat ze samen met de psycholoog één team vormen en op dezelfde lijn zitten. Bij de verwijzing naar de ELP speelt de huisarts een belangrijke rol. Hij moet voor de patiënt drempelverlagend werken en deze proberen warm te maken om de stap naar psychologische ondersteuning te zetten. Soms vraagt het voor de huisarts meer dan één consult om de patiënt hiervoor te motiveren. Een goede samenwerking tussen de ELP en de huisarts en een grote bekendheid van de ELP bij de huisarts zijn noodzakelijk om huisartsen meer vertrouwd te maken met psychische klachten en de GGZ.

Project de Kempen heeft het gevoel dat de kansarme doelgroep momenteel onvoldoende bereikt wordt. Deze doelgroep stapt niet gauw naar de huisarts of de huisarts gaat uit van de veronderstelling dat deze doelgroep niet gemotiveerd kan worden. Bijgevolg wordt deze doelgroep minder frequent naar de ELP verwezen. Kwetsbare patiënten die zich bij de ELP aanmelden, volgen vaak slechts 2 à 3 behandelsessies. Nadien komen ze niet meer op consult.

Rekening houdend met het aantal huisartsen in regio en de vergrijzing van de huisartsen in de regio, is een snelle en laagdrempelige toeleiding naar de ELP noodzakelijk.

Wat de kostprijs betreft vinden de ELP het jammer dat ze enkel het 0 of 9 eurotarief mogen toepassen. Het 4 eurotarief is voor de meeste patiënten betaalbaar en leidt tegelijk tot meer inzet en therapietrouw dan de gratis consulten.

In de toekomst wil men graag een aanbod rond suïcidepreventie ontwikkelen: hoe je suïcidaliteit bij een patiënt kan herkennen en bespreekbaar maken. Hierover moet nog verder worden afgestemd met de suïcidepreventiewerking van het CGG.

Andere verbeterpunten zijn een verhoogde aandacht voor patiënten met chronische problemen. Het hebben van een chronische ziekte heeft immers een grote impact op het leven van mensen. Door deze patiëntengroep de nodige vaardigheden bij te brengen, kunnen zij ondanks hun medische toestand toch

een kwaliteitsvol leven leiden. Binnen de regio is de ondersteuning van chronisch zieken nog een blinde vlek. Het zou een taak voor de ELP kunnen zijn om zich toe te leggen op deze patiëntengroep. Op dit moment is er geen vertegenwoordiging van patiënten in de stuurgroep. Dit zou nochtans een grote meerwaarde zijn – patiënten weten immers het beste wat hun noden zijn.

#### **1.4 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject Maasmechelen**

##### **1.4.1 Doelgroep**

Binnen project Maasmechelen bestaat de doelgroep uit **volwassenen** – ouderen en kinderen worden niet door de ELP behandeld. Er wordt niet specifiek gefocust op kwetsbare doelgroepen, maar de ELP probeert deze wel zoveel mogelijk te betrekken. Kwetsbare groepen die frequent in behandeling komen, zijn enerzijds **eerste- en tweedegeneratie allochtonen** alsook **asielzoekers en vluchtelingen**. Allochtonen komen vaak met relationele en culturele problemen. Indien nodig maakt de ELP gebruik van een tolk. Voor de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen werkt de ELP meestal samen met het CGG en het CAW – zij hebben specifieke projecten voor deze doelgroep. Anderzijds kunnen ook **kansarmen** bij de ELP terecht. De ELP werkt samen met een organisatie voor kansarmen (SOMA) om hen op een laagdrempelige manier te bereiken.

Het project werd opgestart op initiatief van de huisartsen in de regio – de huisarts is dan ook de bevoorrechte partner van de ELP. Patiënten komen bijna uitsluitend via een verwijzing van de huisarts bij de ELP terecht. Huisartsen verwijzen patiënten door, wanneer ze het gevoel hebben dat er een psychische problematiek achter de somatische klachten schuilt. Klachten die veel aan bod komen zijn: omgaan met stress, angst, depressie, relatieproblematiek en hyperventilatie. Ook werkgerelateerde psychische problemen komen aan bod. Zwaardere en/of langdurige problemen zoals zelfdoding, verslaving, psychiatrische problemen en chronische ziekte komen niet terecht bij de ELP, maar worden meteen verwezen naar de tweede lijn.

##### **1.4.2 Aanbod en samenwerking**

Bij verwijzing, plant de huisarts onmiddellijk een afspraak in de online agenda van de ELP in – op die manier kan hij de patiënt meteen een datum en uur meegeven. Wanneer een andere aanmelder een patiënt wil verwijzen, moet dit via een huisarts verlopen – deze schrijft dan een verwijsbrief voor de ELP. De huisarts heeft op deze manier een bevoorrechte positie als aanmelder.

Binnen project Maasmechelen werd besloten om **maximum 5 behandelingsessies per patiënt** aan te bieden. De ervaring leert dat het mogelijk is om de begeleiding soms al na 2 à 3 sessies af te ronden. Er wordt geen “overbruggingshulp” aangeboden wanneer patiënten worden verwezen naar de tweede lijn en er daar een wachtperiode is.

Tijdens de behandelingsessies kijkt de ELP vooral in de **breedte** en niet in de diepte naar de aangemelde problematiek. Het is immers niet de bedoeling om het verleden van de patiënt te bestuderen. De problematiek wordt bij de aanmelding kort in kaart gebracht. Om oplossingsgericht te kunnen werken, wordt aan de patiënt gevraagd wat zijn precieze hulpvraag is en waar hij aan wil werken. Dit is noodzakelijk om het kortdurende aspect van de begeleiding te bewaken. De ELP maakt vaak gebruik van psycho-educatie en probeert vooral de **zelfredzaamheid van patiënten te bevorderen**. Er wordt ook

sterk benadrukt dat er opbouwend gewerkt wordt en niet “invalidierend” – zo worden patiënten bijvoorbeeld aangemoedigd om te blijven werken.

De ELP maakt gebruik van verschillende toegankelijke interventies. Het **KOP-model** wordt gebruikt om de problematiek te kaderen en patiënten meer inzicht te geven in de eigen problematiek. Dit model laat hen zien welke aspecten van het probleem ze zelf kunnen aanpakken. De ELP werkt ook met **begeleide zelfhulp** – de ELP raadt dan bepaalde boeken of websites aan waarmee de patiënt zelfstandig aan de slag kan (bv., boek over voluit leven of ontspanningsoefeningen). Begeleide zelfhulp wordt wel alleen gebruikt bij patiënten die hier interesse voor tonen. Wanneer ze vastzitten met het zelfhulpmateriaal kunnen ze de ELP per mail of telefoon bereiken voor verdere vragen. Als de ELP het gevoel heeft dat de problematiek ernstig is, doet hij een diagnostisch onderzoek en een **indicatiestelling**. Dit gebeurt eerder zelden. De ELP maakt dan gebruik van de SCID-I of SCID-II om de aard van de stoornis te bepalen. Vervolgens wordt er bekeken of het probleem kortdurend kan worden aangepakt of een verwijzing nodig is. Patiënten voor wie de stap naar vervolgzorg te groot is, probeert de ELP via **motiverende gespreksvoering** aan te moedigen.

De ELP houdt de huisarts goed op de hoogte over het zorgtraject van zijn patiënt. Bij de opstart en de afronding van de ELPF-begeleiding alsook bij verwijzing stuurt de ELP een verslag naar de huisarts. Het verslag wordt via Medimail doorgestuurd en komt zo rechtstreeks in het patiëntendossier terecht.

Voor patiënten is de ELP goed bereikbaar gezien deze op drie verschillende locaties consult geeft. De inbedding van de ELP in het eerstelijns huis en het medisch centrum wordt door de patiënten als laagdrempelig ervaren, omdat ze deze locaties niet met psychische hulp associëren. Het OCMW werkt voor sommige patiënten dan weer wel drempelverhogend. Daarnaast vergroot de lage kostprijs de toegankelijkheid. Ook het feit dat de verwijzing naar de ELP altijd via de huisarts verloopt, werkt drempelverlagend. Huisartsen kunnen patiënten motiveren om de stap naar de ELP te zetten door hen uit te leggen dat de begeleiding slechts kortdurende is en door het clichébeeld dat ze hebben van een psycholoogbezoek (op een sofa heel je kindertijd vertellen) te weerleggen. Het kortdurende aspect neemt bij veel mensen het taboe weg om naar de psycholoog te gaan. Mensen leren dat het oké is om naar een psycholoog te gaan wanneer ze zich even niet goed voelen – ze leren ook dat de ELP hen de nodige informatie en het nodige advies geeft om hun leven weer terug in handen te nemen. De ELP geven aan dat taal soms een drempel vormt. Sommige anderstaligen kunnen met behulp van een tolk door de ELP geholpen worden, maar dit loopt niet altijd even vlot.

De **wachttijd** voor een gesprek bij de ELP is **lang**. Het duurt gemiddeld langer dan een maand voor een patiënt bij de ELP terecht kan. Dit komt onder meer omdat er weinig alternatieven zijn in de regio op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. In Maasmechelen kunnen een 60 à 70-tal huisartsen naar de ELP verwijzen en ongeveer 60% van hen heeft dit ook al effectief gedaan.

Mede door deze lange wachttijd is het aantal **no shows** toegenomen. Wanneer iemand een kwartier na afspraak niet op het consult aanwezig is, belt de ELP deze persoon op en probeert te achterhalen wat de reden is. Daarnaast wordt ook de huisarts op de hoogte gebracht, zodat hij dit ter sprake kan brengen wanneer de patiënt een volgende keer op consult komt. Momenteel wordt er geen vergoeding gevraagd voor een no show gezien de ELP de tijd niet heeft om het nodige papierwerk in orde te brengen.

Elke werkdag is er in de agenda van de ELP een **crisisplek** beschikbaar. Deze plek wordt gebruikt indien de huisarts oordeelt dat een patiënt binnen 48 uur een afspraak bij de ELP nodig heeft. Dergelijke interventies komen redelijk vaak voor – bij ongeveer 10% van de consulten gaat het om een

crisisinterventie. Ernstige crisissituaties waarbij onmiddellijke verwijzing naar de correcte hulpvoorziening aangewezen is, verwijst de ELP door naar de crisisplaatsen van het CGG.

Op het vlak van **vroegdetectie**, **vroeginterventie** en **preventie** wordt er samengewerkt met andere initiatieven in de regio. Zo zit de ELP mee aan de tafel bij het welzijnsoverleg van de gemeente en werkt mee aan de opstart van nieuwe geestelijke gezondheidsinitiatieven zoals cursussen mindfulness, yoga, de gezondheidswandeling, de bekendmaking van fit in je hoofd, etc. De ELP gaf ook reeds voordrachten aan huisartsen over erectiestoornissen en aan Similes over het omgaan met depressie in de thuissituatie. De ELP wil graag meer van dergelijke initiatieven organiseren, maar heeft hier momenteel niet de tijd voor.

De ELP probeert met diverse partners samen te werken en hen te ondersteunen. Zo werd met het CGG en het CAD (i.e., Centrum voor Alcohol en Andere Drugproblemen) de afspraak gemaakt dat patiënten die bij de ELP al op intake gingen, na verwijzing geen nieuw intakegesprek hoeven te doen. Het CGG en het CAD maken gebruik van het intakeformulier van de ELP zodat de begeleiding direct kan starten. De ELP neemt ook deel aan het wekelijkse teamoverleg van het CGG, en heeft intervisiemomenten samen met een aantal jonge psychologen van het CGG in Genk. Eén keer per maand overlegt de ELP met De Oude Burelen (i.e., een opvangcentrum van het CAW) en het OCMW van Dilsen-Stokkem – de ELP denkt dan mee na over de behandeling van bepaalde casussen en bekijkt of een verwijzing naar haar noodzakelijk is. Ook met SOMA (i.e., een organisatie voor kansarmen) werkt de ELP samen. Ze gaat een keer per maand lunchen in het huis van SOMA – bezoekers kunnen dan “een babbeltje” met de ELP doen.

De ELP zorgt ervoor dat de partners haar persoonlijk kennen – ze stelt zichzelf via een persoonlijk gesprek of een telefoontje voor. Hoewel de ELP al de nodige basis gelegd heeft voor een goede samenwerking, kan de doorstroming van patiënten naar partners toch nog versterkt worden. Zo is er bijvoorbeeld nog geen opvolging wanneer er een verwijzing van de ELP naar het CGG plaats vindt – huisartsen en de ELP worden niet geïnformeerd over hoe de begeleiding daar verloopt. De ELP is ook niet ingebed in Artikel 107 en valt hierdoor enigszins buiten de bestaande initiatieven. In de toekomst wil men ook de samenwerking met de zelfstandige psychologen versterken. De ELP probeert de vrijgevestigde psychologen in kaart te brengen en te leren kennen, om zo beter zicht te krijgen op hun expertise, manier van werken en kostprijs.

### 1.4.3 Kenmerken ELP

Een belangrijk kenmerk waarover de ELP moet beschikken, is de aard en de ernst van de problematiek van patiënten snel kunnen in schatten, zonder in de diepte te exploreren. Omwille van het kortdurende karakter van de begeleiding, wordt er vooral gefocust op de krachten en de sterktes van patiënten om de hulpvraag aan te pakken.

Het is belangrijk dat je als ELP de nodige praktijkervaring hebt. Het is immers geen eenvoudig werk. Er is nog geen referentiekader waarop de ELP zich kan baseren en er zijn geen collega's of leidinggevenden die de ELP ondersteunt. De ELP moet aldus veel zelf beslissen en staat er voor de meeste zaken alleen voor. Daarnaast krijgt de ELP veel verschillende patiënten over de vloer – zij moet telkens weer de juiste insteek vinden om hen verder te helpen. Zij kan niet bij iedereen hetzelfde stramien volgen, maar moet de behandeling afstemmen op de noden van de patiënt. Als ELP is het bovendien belangrijk dat je goed kan **netwerken** – overleggen met partners en zicht krijgen op de sociale kaart. Van de ELP wordt verwacht dat zij het nodige initiatief neemt. Dit vraagt veel tijd en vereist goede communicatieve

vaardigheden. Kortom, de ELP moet over de nodige competenties en ervaring beschikken zoniet loopt hij het risico op burn-out.

De ELP van Maasmechelen heeft geen **therapieopleiding** gevolgd, en ziet dit ook niet als een noodzaak. Een therapieopleiding kan er net voor zorgen dat je als ELP te diep wil graven – het kortdurende en generalistische aspect van de ELPF komt zo in het gedrang.

#### 1.4.4 Omkadering

Binnen het project heeft de ELP weinig structurele omkadering – de ELP is met andere woorden de voornaamste trekker van het project. De ELP organiseert en bereidt de stuurgroep voor, geeft consulten, staat in voor de administratie en verzorgt de terugkoppeling van informatie naar de huisartsen. De werkdruk van de ELP ligt hoog en er blijft veel werk liggen.

Het inplannen van de afspraken gebeurt door de huisarts aan de hand van een elektronische agenda – de huisarts geeft bij elke afspraak ook kort aan wat de hulpvraag is. Verslaggeving naar de huisarts gebeurt via Medimail – de informatie komt zo rechtstreeks in het medisch dossier van de patiënt terecht. Binnen project Maasmechelen werken de ELP en de huisarts met hetzelfde elektronische patiëntendossier (Medidoc). Deze keuze werd gemaakt om de samenwerking te versoepelen en de ELP een handige tool te geven om gegevens te registreren. Het systeem is echter ontwikkeld voor medische beroepen en het is moeilijk om als psycholoog de nodige gegevens in te voeren en op te vragen. Om die reden werkt de ELP in de praktijk vooral met papieren dossiers.

#### 1.4.5 Inbedding

De ELP werkt solo en is niet ingebed binnen een bepaalde dienst. Wel werkt de ELP op drie verschillende **locaties** in drie gemeenten: in het medisch centrum van Maasmechelen, in het OCMW van Dilsen en in het eerstelijns huis in Lanaken. In Maasmechelen werd er bewust voor gekozen om de ELP niet in te bedden binnen een huisartsenpraktijk – dit om oneerlijke concurrentie en spanning tussen de huisartsen onderling te vermijden.

#### 1.4.6 Rol van de stuurgroep

Tijdens de stuurgroep wordt er vooral naar de organisatorische en financiële aspecten van het project gekeken. Daarnaast wordt er ook aandacht besteed aan de problemen die de ELP in de praktijk ervaart en probeert men hiervoor oplossingen te vinden.

In het begin heerste er een groot enthousiasme in de stuurgroep, maar een jaar na datum komen stuurgroepleden geregeld niet opdagen voor vergaderingen en worden gemaakte afspraken niet altijd nagekomen. Zo beloofden bepaalde partners om de ELP te ondersteunen bij het opstellen van het jaarverslag en de boekhouding. Ook vanuit Noolim (Netwerk GGZ Oost-Limburg) werd er aanvankelijk veel beloofd. In de praktijk komt hier echter weinig of niets van in huis. Dit leidt tot spanningen en zorgt ervoor dat alle taken op de schouders van de ELP terecht komen.

Momenteel wordt er gezocht naar extra administratieve ondersteuning voor de ELP en onderzoekt men de mogelijkheid om een privépsychologe in te schakelen om zo de werkdruk van de ELP te verminderen. Er wordt vooral gezocht naar bijkomende financiële middelen om het verschil in kostprijs (privétarief minus ELP-tarief) bij te passen.

#### 1.4.7 Sterktes

In Maasmechelen is het ELPF-project sterk gericht op huisartsen – zij zijn de bevoorrechte verwijzer. De ELP investeerde bij aanvang veel tijd in de bekendmaking van het project bij de huisartsen. Ze is de werking persoonlijk gaan voorstellen bij de verschillende huisartsenkringen.

De huisartsen zijn zeer enthousiast over het project. De ELP voorziet in een **kwaliteitsvol aanbod** en zorgt zo voor een **betere eerstelijnszorg**. Meer dan de helft van de patiënten die bij de huisarts op consult komt, vertoont psychosomatische klachten. Voorheen wisten huisartsen vaak niet hoe ze hiermee moesten omgaan. Mensen werden dikwijls naar huis gestuurd met bijvoorbeeld een pilletje of een vaag advies. Nu kunnen huisartsen hun patiënten naar de ELP verwijzen en/of krijgen ze van de ELP de nodige ondersteuning om de psychische klachten deels zelf te behandelen.

Het project is **laagdrempelig** en bereikt diverse populaties in de regio, waaronder ook kwetsbare groepen zoals asielzoekers en kansarmen.

Patiënten **zijn zeer tevreden** over het kortdurende karakter van de begeleiding. Er wordt gefocust op de eigen krachten, op wat patiënten zelf kunnen doen zonder al teveel in te gaan op het verleden. Patiënten merken snel vooruitgang – ze zien dat ze bepaalde zaken in hun leven kunnen verbeteren, zonder compleet te moeten veranderen.

#### 1.4.8 Aandachtspunten

De **hoge werkdruk** is het belangrijkste aandachtspunt binnen dit project. Momenteel wordt er gezocht naar oplossingen om de werkdruk te reduceren, zonet is het niet mogelijk voor de ELP om het werk verder te zetten. De onderstaande punten hangen hier sterk mee samen.

In principe stuurt de ELP na afronding van een begeleiding een kort **verslag** naar de huisarts. Echter, door de hoge werkdruk van de ELP gebeurt dit niet tijdig. Een mogelijke oplossing voor het registreren van patiëntengegevens is werken met een elektronisch patiëntendossier op maat van de ELP. Een systeem dat compatibel is met het medisch patiëntendossier van de huisartsen, zou de verslaggeving bovendien ten goede komen. Dergelijk systeem zou ook gebruikt kunnen worden om de patiëntbegeleidingen voor te bereiden en om jaarlijks geaggregeerde gegevens over de patiënten heen te verzamelen (bv., voor het jaarverslag).

In de toekomst wil men graag **groepsessies** organiseren rond burn-out, omgaan met stress, rouw, etc. Op deze manier kan de ELP in één keer een grotere doelgroep bereiken en kunnen wachttijden mogelijks ingeperkt worden.

Het is ook wenselijk om in de toekomst **meer te werken met diagnostische instrumenten**. Op dit moment worden deze zelden gebruikt doordat de ELP hier weinig mee vertrouwd is en te weinig tijd heeft om zich hierin bij te scholen.

Een belangrijk aandachtspunt is de solopositie van de ELP binnen dit project. Het zou beter zijn mocht de ELP **meer structurele omkadering** hebben. Het is een optie om de ELPF op termijn in te bedden in een bestaande structuur zoals een huisartsenkring, een CGG, een provinciale groep, een SEL of LISTEL. Op deze manier heeft de ELP de nodige basisvoorzieningen ter beschikking zoals een eigen bureau, administratieve ondersteuning, collega's om gedachten mee uit te wisselen, sociale contacten, etc. Op dit moment werkt de ELP altijd alleen – het gebeurt soms dat ze een hele dag buiten de patiënten niemand ziet. Een inbedding van de ELP in een huisartsenpraktijk kan de samenwerking tussen de ELP en de huisarts versterken (meer uitwisseling, meer mogelijkheden om elkaars competenties te leren

kennen) en kan voor patiënten extra drempelverlagend werken. Daarnaast is het ook noodzakelijk dat de ELPF een positie kan innemen in de bestaande eerstelijnszorg in de regio, namelijk binnen het Noolim-project.

Als men er voor kiest om de ELPF als vast eerstelijnsaanbod in de regio uit te bouwen, is het absoluut noodzakelijk om een **groter aantal ELP in te schakelen**. De ELP heeft nu ruimte om een drietal dagen per week patiëntconsultaties aan te bieden. Dit volstaat niet om de patiënten komende van 60 à 70 huisartsen te begeleiden. Op dit moment is de ELP als een boompje in de woestijn – het is goed omdat er weinig alternatieven zijn, maar het aanbod is ontoereikend. De ELP wordt overspoeld met hulpvragen. Een goed voorstel zou zijn om per huisartsenpraktijk (bestaande uit een 4 à 5-tal huisartsen) één dag per week een ELP ter beschikking te stellen. Veel GGZ-initiatieven worden nu gecentraliseerd aangeboden – dit zorgt voor een grote drempel in landelijke regio's waar het openbaar vervoersaanbod minder sterk is uitgebouwd.

## 1.5 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject het Pajottenland

### 1.5.1 Kenmerken project

In het project zijn 2 halftijdse ELP werkzaam die elk op 2 locaties in het Pajottenland actief zijn. Er werd bewust gekozen om 2 halftijdse ELP aan te stellen in plaats van 1 voltijdse ELP, zodat er overleg tussen hen beiden mogelijk is. Het project maakte een valse start, doordat één van de 2 aangeworven ELP geen 5 jaar ervaring had als psychotherapeut. Het Agentschap gaf pas laattijdig te kennen dat deze persoon niet als ELP betrokken kon worden. Er moest op zoek gegaan worden naar een nieuwe ELP, waardoor de opstart van het project een flinke vertraging opliep.

In de hele regio Halle-Vilvoorde is het GGZ-aanbod zeer beperkt. Binnen deze regio zijn de mogelijkheden op het vlak van psychische hulpverlening vooral in het Pajottenland ontoereikend. Bovendien zijn de omringende gemeenten Halle en Asse, waar zich de meeste GGZ-voorzieningen bevinden, met het openbaar vervoer vanuit het Pajottenland slecht bereikbaar. Als antwoord op deze situatie werd het Pajottenland geselecteerd als regio voor het ELPF-project.

Het ELPF-project tracht psychische hulpverlening toegankelijk te maken voor inwoners van het Pajottenland die kampen met psychische problemen maar nooit eerder de stap zetten naar de GGZ. Financiële beperkingen en een grote terughoudendheid ten aanzien van psychische hulpverlening zijn voor hen belangrijke drempels. Om in te spelen op deze drempels werd gekozen voor een ELP dicht bij de huisarts.

### 1.5.2 De doelgroep van de ELP

De personen die verwezen worden naar de ELP hebben niet-complexe psychische klachten die passen binnen het kader van een kortdurende, generalistische en laagdrempelige psychische hulpverlening zoals depressie, angst, eetstoornissen, slaapstoornissen, relatieproblemen, levensfaseproblemen, opvoedingsproblemen, werkproblemen, psychosomatische klachten, slaapproblemen, stressklachten en burn-out. Mensen met een chronische, complexe psychiatrische of sociale problematiek behoren niet tot de doelgroep van de ELP en worden indien mogelijk door de huisarts rechtstreeks verwezen naar het CGG of het CAW.

Wat de doelgroep betreft wordt er rekening gehouden met de eigenheid van elke hulpvraag. Mensen met eetproblemen, verslavingsproblemen en depressie kunnen afhankelijk van de ernst van hun problemen al dan niet bij de ELP terecht. Wanneer de drempel voor een verwijzing naar de tweede lijn te hoog is, wordt er door de huisarts in eerste instantie beroep gedaan op de ELP. Zo kan de psychische hulpverlening laagdrempelig opgestart worden en een verwijzen naar meer gespecialiseerde hulp voorbereid worden. Het is ook de bedoeling dat de huisarts bij de verwijzing rekening houdt met de financiële draagkracht van patiënten. Patiënten met voldoende draagkracht worden verwezen naar een privétherapeut in plaats van naar de ELP.

In het Pajottenland behandelen de ELP geen kinderen onder de zes jaar. Iedereen tussen 6 en 100 jaar is in principe welkom. In de praktijk behandelen de ELP kinderen vanaf 12 jaar. Ouderen behoren tot de doelgroep, maar maakten tot nu toe weinig gebruik van het aanbod. Vorig jaar waren er slechts 5 aanmeldingen van 65-plussers. 80-plussers worden vooral verwezen naar de mobiele teams van het CGG omdat deze teams aan huis komen. Deze groep verdient in het Pajottenland bijzondere aandacht. Het landelijk karakter van de regio brengt immers een aanzienlijk risico op vereenzaming bij ouderen met zich mee. In de toekomst wil project Pajottenland meer inzetten op de vroegdetectie van depressie binnen deze doelgroep door huisartsen hiervoor de nodige ondersteuning te bieden.

### 1.5.3 Aanbod

De ELP biedt kortdurende psychische hulpverlening aan personen met niet-complexe psychische problemen. Het maximum aantal behandelsessies werd door de stuurgroep vastgelegd op 10 sessies. In de praktijk geeft de ELP meestal 5 à 10 consulten.

Verwijzing naar meer gespecialiseerde zorg verloopt soms moeizaam. De opgebouwde vertrouwensband met de ELP, de perceptie bij de patiënten dat 10 sessies voor hen volstaat, en de aanwezige drempels op de tweede lijn spelen hier allen een rol.

Het aanbod van de ELP wordt zo **laagdrempelig** mogelijk gehouden. De prijs bedraagt 9 EUR per gesprek en in uitzonderlijke situaties worden consultaties gratis aangeboden. De consultruimtes van de ELP bevinden zich op neutrale locaties (OCMW, bij de gemeente, etc.) dicht bij de woonplaats van de patiënt en zijn vlot bereikbaar. Dankzij de neutrale locatie wordt een ELP bezoek niet geassocieerd met psychische hulpverlening (wat belangrijk is voor sommige patiënten) noch gelinkt aan één huisarts of één praktijk in het bijzonder (wat belangrijk is voor sommige huisartsen).

In het Pajottenland hebben de ELP momenteel geen **wachlijst** – patiënten kunnen tussen de 2 à 4 weken na verwijzing bij de ELP terecht. De bestaande wachtlijsten bij het CGG zijn echter wel een probleem in de regio en brengen het risico met zich mee dat ook de ELP in de toekomst met wachtlijsten zal moeten werken wat niet de bedoeling is.

Bij **crisisituaties** kan de begeleiding binnen de zeven dagen opgestart worden. Meer urgente situaties worden verwezen naar de PAAZ. De ELP stellen echter vast dat mensen in crisis geregeld niet komen opdagen voor deze afspraken. Daarnaast heeft het woord “crisis” voor de ELP en de huisartsen vaak een andere betekenis – ze hebben ook andere verwachtingen ten aanzien van “crisisinterventie”. Overleg hierover is zeker aangewezen.

Zowel de ELP als de huisartsen zien **vroegdetectie** als een taak van de huisarts. De aanwezigheid van de ELP stimuleert huisartsen om psychische problemen snel te detecteren en patiënten tijdig door te verwijzen naar de ELP voor vroeginterventie. Een andere belangrijke taak van de huisarts is de patiënt motiveren om de stap naar de ELP te zetten. Daarnaast kunnen huisartsen in sommige situaties zelf aan



vroeginterventie doen. De ELP zetten sterk in op het sensibiliseren van huisartsen door op regelmatige basis informatiesessies te geven en permanent te investeren in de samenwerking met de huisartsen.

Wat het **groepsaanbod** betreft, organiseerden de ELP vanuit de SEL recent een infoavond rond slaapproblemen. Daarnaast wordt er in samenwerking met het CGG en het CAW de cursus “anders leren denken” georganiseerd waarbij er gefocust wordt op het leren omgaan met piekergedachten. De ervaring leert echter dat een ruime bekendmaking cruciaal is bij de organisatie van groepsessies voor patiënten. Dit vraagt een grotere tijdsinvestering, waar de ELP nu onvoldoende ruimte voor hebben. Ondersteuning van het OCMW of de SEL en samenwerking met andere GGZ-voorzieningen zijn daarom noodzakelijk.

#### 1.5.4 Stuurgroep en netwerking

Toen de projectoproep werd gelanceerd, werden alle leden van SEL Zenneland – inclusief de huisartsenkringen – uitgenodigd om samen na te denken over de uitwerking van een projectvoorstel voor de regio Halle-Vilvoorde. Alle partners ondersteunen de projectaanvraag en staan achter de keuze voor een ELPF binnen de regio Pajottenland dicht bij de huisarts. Ook voor de bijsturing van het project worden de lokale partners zoveel mogelijk betrokken.

Om de 2 weken is er een **teamvergadering** met de 2 ELP en de 2 projecthouders waarbij vooral casussen worden besproken. Daarnaast is er een **werkgroep** die bestaat uit de ELP, de projecthouders en andere GGZ-partners zoals de huisartsenkring, het CAW en het CGG. Tijdens deze werkgroep wordt er actief overlegd over de concrete uitwerking van het project. Eén keer per trimester komt de **stuurgroep** samen. De stuurgroep wordt gezien als een bestuursraad die bekrachtigt of bijstuurt wat er in de werkgroep werd beslist. De ELP nemen zelf geen deel aan deze stuurgroep – wel de projecthouders, andere eerstelijnsorganisaties, zoals het Wit-Gele Kruis, de thuisorganisaties, en de tweede- en derdelijnsorganisaties.

De huisartsen spelen een actieve rol in het project. Van bij de opstart werden de huisartsen mee betrokken en ook de 2 projecthouders zijn huisartsen. Daarnaast is de vertegenwoordiger van de huisartsenkring lid van de stuurgroep en nemen de vertegenwoordigers van de lokale huisartsenkringen deel aan de werkgroep.

Het ELPF-project leidde in het begin bij de **privétherapeuten** tot grote bezorgdheid. Sommigen kregen immers geen verwijzingen meer van huisartsen. Het is voor hen ook moeilijk om met de ELP te concurreren, gezien de ELP aan een democratischer tarief werkt. Structurele factoren zoals de erkenning van privétherapeuten en het ontbreken van een terugbetalingssysteem spelen hier mee. Tot nog toe werden de privétherapeuten niet bij de overlegmomenten betrokken. Ze hebben geen lokale vereniging, waardoor overleg met hen als groep niet evident is. De SEL heeft recent wel initiatief genomen om jaarlijks een ronde tafel te organiseren voor privétherapeuten uit de regio.

In de praktijk werken de ELP met diverse actoren samen – met het **CGG**, **privétherapeuten**, het **CAW**, het **CLB** en de **studiebegeleidingsdiensten** van het hoger onderwijs. De samenwerking met het CGG verliep in het eerste werkjaar stroef. Patiënten met ernstige problemen en met een beperkte financiële draagkracht werden door de ELP verwezen naar het **CGG**, maar kwamen daar op een wachtlijst terecht. Tijdens deze wachtperiode werden patiënten vaak opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Er werden ook geen verwijs- en doorstromingsafspraken met het CGG gemaakt – patiënten die door de ELP werden verwezen moesten in het CGG opnieuw een intakegesprek doen.

Patiënten met voldoende financiële draagkracht worden door de ELP naar **privétherapeuten** verwezen. Tot nu toe zijn privétherapeuten voor de ELP echter grote onbekenden. Met het oog op een gerichte verwijzing, zou een ontmoeting zeker zinvol zijn. Nu verwijzen de ELP door op basis van de therapieachtergrond en de specialisatie van privétherapeuten – deze informatie kan via de beroepsvereniging geraadpleegd worden. Meestal ontvangt de ELP nadien geen feedback over de verwijzing. In een recent herwerkte verwijsbrief vraagt de ELP nu uitdrukkelijk om op de hoogte te worden gehouden. Het effect hiervan wordt afgewacht.

Met het **CAW** heeft de ELP wel afspraken betreffende een versnelde doorstroming van patiënten. Bij verwijzing, wordt er een vergadering tussen de ELP en het CAW belegd om de nodige informatie betreffende de intake bij de ELP door te geven. Dit vraagt een grote tijdsinvestering van de ELP, maar komt wel tegemoet aan de wens van de patiënt om niet opnieuw eenzelfde intakegesprek te moeten voeren.

De ELP verwijst studenten met studieproblemen, pestproblemen, en andere schoolgerelateerde klachten door naar het **CLB**. Studenten uit het hoger onderwijs worden verwezen naar een **studentenbegeleidingsdienst** van een hoge school of universiteit.

De ELP heeft ook contact met zorgverstrekkers die betrokken zijn bij andere GGZ-projecten in de regio, zoals het project psychiatrische thuiszorg, de therapeutische projecten en de initiatieven die in het kader van Artikel 107 plaatsvinden.

#### 1.5.5 Samenwerking met de huisarts

Van in het begin was duidelijk dat de ELP nauw moest samenwerken met de huisarts. De huisarts is de centrale figuur in de eerste lijn en is het best geplaatst om de noden op het vlak van GGZ aan te voelen. Een van de essentiële kenmerken van het project is dat een aanmelding bij de ELP altijd via de huisarts moet verlopen.

In het eerste jaar van het project werd bijzondere aandacht besteed aan informatie-uitwisseling en overleg tussen de ELP en de huisartsen om tot een goede afstemming over de doelgroep van de ELP te komen. Bij aanvang van het project meldden de huisartsen vaak personen met een chronische problematiek aan – dit werd in de loop van het eerste jaar door praktijkgerichte informatiesessies en feedback op concrete verwijzingen bijgesteld. Naar de toekomst toe wordt nagedacht over een screeningsinstrument aan de hand waarvan de huisarts gerichter kan verwijzen.

Om zoveel mogelijk huisartsen op de hoogte te brengen van het bestaan van de ELP in de regio, nam de ELP in het eerste werkjaar deel aan verschillende LOK-vergaderingen om de ELP-werking voor te stellen en nieuwe verwijzers aan te trekken. Deze vergaderingen zijn voor huisartsen leerrijk – ze leren dat er naast medicatie nog andere manieren bestaan om psychische klachten aan te pakken. In de toekomst wil de ELP één keer per jaar deelnemen aan een LOK-vergadering om aan huisartsen vorming te geven over bepaalde problemen.

Huisartsen kunnen ook beroep doen op de ELP voor advies en overleg. Zo kunnen huisartsen een overleg met de ELP aanvragen om samen na te denken over een goede verwijzing voor een bepaalde patiënt. In de praktijk wordt er weinig gebruik gemaakt van deze “dispatch functie” van de ELP.

De wijze waarop huisartsen verwijzen, informatie delen en met de ELP samen werken kent grote individuele verschillen. Sommige huisartsen verwachten dat de ELP het psychisch probleem volledig overneemt. Andere huisartsen hechten belang aan overleg en een gezamenlijke opvolging. Een kleine

minderheid van de huisartsen schoolt zich bij om de begeleiding van patiënten met psychische problemen zelf te kunnen opnemen. De ELP houden rekening met de voorkeur van de huisarts en investeren indien gevraagd in overleg, terugkoppeling en verslaggeving. De meeste huisartsen ervaren deze terugkoppeling als zeer positief. Huisartsen zijn zo op de hoogte van het behandeltraject en het welzijn van hun patiënt en krijgen beter zicht op de rol en de aanpak van de ELP. Zowel de ELP als de huisartsen zijn tevreden over de samenwerking in het eerste jaar en zien mogelijkheden om deze verder te optimaliseren.

#### 1.5.6 Interventies

De ELP maken in hun praktijk gebruik van **signaleringsinstrumenten**, zowel met het oog op detectie en diagnostiek als om de bespreekbaarheid van bepaalde thema's in de begeleiding te ondersteunen. Zo maken de ELP regelmatig gebruik van de Beck Depression Inventory (BDI), de 4 dimensionale klachtenlijst (4DKL), de Symptom Check List (SCL90) en de Outcome Questionnaire (OQ). Aangezien de verwerking veel tijd vraagt, is er nood aan meer gebruiksvriendelijke instrumenten, liefst elektronisch en met automatische output.

De ELP maakt indien mogelijk gebruik van **begeleide zelfhulp en psycho-educatie** – patiënten krijgen lectuur mee naar huis die aansluit bij hun problematiek (de meeste mensen gaan hier op in) en leren om relaxatieoefeningen te doen.

Gezien de korte duur van de therapie, is het belangrijk dat de ELP de patiënt snel handvaten kan aanreiken en dus **oplossingsgericht** werkt. De ELP vinden het KOP-model zeer geschikt om analyserend en structurerend met de patiënt te werken. Het model biedt mogelijkheden om op een andere manier naar de situatie te kijken en reikt zo oplossingen aan waarmee de patiënt in de praktijk aan de slag kan. Patiënten worden zo geactiveerd en de verantwoordelijkheid wordt terug bij hen gelegd. Gesprekstherapie is niet geschikt voor de eerste lijn.

**Motiverende gespreksvoering** is een belangrijk onderdeel van alle begeleidingen. Aan de patiënt wordt duidelijk gemaakt dat hij een probleem heeft en dat hij zijn situatie kan veranderen.

**Gezondheidsvoorlichting** ziet de ELP eerder als het domein van de huisarts. Patiënten krijgen dan ook het advies om vragen op dit vlak met de huisarts te bespreken. Ook voor vragen rond medicatie worden patiënten steeds verwezen naar de huisarts of de psychiater.

**Online interventies** worden weinig gebruikt omdat patiënten hier vaak geen voorstander van zijn.

#### 1.5.7 Structurele omkadering

In het Pajottenland is de ELP niet verbonden aan een bepaalde organisatie of praktijk. Dit heeft als voordeel dat de ELP onafhankelijk kan werken. Het nadeel is echter dat de ELP weinig contact heeft met andere hulpverleners en alle administratieve ondersteuning zelf moet opnemen. Naast patiëntbegeleiding nemen de ELP dus ook het telefonisch onthaal, de administratie, de logistiek, het beheer van de agenda en de planning voor hun rekening. Dit vereist de nodige flexibiliteit en organisatorische vaardigheden.

#### 1.5.8 Competenties van de ELP

Om de functie goed te kunnen vervullen, moet de ELP over een aantal algemene competenties beschikken. Een brede kennis en veel ervaring zijn onmisbaar gezien de ELP heel uiteenlopende hulpvragen behandelt die elk om een andere aanpak vragen. Bij een eerste contact is het belangrijk dat

de ELP onthaldend is en met een open blik naar de problematiek kijkt. Mensen haken immers snel af wanneer de ELP te snel een oordeel velt. Daarnaast moet de ELP ook een goede kennis hebben van de sociale kaart.

Vorming op maat van de ELP – kortdurend en praktijkgericht – wordt door de ELP ervaren als een belangrijke meerwaarde. Gezien het generalistische karakter van de ELPF, mogen de kennis en de vorming van de ELP zich niet beperken tot bepaalde therapievormen. Het feit dat er voor de ELP momenteel geen intervisie voorzien is, wordt als een leemte ervaren. Er is nood aan intervisie met ervaren psychologen uit andere projecten en voorzieningen. De ELP hebben zelf niet de tijd en de ruimte om dit te organiseren en zien hierin een rol voor de overheid.

Hoewel informatie-uitwisseling en overleg tussen de ELP en de huisarts van groot belang zijn, is hier in de praktijk weinig tijd voor. Zowel de ELP als de huisarts zijn moeilijk te bereiken omdat ze vaak consultatie geven. Informatie-uitwisseling gebeurt vaak telefonisch onder grote tijdsdruk. De ELP ervaart bovendien de druk om ook buiten de werkuren telefonisch bereikbaar te zijn. Naar de toekomst toe, moet verder worden nagedacht over de inzet van moderne communicatiemiddelen en over de tijd die gespendeerd wordt aan overleg.

### 1.5.9 Sterktes van het project

Van in het begin werd goed nagedacht over een haalbare formule voor de ELPF, rekening houdend met het beperkte GGZ-aanbod in de regio. Er werd daarom gekozen om met een beperkte toegangspoort tot de ELP te werken. Daarnaast werd er in samenspraak met de huisartsen veel aandacht besteed aan de afbakening van de doelgroep om zo wachtlijsten bij de ELP te vermijden.

Een andere sterkte van het project is de grote betrokkenheid van alle GGZ-partners in de regio (zowel eerste, tweede als derde lijn) en de steun die uitgaat van de huisartsen en de huisartsenkring. Dankzij deze sterke samenwerking werden de nieuwe ELP snel aanvaard en ingeburgerd waardoor de uitbouw van een kwaliteitsvolle psychische hulpverlening volgens het model van getrapte zorg in het Pajottenland gerealiseerd werd. Het project wordt gekenmerkt door een procesmatige aanpak met veel momenten voor overleg, feedback, informatie-uitwisseling, bijsturing en kennisdeling.

Huisartsen ervaren de ELP als een belangrijke toegevoegde waarde. Dankzij de ELP is er op de eerste lijn een expert aanwezig op het vlak van psychische hulpverlening – een domein waarmee veel huisartsen nog steeds weinig vertrouwd zijn. Met de komst van de ELP beschikt de huisarts tevens over een alternatieve niet-medicamenteuze behandeling voor psychische klachten. De aanwezigheid van de ELP werkt bovendien drempelverlagend voor zowel huisartsen als voor patiënten. Vooral de snelle verwijzing met afwezigheid van wachtlijsten zijn een grote sterkte. De huisartsen ervaren de terugkoppeling van informatie over hun patiënt als zeer positief. Bij verwijzing naar andere GGZ-voorzieningen of privétherapeuten gebeurt dergelijke verslaggeving over de patiënt minder frequent.

### 1.5.10 Verbeterpunten

De samenwerking tussen de huisarts en de ELP is een vrij nieuw gegeven – het vraagt dan ook tijd om dit ten volle uit te bouwen. In de toekomst is er nog meer afstemming tussen beide partijen nodig op het gebied van taakverdeling, informatie-uitwisseling, overleg en het nemen van gezamenlijke beslissingen. In het kader van deze samenwerking dringt zich ook de vraag met betrekking tot het gedeelde beroepsgeheim op – hierover bestaan voorlopig geen officiële afspraken.

Andere aandachtspunten voor de toekomst zijn: de samenwerking met het CAW, het CGG en de privétherapeuten, de vroegtijdige detectie van depressie bij chronisch zieke ouderen en crisisinterventie. De ELP en de huisartsen hebben een ander begrip van het woord “crisis” en aldus andere verwachtingen ten aanzien van crisisinterventie. Meer overleg en afstemming hierover is aangewezen om een effectief aanbod op het vlak van crisisinterventie te kunnen uit bouwen.

Daarnaast is er nood aan gebruiksvriendelijke screeningsinstrumenten, moderne communicatiemiddelen en administratieve ondersteuning.

De geïnterviewden formuleerden nog enkele aandachtspunten voor de Vlaamse overheid:

- De ELPF moet goed worden afgestemd op het werk van privétherapeuten.
- Er is nood aan terugbetaling van privétherapeuten voor patiënten die door de ELP worden verwezen.
- De impact van de ELPF moet grondig onderzocht worden (bv., de impact op het voorschrijfgedrag van huisartsen bij psychische klachten).
- Er is nood aan kwaliteitsbewaking van het zorgaanbod van de ELP.
- Er is nood aan meer structurele omkadering en intervisie voor de ELP.

## 1.6 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject Poperinge

### 1.6.1 Doelgroep

In Poperinge kan in principe iedereen die nood heeft aan psychische hulp beroep doen op de ELP – er zijn dus **geen specifieke in- of exclusiecriteria**. Er zijn wel enkele **specifieke doelgroepen** waaraan men extra aandacht besteedt:

- **Ouders (en hun kinderen):** deze kunnen nu nergens in de regio terecht. Het ELPF-project wil voorkomen dat psychische problemen bij ouders een negatieve impact hebben op de opvoeding en de ontwikkeling van hun kinderen.
- **Landbouwers:** het is welbekend dat er binnen de regio veel landbouwers zijn die kampen met psychische problemen. In samenwerking met andere organisaties zoals Boeren op een Kruispunt wordt hier extra op ingezet. Alle boeren kregen overigens een brief in de bus met meer informatie over de GGZ-diensten in de regio en hoe ze hier beroep op kunnen doen.
- **OCMW-cliënteel:** deze cliënten hebben vaak allerlei problemen van psychische aard. De maatschappelijk werkers van het OCMW zijn echter niet altijd geschoold om hier gepast mee om te gaan.
- **Kwetsbare groepen** voor wie de GGZ anders niet bereikbaar is.

De ELP behandelt in principe **geen kinderen** – in de praktijk echter ziet de ELP **jongeren** vanaf 16 jaar, omdat huisartsen hier een grote nood uiten.

De meest voorkomende klachten waarmee patiënten tot bij de ELP komen zijn: depressie, stress en relationele problemen. Andere problemen die aan bod komen zijn slaapproblemen en studieproblemen zoals faalangst. Occasioneel zijn er ook patiënten met een eetstoornis, geheugenproblemen of fantoompijnen.

### 1.6.2 Aanbod en samenwerking

Binnen dit project werkt de ELP zowel in Poperinge als in Diksmuide, telkens **in het sociaal huis** van beide gemeenten. Deze twee regio's werden gekozen omwille van het beperkte lokale GGZ-aanbod.

Iedereen die nood heeft aan een gesprek, kan bij de ELP terecht. Het is echter niet zo dat patiënten zelf zomaar bij de ELP kunnen binnen lopen. Patiënten kunnen enkel na verwijzing van de huisarts of een andere dienst (bv., de VDAB of de sociale dienst) bij de ELP terecht. Wanneer een verwijzer een gesprek bij de ELP zinvol acht, bespreekt hij dat met de patiënt en legt meteen daarna een afspraak in de online agenda van de ELP vast. Deze agenda bevat een aantal tijdsblokken specifiek voor patiëntbegeleiding en is toegankelijk voor alle verwijzers. Per week spendeert de ELP ongeveer 25 à 30 uur aan patiëntconsulten.

Voor de opstart van de patiëntbegeleiding, neemt de ELP contact op met de verwijzer om beter zicht te krijgen op de aard van het probleem. Indien de verwijzing niet via de huisarts verliep, brengt de ELP de huisarts op de hoogte van de opstart van de begeleiding (uiteraard na toestemming van de patiënt). Na afronding van de begeleiding stelt de ELP een verslag op en koppelt dit terug naar de huisarts. Wanneer een niet-medische of niet-psychologische dienst (bv., VDAB) de patiënt aanmeldt, wordt enkel informatie die relevant is voor de voorziening teruggekoppeld. Zo wordt de VDAB bv. op de hoogte gebracht over het feit dat de patiënt omwille van zijn problematiek tijdelijk niet kan werken of nood heeft aan loopbaanbegeleiding. Andere informatie wordt beschouwd als privé en valt onder het beroepsgeheim.

Tijdens de consulten werkt de ELP **cliëntgericht**: de behandelmethode wordt gekozen in functie van de aard van de problematiek. Bij elke patiëntbegeleiding gaat de ELP van start met het opmaken van een probleemsamenhang en probeert de patiënt aan de hand van psycho-educatie meer inzicht te geven in de eigen problematiek. De ELP maakt vaak gebruik van **“Fit in je Hoofd”** (een online zelfhulpprogramma met nuttige tips over hoe je problemen aan te pakken) en de **balkmetafoor** (een website waarop mensen hun draagkracht, kwetsbaarheden en stressoren visueel in kaart kunnen brengen om zo op zoek te gaan naar een gezond evenwicht). Daarnaast gebruikt de ELP het KOP-model als kapstok. De ELP gebruikt dit model eveneens voor de terugkoppeling van informatie naar huisartsen omdat het duidelijk en eenvoudig is. De ELP doet ook aan motivationele gespreksvoering – vooral om patiënten te motiveren voor een verwijzing naar vervolgzorg en bij de behandeling van alcohol- en drugsproblemen. Tijdens elke patiëntbegeleiding besteedt de ELP ook aandacht aan gezondheidsvoorlichting en polst ondermeer naar de slaap- en voedingsgewoonten van de patiënt. Online interventies worden voorlopig nog niet gebruikt, gezien de ELP hier weinig ervaring mee heeft.

Binnen het project wordt er gekozen om per patiënt 5 tot 10 behandelsessies aan te bieden. De ervaring leert echter dat **2 à 3 sessies meestal voldoende** zijn om mensen te oriënteren of door te verwijzen. Soms zijn er meer sessies nodig – bijvoorbeeld bij relationele problemen, impulsproblemen, autisme, etc. Er zijn ook patiënten die een jaar na de begeleiding terugkomen voor een eenmalig gesprek en daarmee terug verder kunnen.

Patiënten die in begeleiding zijn (geweest), mogen de ELP nadien altijd **mailen** voor een korte vraag of een snelle feedback. Bv. patiënten beschrijven in een mail een situatie waarin ze terecht kwamen en hoe ze hiermee omgingen om vervolgens met de ELP af te toetsen of deze reactie goed was. De ELP kan eventueel alternatieve strategieën/tips mee geven over hoe de patiënt in de toekomst op dergelijke situaties kan reageren. De ELP beantwoordt deze mails op een rustig moment.

Wanneer de ELP de patiënt verwijst naar een andere dienst, biedt zij de nodige ondersteuning – ze belt eventueel om een afspraak te maken en neemt nadien contact op met de patiënt om te vragen hoe de verwijzing verliep.

In de beginperiode van het project kwam de **ELP ook aan huis** – dit was vooral bedoeld voor mensen die weinig mobiel waren. Helaas is dit nu niet meer haalbaar omwille van de tijdsdruk.

In project Poperinge wordt de patiëntbegeleiding zo laagdrempelig mogelijk aangeboden. Zo werkt de ELP in het sociaal huis, waar meerdere diensten gestationeerd zijn. Deze diensten kunnen overigens patiënten verwijzen naar de ELP. Ze bespreken deze mogelijkheid met hun patiënt, leggen meteen een afspraak vast en kunnen de consultatieruimte van de ELP zelfs laten zien wat drempelverlagend werkt. Naast de consultruimte van de ELP hangt ook nergens een bordje “psycholoog”. Het valt dus niet op dat patiënten op consult gaan bij een psycholoog. Een andere belangrijke factor die de drempel verlaagt, is het feit dat het eerste gesprek steeds gratis is. Dit overtuigt veel mensen om toch een keer langs te gaan en het aanbod van de ELP te beluisteren. De patiënt heeft op deze manier niets te verliezen – enkel een uurtje van zijn tijd. Ook het feit dat de begeleiding kortdurend van aard is, verlaagt voor veel patiënten de drempel. En last but not least: de ELP geeft consult op een centrale locatie die goed bereikbaar is. Poperinge is geen centrumstad en heeft een beperkte basismobiliteit – slechts weinig diensten zijn dichtbij.

In Poperinge zijn de **wachttijden kort**, de meeste patiënten kunnen binnen de week op consult komen. Dit wordt ook gezien als een succesfactor en is een van de redenen waarom huisartsen graag naar de ELP verwijzen.

De ELP doet in principe geen **crisisinterventies**. Wanneer de ELP een crisis vaststelt, zet zij de sessies onmiddellijk stop en zorgt in overleg met de huisarts voor een gepaste verwijzing. De ELP wordt wel ingeschakeld bij rampen in de regio om de betrokkenen de nodige psychologische bijstand te geven. Dit is in de praktijk nog niet voorgevallen.

Wat het luik **vroegdetectie en vroeginterventie** betreft geeft de ELP tijdens de week van de geestelijke gezondheid vormingen. Daarnaast dragen ook de patiëntbegeleidingen en de ondersteuning die de ELP aan de huisartsen geeft bij tot het vroegtijdig herkennen en behandelen van psychische problemen.

De ELP werkt samen met verschillende partners zoals de huisartsen, de VDAB, het CAW, het CGG, het psychiatrisch ziekenhuis, de SEL, het CLB, de welzijnsconsulenten, de acute en mobiele teams, het Huis van de Mens, de privétherapeuten (waar mogelijk), Boeren op een Kruispunt en het OCMW. Bij aanvang van het project is de ELP zich op de LOK-groepen van de huisartsenkringen gaan voorstellen – ze stelde de werkwijze van de ELP voor en gaf duidelijke richtlijnen betreffende de verwijzing van patiënten. Om het GGZ-aanbod in de regio overzichtelijk te houden, proberen alle partners zoveel mogelijk binnen één **netwerk** te functioneren. Continue afstemming tussen de verschillende diensten is noodzakelijk om gericht te kunnen werken. In het begin was er bijvoorbeeld veel onduidelijkheid over het aanbod van de ELP en dat van het OCMW en het CAW. Naarmate het project vorderde, ontstond er afstemming over de specifieke doelgroep van iedere voorziening – overlap wordt nu zoveel mogelijk vermeden en het is voor alle partners duidelijk welke patiënten waar terecht kunnen. Met het CAW werd ook afgesproken dat patiënten die door de ELP worden verwezen niet meer langs het onthaal hoeven te passeren.

### 1.6.3 Profiel ELP

Het is belangrijk dat de ELP minstens 5 jaar ervaring heeft – dit helpt bij de kortdurende begeleiding van uiteenlopende psychische problemen. Een therapieopleiding is volgens de ELP geen noodzaak. De ELP

van Poperinge volgde zelf geen therapieopleiding en ziet hierin zelfs een aantal voordelen. Het laat je immers toe om meer **vraag gestuurd** te werken – je beluistert de klacht van de patiënt en kiest vervolgens in functie daarvan een behandelmethode. Met een therapieopleiding ben je mogelijk geneigd om de problematiek van de patiënt in de diepte uit te pluizen en om telkens terug te vallen op één bepaalde behandelmethode ongeacht de aard van de klacht. Dit bemoeilijkt volgens de ELP het kortdurend werken. Als ELP is het belangrijk om problemen snel te herkennen en om vervolgens een efficiënte behandeling voor te stellen.

Daarnaast moet de ELP over een aantal specifieke kwaliteiten beschikken. Zo moet de ELP **ondernemend** zijn en goed kunnen **inplannen, organiseren en netwerken**. De ELP moet immers zelf alle beslissingen nemen met betrekking tot de patiëntbegeleiding en de nodige contacten leggen met partners en verwijzers. Om een snelle en gerichte verwijzing mogelijk te maken, is een goede kennis van de sociale kaart in de omgeving noodzakelijk. Het is belangrijk dat de ELP voor al deze taken voldoende tijd uitrekt. Qua persoonlijkheid moet de ELP empathisch zijn – je moet mensen hun verhaal laten doen en meelevend met hun problemen. Tot slot is het belangrijk dat de ELP ook zichzelf voldoende verzorgt. De ELP werkt meestal solo en de werkdruk ligt hoog. Het is daarom belangrijk dat je als ELP voldoende je grenzen bewaakt.

### 1.6.4 Omkadering

Ter ondersteuning neemt de ELP van Poperinge deel aan verscheidene intervisies, overlegmomenten en vormingen. Zo is er in eerste instantie een **ondersteuningsgroep** die speciaal voor de ELP werd opgericht. Deze groep komt ongeveer vier keer per jaar samen en bespreekt casussen van de ELP. Topics die ook aan bod komen zijn zelfzorg en vormingsnoden. Ten tweede, vindt er om de 1 à 2 maanden een **intervisie plaats met andere ELP en een psychiater** (deze andere ELP zijn geen onderdeel van het pilootproject). Deze vergaderingen gaan meestal 's avonds door en zijn voor de ELP moeilijk combineerbaar met het gezinsleven. In samenspraak met het psychiatrisch ziekenhuis kan de ELP de **interne vormingen** voor medewerkers mee volgen indien relevant.

Naast deze ondersteunende initiatieven, verleent de ELP ook advies aan anderen. Elke twee weken neemt de ELP deel aan het **adviserend ondersteunend team van het psychiatrisch ziekenhuis (PZ)**. Tijdens deze teamvergaderingen worden alle aanmeldingen van het PZ besproken. De ELP denkt hier mee na over een passende hulpverlening. Daarnaast organiseren het OCMW van Poperinge en het OCMW van Diksmuide één keer per jaar een intervisiemoment om patiënten te bespreken bij wie men een psychische problematiek vermoedt. Maatschappelijke werkers zijn vaak niet voldoende geschoold om hiermee om te gaan. De ELP geeft tijdens deze intervisies meer informatie over bepaalde psychische problemen en de nodige hulpverlening.

Op dit moment kan de ELP geen beroep doen op secretariaatsondersteuning. De administratie en verslaggeving neemt de ELP zelf op. De ELP geeft aan dat het niet eenvoudig is al deze taken bij te houden. Om patiëntverslagen naar de huisartsen op te sturen, gebruikt de ELP het programma Medimail. De doorgestuurde verslagen komen zo rechtstreeks in het medisch dossier van de patiënt terecht wat huisartsen als een grote meerwaarde ervaren. Het inplannen van gesprekken gebeurt door de verwijzers via de online agenda – ze kunnen zo zelf afspraken inboeken zonder de ELP te storen.

### 1.6.5 Inbedding

De ELP is zowel in Diksmuide als in Poperinge gevestigd in het sociaal huis. Ze is daar echter niet ingebed in het team, maar werkt er solo als ELP.



### 1.6.6 Stuurgroep

De stuurgroep bestaat uit CAW de Papaver, CGG Largo, het psychiatrisch ziekenhuis Heilig Hart, het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Centraal West-Vlaanderen, het Netwerkcomité GGZ, de SEL Midden-West Vlaanderen, OCMW Poperinge en Huisartsenkring Westhoek.

### 1.6.7 Sterktes

Binnen het ELPF-project heerst er een **sterke samenhang tussen de betrokken partners**. De huisartsen vinden de ELP gemakkelijk bereikbaar en geven aan dat ze sterk betrokken worden bij het project. Bij de opstart hadden de huisartsen mee inspraak in de aanwerving van de ELP en de ELP gingen bij de verschillende huisartsenkringen de ELPF-werking voorstellen. Ook de maatschappelijk werkers van het sociaal huis, de sociale dienst en de VDAB zijn zeer enthousiast over de samenwerking met de ELP. De ELP is toegankelijk voor zowel patiënten als hulpverleners. Je kunt eenvoudig naar haar verwijzen maar ook snel even bij haar binnen lopen voor advies. Deze positieve samenwerking is mede te danken aan de aangename persoonlijkheid van de ELP – ze is empathisch, netwerkgericht en extravert. De aanwezigheid van de ELP wordt door de partners als een meerwaarde beschouwd. Voorheen kregen patiënten met psychische klachten een lijst met adressen en telefoonnummers van GGZ-voorzieningen mee naar huis – nu kunnen partners de patiënt naar huis sturen met een afspraak bij de ELP. Dit maakt alles veel concreter voor patiënten.

Ook de **patiënten zijn zeer tevreden** over de ELP. Dit bleek uit de patiëntenbevraging en wordt ook bevestigd door de verwijzers – zij horen achteraf vaak van hun patiënten dat de begeleiding bij de ELP hen deugd deed. Patiënten die op consult komen bij de ELP, zijn overigens sneller geneigd om meer gespecialiseerde hulp te zoeken.

Het **laagdrempelig** karakter van de ELP is meer dan geslaagd. De ELP is centraal gevestigd, een snelle verwijzing is mogelijk en een eerste gesprek wordt gratis aangeboden.

### 1.6.8 Aandachtspunten

Zowel de **registratie** als de **verslaggeving** zijn belangrijke werkpunten. Door tijdsnood slaagt de ELP er momenteel niet in om dit allemaal tijdig in orde te krijgen. Een goed patiëntenverslag maken neemt al gauw een half uur tijd in beslag. Om deze achterstand in te lopen, werkt de ELP tijdelijk een aantal maanden voltijds in plaats van vier vijfde. Het zou waardevol zijn om de verslaggeving en de registratie in de toekomst aan een elektronisch patiëntendossier te koppelen. Nu maakt de ELP gebruik van Excel en Word om de nodige gegevens in te voeren wat minder efficiënt is.

Daarnaast heeft de ELP nood aan meer gerichte vormingen – momenteel zijn er **weinig vormingen** die relevant zijn voor het eerstelijnswork.

Zoals eerder al gezegd, ligt de **werkdruk hoog** – er worden wekelijks soms wel 30 behandelsessies ingepland. Voor de ELP is het overigens niet duidelijk wat de **verwachtingen** van de overheid zijn inzake **case load**. Duidelijke richtlijnen hierover zijn meer dan welkom. Om de regio Poperinge, Diskmuide en de omliggende gemeenten ten volle te kunnen bedienen, zijn er eigenlijk 2 ELP nodig. Op deze manier kan ook de **uitval** van patiënten doorheen het zorgtraject – het aantal drop-outs en de reden hiervoor – in **kaart worden gebracht**.

De **samenwerking met privétherapeuten** verloopt momenteel minder goed. De ELP heeft momenteel weinig zicht op de aanwezige privétherapeuten in de regio en hun specialisatie. Een belangrijk werkpunt voor de ELP is dan ook een overzicht maken van het bestaande aanbod in het privélandschap.

In Roeselaere werd er onlangs voor huisartsen een **tool** rond omgaan met depressie ontwikkeld en verspreid. Het is de bedoeling om deze tool ook in Poperinge en Diksmuide te implementeren en om daarnaast in samenwerking met de huisartsen van Roeselaere nieuwe tools rond omgaan met stress, slaaphygiëne, psycho-educatie en zelfhulp te ontwikkelen. Huisartsen zijn tevens vragende partij voor meer coaching over psychische problemen.

Project Poperinge zou in de toekomst graag van start willen gaan met een **groepsaanbod** – bijvoorbeeld een assertiviteitstraining of groepssessies rond slaapproblemen. Er kunnen zo meerdere mensen tegelijk bereikt worden en mogelijk heeft de groepsdynamiek een positieve invloed op het herstel van de patiënten.

Qua **huisvesting** zou het zinvol zijn om de ELP niet op één plaats te centraliseren, maar om de ELP-consultaties op meerdere plaatsen te organiseren en dan vooral op plaatsen waar er weinig geestelijke gezondheidsvoorzieningen zijn.

## **1.7 Synthese van de interviews met de projecthouders, ELP en de huisartsen in pilootproject Turnhout**

### **1.7.1 Doelgroep**

Project Turnhout richt zich vooral tot minder kapitaalkrachtigen voor wie privéhulp financieel niet haalbaar is (bv., mensen die werkloos of in opleiding zijn). In het eerste werkjaar lukte het minder goed om deze doelgroep te bereiken, maar dit begint nu geleidelijk aan te beteren.

Aan de huisartsen wordt duidelijk gemaakt welke problematiek wel en niet bij de ELP thuis hoort. Het is belangrijk dat de huisarts de eerste filtering van patiënten doet. Ook mensen bij wie de huisarts een psychische problematiek vermoedt maar die geen concrete hulpvraag hebben, kunnen bij de ELP terecht.

De ELP ziet vooral patiënten met milde psychische problemen: milde en matige angst- en depressieve klachten, spanning, stress, burn-out, relationele en interactieproblemen, werk- en studiegerelateerde problemen, opvoedingsvragen, problemen met het zelfbeeld of zelfvertrouwen, en aanpassingsproblemen. Er werd onderling afgesproken om ernstige crisissituaties niet meer door de ELP te laten opnemen gezien deze cases veel overleg en tijd vragen. In de plaats moet de huisarts in geval van crisis samenwerken met het aanmeldingsteam.

Daarnaast behoren niet alleen de patiënten maar ook de huisartsen tot de doelgroep van de ELP. De ELP van Turnhout ondersteunt de huisartsen en reikt hen het nodige advise aan zodat ze patiënten met lichte psychische problematiek zelf kunnen behandelen.

### **1.7.2 Aanbod en samenwerking**

De ELP van Turnhout vervullen twee rollen. Twee dagen per week draaien ze mee in functie 1 van het Netwerk GGZ Kempen. De ELP werken dan in het aanmeldingsteam van het netwerk dat de toegangspoort vormt tot de meer gespecialiseerde zorg. Binnen het aanmeldingsteam is het de taak van de ELP (1) om te bepalen naar welke zorgvoorziening een patiënt het best wordt verwezen en (2) om

huisartsen te coachen. De ELP trachten de expertise van huisartsen te vergroten en reiken hen de nodige handvaten aan, zodat ze patiënten met psychische problemen zelf kunnen helpen. De overige drie dagen geven de ELP patiëntbegeleidingen in het preventiecentrum.

De meeste patiënten worden **door de huisarts bij de ELP aangemeld** – huisartsen kunnen telefonisch of online een afspraak bij de ELP inplannen. Gezien de ELP van Turnhout twee rollen vervullen, is het belangrijk dat huisartsen goed weten dat ze patiënten met een milde tot matige problematiek best verwijzen naar de ELP voor een patiëntbegeleiding en patiënten met een ernstige problematiek naar het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen. Daarnaast zijn patiënten ook zelf in de mogelijkheid om een afspraak te maken. Verder is er een folder over de ELPF-werking beschikbaar die huisartsen aan hun patiënten kunnen meegeven.

In het begin belde de ELP naar elke nieuwe patiënt om meer uitleg te geven over de werking en om kennis te nemen van de aard van de problematiek. Dit wordt nu niet meer gedaan wegens tijdsgebrek.

Patiënten kunnen normaal gezien **binnen de 2 dagen of binnen de week** bij de ELP terecht. Heel soms wanneer er minder ruimte is voor consulten (bv. als de ELP een vorming volgt) loopt de wachttijd langer op. Wanneer er nood is aan een snelle interventie en de wachttijd bij de ELP te lang is, worden patiënten meteen verwezen naar het aanmeldingsteam.

Elke patiënt die zich aanmeldt voor een gesprek, moet vooraf in de wachtruimte een vragenlijst invullen. De resultaten van de patiënt worden door de ELP bekeken vooraleer het intakegesprek plaatsvindt. Dit gesprek duurt ongeveer anderhalf uur – alle levensdomeinen van de patiënt worden overlopen om de hulpvraag van de patiënt te verhelderen en de ELP stelt op basis hiervan een aanmeldingsverslag op. De meeste patiënten komen slechts **één of twee maal** op gesprek. Het is de voornaamste taak van de ELP om patiënten gericht door te verwijzen naar een gepaste hulpvoorziening. Minder kapitaalkrachtigen kunnen rekenen op iets meer behandelingsessies bij de ELP, gezien de drempel naar privéhulpverlening voor hen te groot is.

Tijdens de **consulten** maakt de ELP regelmatig gebruik van **vragenlijsten**. Vroeger werd vaak beroep gedaan op de Outcome Questionnaire (OQ-45) om de cut off te bepalen tussen eerstelijns- en tweedelijnsproblematiek. Nu gebruikt de ELP veeleer de Brief Symptom Inventory (BSI) omdat deze vragenlijst meer concrete informatie geeft over verschillende klachten. Andere vragenlijsten die de ELP soms gebruikt zijn de Beck Depression Inventory (BDI), de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en een angstvragenlijst. In de toekomst wil de ELP ook meer gebruik maken van de zelftest inzake middelengebruik – dit vooral om het thema meer bespreekbaar te maken. Daarnaast maakt de ELP vaak gebruik van het **KOP-model** om te bepalen aan welke problemen de patiënt prioritair wenst te werken. Het model wordt tijdens het intakegesprek samen met de patiënt opgesteld en eventueel bij het tweede gesprek verder uitgediept. De ELP van Turnhout zet ook veel in op **begeleide zelfhulp**. De ELP kijkt samen met de patiënt nuttige websites, folders en informatie waarmee de patiënt zelfstandig aan de slag kan. De ELP doet ook aan **psycho-educatie** door zinvolle theorieën en modellen (bv., de vicieuze cirkel van angst, het stressmodel, het kwetsbaarheidsmodel, de veranderingscirkel, etc.) aan de patiënt uit te leggen. **Oplossingsgerichte interventies** past de ELP enkel toe om copingvaardigheden te versterken en niet zozeer om problemen op te lossen – dit komt vooral omdat de ELP zeer kortdurende werkt. **Motiverende gespreksvoering** wordt gebruikt om patiënten aan te moedigen tot een verwijzing. De ELP doet ook aan gezondheidsvoorlichting, leren zorg dragen voor jezelf, slaaphygiëne, middelengebruik, etc.

Wanneer een patiënt wordt verwezen naar een andere partner binnen het Netwerk GGZ, overleggen de ELP eerst met het aanmeldingsteam. Doordat de ELP onderdeel zijn van het Netwerk GGZ hebben ze een goed contact met de andere klinische partners, waardoor een snelle verwijzing mogelijk is. Bij verwijzing naar privé hulpverlening geeft de ELP een drietal psychotherapeuten door, zodat de patiënt zelf kan kiezen bij wie hij op gesprek gaat. Aan de patiënt wordt altijd gevraagd om de ELP te laten weten hoe de vervolgzorg verliep. De ELP drukt patiënten ook op het hart dat ze altijd mogen terugkomen als ze niet tevreden zijn over de vervolgzorg of wanneer zich later een nieuw probleem voordoet. Zowel de huisartsen als de ELP zijn vragende partij naar meer terugkoppeling van informatie wanneer patiënten worden verwezen. Op dit moment wordt er door de klinische partners geen informatie doorgegeven. De ELP en de huisarts weten meestal niet of hun patiënt al dan niet in de hulpvoorziening terecht kon, tenzij de patiënt zelf iets laat weten.

De ELP zelf koppelt wel informatie terug naar de huisarts van de patiënt. Via Medibridge wordt een kort verslag naar de huisarts verzonden. Daartoe werd een gestandaardiseerde tool ontwikkeld door de IT-ingenieur van het centrum.

De ELP van Turnhout organiseert consultatie in het preventiecentrum – deze ruimtes worden in het weekend gebruikt als huisartsenwachtpost en worden aldus als zeer laagdrempelig ervaren. De meeste mensen zijn er al een keer geweest en kennen de locatie ook. De drempel wordt verder verlaagd doordat de huisartsen patiënten goed informeren over het aanbod van de ELP en door de lage kostprijs.

Patiënten weten ook dat het traject bij de ELP kortdurend is – meestal 1 à 2 en maximaal 5 gesprekken – wat een vrijblijvender karakter heeft dan een lang traject met onduidelijk verloop. Om de drempel nog verder te verlagen wordt overwogen om in de toekomstige folders een foto van de ELP te zetten, zodat mensen vooraf een gezicht op de ELP kunnen plakken.

Sinds het mogelijk is om online een afspraak bij de ELP te maken, zijn “no shows” meer voorkomend. Wanneer een patiënt niet komt opdagen voor een consult, belt de ELP deze op om te vragen naar de achterliggende reden en wordt de huisarts op de hoogte gebracht. Op dit moment worden de “no shows” geregistreerd om te achterhalen of “het niet komen opdagen” samenhangt met hoe (telefonisch of online) en door wie (de huisarts of de patiënt zelf) de afspraak gemaakt werd.

In project Turnhout is de huisarts de voornaamste verwijzer. Aanvankelijk verwezen uitsluitend huisartsen uit Turnhout hun patiënten door, maar ondertussen doen ook steeds meer huisartsen buiten Turnhout beroep op de ELP. Dit komt wellicht door de grotere bekendheid van het initiatief. Voor de verwijzende huisartsen werd een standaard verwijsbrief opgesteld – opgebouwd volgens het KOP-model. Huisartsen kunnen de verwijsbrief met de patiënt zelf meegeven of via een bode (bv. de bode die bloedstalen ophaalt) bij het preventiecentrum laten bezorgen.

Crisissituaties worden in Turnhout opgenomen door het aanmeldingsteam van het netwerk omdat zij daarvoor de meest aangewezen instantie zijn. Het aanmeldingsteam voor huisartsen is 24 uur op 24 bereikbaar en wordt geruggesteund door een multidisciplinair team.

De ELP ondersteunt de huisartsen door het geven van vormingen tijdens LOK-groepen. In de toekomst wil de ELP in samenwerking met andere partners een aantal preventieprojecten opstarten. Zo bestaat het plan om samen met de apothekers, het LOGO, en enkele psychologen en psychiaters een project rond het gebruik van slaapmiddelen uit te werken.

### 1.7.3 Kenmerken ELP

Een fundamenteel kenmerk waarover de ELP moet beschikken, is de juiste attitude: correct en transparant zijn tegenover de patiënt en een groot inlevingsvermogen hebben. Daarnaast moet de ELP communicatief zijn, goed kunnen samenwerken maar tegelijkertijd ook zelfstandig kunnen werken. Een universitaire opleiding is noodzakelijk en ook bijkomende opleidingen (bv. gedragscounseling) kunnen een meerwaarde zijn. Een psychotherapieopleiding kan de nodige achtergrondkennis bijbrengen, maar is volgens de ELP geen vereiste – en misschien zelfs nadelig. De therapieopleiding staat immers haaks op de kortdurende begeleiding die de ELP geeft. Voldoende praktijkervaring en voeling met klinische problemen zijn van veel groter belang. Je moet als ELP namelijk vertrouwd zijn met het brede scala aan thema's en psychische klachten die tijdens de dagelijkse consulten aan bod kunnen komen.

### 1.7.4 Inbedding en omkadering

In Turnhout wordt de functie van ELP vervuld door twee halftijdse ELP die deels zijn ingebed in het preventiecentrum en deels werken in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen.

Dankzij de **inbedding in het preventiecentrum**, kunnen de ELP beroep doen op extra ondersteuning – een onthaalbediende plant de afspraken in, ontvangt de patiënten en neemt de vragenlijst af. Het preventiecentrum beschikt tevens over een communicatieverantwoordelijke en een IT-ingenieur – ook zij kunnen de ELP ondersteunen. Zo maakte de IT verantwoordelijke eerder al een sjabloon in Medibridge om de communicatie tussen de ELP en de huisarts te verbeteren. De projectcoördinator van pilootproject Turnhout is een huisarts en aldus goed vertrouwd met de werking van een huisartsenpraktijk. Hij kan de ELP inhoudelijk goed ondersteunen en coachen. Dankzij al deze extra ondersteuning kunnen de ELP zich ten volle focussen op hun kerntaken: namelijk het begeleiden van patiënten, het ondersteunen van huisartsen en het uitwerken van preventieprojecten voor het preventiecentrum.

Dankzij de inbedding in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen kan de ELP terugvallen op een team om te overleggen over bepaalde casussen. Gezien de functie gedragen wordt door twee ELP, kunnen zij onderling met elkaar overleggen over complexe casussen en mogelijke interventies.

### 1.7.5 Rol van de stuurgroep

Project Turnhout en project de Kempen hebben dezelfde stuurgroep. Dit is vooral zinvol omdat het Netwerk GGZ Kempen beide regio's bestrijkt.

### 1.7.6 Sterktes

Doordat twee ELP de ELPF vervullen, kan er een grotere **continuïteit** gegarandeerd worden – als een van de twee ELP ziek of in verlof is, neemt de andere ELP de consulten over. Ook de mogelijkheid tot onderling overleg, wordt als een grote sterkte ervaren.

Een andere sterkte is dat de projecthouder van Turnhout tevens de coördinator is van het preventiecentrum en zelf ook als huisarts actief is. Hij kan een correcte inschatting maken van de noden van de huisartsen en aldus een goede ondersteuning bieden.

Alle geïnterviewde huisartsen ervaren het ELPF-project als een **grote meerwaarde**. Het is mogelijk om psychische klachten snel aan te pakken doordat verwijzing naar een CGG – waar enorme wachtlijsten zijn – niet nodig is. De ervaring leert dat de ELP een goede inschatting kan maken van de problematiek en de patiënt meestal **correct verwijst**. Patiënten komen bijgevolg meteen op de juiste plek terecht en

worden niet van het kastje naar de muur gestuurd. Huisartsen kunnen patiënten met psychische klachten verwijzen en winnen aldus aan consultatietijd. Ook de samenwerking tussen de huisartsen en de ELP verloopt goed. Huisarts beschouwen de ELP als collega's, die zorgvuldig werken en belangrijke informatie betreffende hun patiënt terugkoppelen. De **ELP staat bovendien veel dichter bij de huisarts** dan het CGG en is aldus een belangrijk aanspreekpunt.

#### 1.7.7 Aandachtspunten en toekomstmogelijkheden

Wanneer de ELPF in de toekomst verder in Vlaanderen wordt uitgerold, zou het zinvol zijn om: (1) een **beroepsgroep** op te richten met intervisiemogelijkheid, (2) opleidingen en vormingen specifiek voor de ELP te organiseren, (3) een platform voor good practices te creëren en (4) een systeem uit te werken voor de terugbetaling van erkende ELP. Daarnaast is ook de beschikbaarheid een belangrijk aandachtspunt. Het aantal ELP moet veel beter afgestemd worden op de noden van de regio (bv., op het aantal actieve huisartsen). In Turnhout is één FTE ELP te weinig om een gebied met 180 huisartsen te ondersteunen – daarvoor zijn **minstens 2,5 FTE ELP nodig**. Als meerdere ELP voorhanden zijn, kunnen er ook consulten in de antenneposten van het preventiecentrum aangeboden worden. Dit zou de bereikbaarheid van de ELP voor veel mensen verhogen en wellicht de drempel verder verlagen.

In de toekomst wenst project Turnhout nog een aantal zaken verder uit te werken. Voor bepaalde **instrumenten** wil men graag een **online applicatie** ontwikkelen, zodat patiënten eventueel thuis al de vragenlijst kunnen invullen. Daarnaast zijn er ook **twee preventieprojecten** in ontwikkeling: (1) een project over slaapmiddelengebruik en (2) een project over de opvolging van suïcidepogers die net uit de spoedafdeling komen. Project Turnhout wil ook een overzicht maken van de beschikbare privétherapeuten in de regio met telkens ook een beschrijving van hun specialiteit, exclusiecriteria en aanbod. Ook huisartsen kunnen gebruik maken van dit overzicht. Er is tevens nood aan een ELP-aanbod voor adolescenten.

Project Turnhout overweegt om het aantal behandelsessies uit te breiden. De ELP werken momenteel zeer kortdurend (1 à 2 gesprekken). Dit heeft enerzijds als voordeel dat er geen lange wachttijden zijn. Anderzijds, kan verwijzing naar vervolgzorg mogelijks beperkt worden door het aantal behandelsessies uit te breiden naar bv. 8 sessies.

## 2 De resultaten van de tevredenheidsbevraging bij de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden

### *Methode*

In november 2013 werd een tevredenheidsbevraging afgenomen van de ELP, de klinische partners en de leden van de stuurgroep binnen elk pilootproject. De leden van de stuurgroep zijn klinische partners uit de regio die zetelen in de lokale stuurgroep van de pilootprojecten.

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3 werd voor elke doelgroep een andere tevredenheidsbevraging opgesteld. Elke bevraging bestond uit enkele gesloten vragenlijsten gevolgd door een aantal open vragen om te peilen naar wat volgens elke doelgroep verbeterpunten en succesfactoren zijn.

De volgende tabel geeft per doelgroep en per pilootproject het aantal bevroegde respondenten weer. We stellen vast dat er voor project Brussel geen respondenten de tevredenheidsbevraging voor de stuurgroepleden invulden. De Brusselse stuurgroepleden vulden in de plaats de tevredenheidsbevraging voor de klinische partners in – het gevolg van een miscommunicatie.

We gaan van start met een bespreking van de resultaten van de ELP, de klinische partners en de leden van de stuurgroep op de gesloten vragenlijsten. Vervolgens geven we per pilootproject een samenvattend overzicht van de verbeterpunten en de succesfactoren zoals geformuleerd door de drie doelgroepen op de open vragen.

Tabel 2 Aantal ELP, klinische partners en partners uit de stuurgroep die de tevredenheidsvragenlijst invulden.

Regio	ELP	Klinische partners	Partners uit de stuurgroep
Aalst	2	34	6
Brussel	12	14	0
Kempen	1	14	7
Maasmechelen	1	14	10
Pajottenland	2	8	13
Poperinge	1	27	5
Turnhout	2	22	9
TOTAAL	21	133	50

## 2.1 De resultaten van de ELP op de kwantitatieve vragenlijsten van de tevredenheidsbevraging

### 2.1.1 De taken die de ELP verricht en belangrijk vindt

Tabel 3 beschrijft enkele taken die typerend zijn voor de ELP. Aan de ELP werd gevraagd om voor elke taak op een 5-puntenschaal gaande van 1 (nooit) tot 5 (altijd) aan te geven in welke mate ze deze tijdens hun patiëntconsulten verrichten en in welke mate ze deze taken belangrijk vinden (1=zeer onbelangrijk; 5=zeer belangrijk). We berekenden voor elke taak de gemiddelde mate van realisatie en de gemiddelde mate van relevantie zoals beoordeeld door de bevroegde ELP (zie tabel 3). Bijkomend berekenden we voor elke taak de discrepantiescore. Deze score is het percentage ELP dat een taak zelden of nooit opneemt, maar deze toch belangrijk vindt.

De ELP besteden in eerste instantie veel tijd aan oriëntering en indicatiestelling (i.e., in schatten of verdere begeleiding of verwijzing vereist is), en motiverende gesprekken (i.e., patiënten motiveren tot verdere begeleiding en klachten vertalen naar hulpvragen). Dit zijn ook de twee taken die de ELP het meest belangrijk vinden. In tweede instantie, bieden de ELP psycho-educatie en kortdurende behandeling aan. De discrepantiescore toont evenwel dat 10% van de ELP het aanbieden van een psychologische behandeling belangrijk vindt, maar deze taak in de praktijk zelden of nooit opneemt. Ook voor het geven groepsessies zien we een grote discrepantie tussen de mate van realisatie en de mate van belang. Een kwart van de ELP geeft in de praktijk zelden of nooit groepsessies, maar vindt dit niettemin belangrijk.

Tabel 3 De taken die de ELP in de praktijk realiseert en belangrijk vindt (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.

In welke mate verricht u als ELP volgende taken en in welke mate vindt u deze taken belangrijk? <i>Duidt aan op een 5-puntenschaal (1=nooit of zeer onbelangrijk; 5=altijd of zeer belangrijk)</i>	Mate van realisatie <i>Gemiddelde (SD)</i>	Mate van belang <i>Gemiddelde (SD)</i>	Discrepantie
Oriëntering en indicatiestelling, namelijk snel inschatten of verdere begeleiding vereist is en gericht verwijzen	4,3 (0,7)	4,7 (0,5)	0

Motiverende gesprekken, namelijk ik motiveer patiënten tot verdere begeleiding indien nodig en vertaal klachten van patiënten naar hulpvragen	4,2 (0,6)	4,4 (0,6)	0
Psychologische behandeling met een kortdurende aanpak	3,8 (0,9)	4,2 (0,8)	10
Psycho-educatie en ondersteuning in zelfhulp	3,7 (0,9)	4,3 (0,7)	0
Diagnostiek	3,3 (1,0)	3,7 (0,9)	5
Groepsaanbod voor patiënten	1,9 (1,2)	3,5 (0,9)	25

### 2.1.2 Aspecten waarover de ELP tevreden is

Tabel 4 beschrijft een aantal aspecten die betrekking hebben op de job van ELP. Aan de ELP werd gevraagd om de tevredenheid over elk aspect te scoren op een 11-puntenschaal waarbij 1 staat voor “zeer ontevreden” en 11 voor “zeer tevreden”.

De ELP is tevreden over verschillende aspecten zoals het werken met patiënten, de uitdaging die de job biedt, de erkenning van de projecthouder, de interpersoonlijke relaties met collega’s, het gevoel competent te zijn als ELP, de specialisatie als ELP, de mogelijkheid om mensen te helpen, de mate van inspraak in de job en de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen. De ELP is minder tevreden over de subsidiëring van het project en de beperkte richtlijnen om de functie naar behoren te kunnen uitvoeren. Ook over de kwaliteit van supervisie en de inhoudelijke ondersteuning is de ELP eerder ontevreden.

Tabel 4 Aspecten waarover de ELP (on)tevreden is (gemiddelde itemscore en SD).

In welke mate bent u tevreden over ...	Gemiddelde	Standaard-deviatie
<i>Duid aan op een 11-puntenschaal (1=zeer ontevreden; 11=zeer tevreden)</i>		
het werken met uw patiënten?	8,9	1,4
de uitdaging die de job u biedt?	8,9	1,6
de erkenning die u krijgt van uw supervisor/baas voor uw werk?	8,8	1,2
de interpersoonlijke relaties met collega’s?	8,7	2,3
het gevoel goed/competent te zijn als eerstelijnspsycholoog?	8,7	1,1
de specialisatie die u hebt?	8,7	1,2
de mogelijkheden om echt mensen te helpen?	8,5	1,9
de mate van inspraak die u krijgt om uw job te doen?	8,4	1,1
de mogelijkheden om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen?	8,3	1,5
de hoeveelheid contact met patiënten?	7,7	2
de mogelijkheid om betrokken te worden in het nemen van beslissingen?	7,2	2,4
de (logistieke) omkadering die u hebt?	7,1	2,3
de (inhoudelijke) ondersteuning die u krijgt?	6,4	2,3
de kwaliteit van supervisie die u krijgt?	6,1	2,7
de hoeveelheid subsidiëring voor programma’s?	5,9	2,3
de duidelijkheid van richtlijnen om uw job te doen?	5,9	2,4



### 2.1.3 De succesfactoren die de ELP in de praktijk ervaart

Tabel 5 beschrijft een aantal mogelijke succesfactoren die de ELP in de praktijk kan ervaren. Aan alle ELP werd gevraagd om op een 5-puntenschaal te beoordelen in welke mate deze factoren voor hen van toepassing zijn en in welke mate ze deze factoren belangrijk vinden (1=helemaal niet en 5=helemaal wel). We berekenden voor elke succesfactor in welke mate deze gemiddeld genomen volgens de ELP van toepassing is en in welke mate ze deze succesfactor gemiddeld genomen belangrijk vinden. Bijkomend berekenden we voor elke succesfactor de discrepantiescore. Deze score is het percentage ELP dat een succesfactor belangrijk acht en tegelijk aangeeft dat deze factor helaas zelden of nooit op de praktijk van toepassing is.

De ELP vonden alle opgesomde succesfactoren belangrijk. Niet alle factoren zijn echter in de praktijk van toepassing. Belangrijke sterktes die de ELP in de praktijk ervaart, zijn een goed klimaat en een goede sfeer waarbij op een constructieve en respectvolle manier met elkaar wordt samengewerkt. De ELP respecteren elkaars werk, kunde en competenties, zijn geïnteresseerd in elkaars werk en bieden elkaar een luisterend oor. De ELP geven ook aan dat de projecten gecoördineerd worden door gepassioneerde trekkers.

Voor vier succesfactoren is de discrepantiescore vrij groot. Dit betekent dat de ELP deze factor belangrijk achten maar dat deze niet van toepassing is op de praktijk. Zo geeft 35% van de ELP aan dat ze het belangrijk vinden dat hun project over voldoende middelen beschikt, maar dat dit in de praktijk echter niet van toepassing is. 17% van de ELP vindt het belangrijk dat er een adequate structuur en aansturing voor het samenwerkingsverband aanwezig is terwijl dit in de praktijk niet voorhanden is. 13% vindt de manier van werken belangrijk om te kunnen garanderen dat de doelstellingen bereikt worden en om houvast te kunnen bieden aan de leden van het samenwerkingsverband, terwijl de werkmethode in de praktijk geen van deze zaken garandeert.

Tabel 5 Succesfactoren die de ELP in de praktijk ervaart en die de ELP belangrijk vindt (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.

In welke mate zijn volgende succesfactoren voor u van toepassing en voor u belangrijk? <i>Duid aan op een 5-puntenschaal (1=helemaal niet en 5=helemaal wel)</i>	Van toepassing Gemiddelde (SD)	Belangrijk Gemiddelde (SD)	Discrepantie
Een gemeenschappelijke visie en doelen geven richting aan ons samenwerkingsverband	3,5 (0,6)	4,3 (0,6)	0
Een gemeenschappelijke visie en doelen vormen een leidraad voor beslissingen	3,4 (0,7)	4,3 (0,6)	11,1
We durven 'out of the box' denken en durven uitgestippelde paden te verlaten	3,5 (0,8)	3,9 (0,8)	0
We hebben trekkers met passie en moed	4,1 (0,8)	4,1 (1)	0
We hebben elkaar nodig om doelen te bereiken	3,8 (0,9)	4,3 (0,8)	6,3
Er is voldoende overlap in ons werk zodat samenwerken kan lonen	3,6 (0,5)	4 (0,6)	0
We erkennen en respecteren elkaars werk, deskundigheid en specifieke competenties	4,3 (0,6)	4,6 (0,5)	0
We hebben zicht op elkaars werk, deskundigheid en specifieke competenties	3,3 (0,8)	4,2 (0,7)	5,6
We maken optimaal gebruik van elkaars werk, deskundigheid en specifieke competenties	3,2 (0,6)	4,4 (0,5)	11,1
We hebben een open oog voor elkaars belangen	3,6 (0,6)	4,2 (0,8)	0
We hebben duidelijkheid over de eigen belangen	3,6 (0,8)	4,1 (0,8)	7
We beschikken over voldoende en geschikte middelen	2,6 (1)	4,3 (0,6)	35,3
We beschikken over voldoende en geschikte competenties	3,9 (0,8)	4,3 (0,6)	0
We gaan adequaat en constructief op zoek naar eventuele aanvulling of verbetering van mensen en middelen (geld, ...)	3,4 (0,5)	4,1 (0,6)	0
We hebben een adequate structuur en sturing voor het samenwerkingsverband (o.a. procedures of spelregels, afspraken, overleg en besluitvorming)	3,2 (0,8)	4,3 (0,5)	16,7
Onze manier van werken biedt voldoende garantie voor het bereiken van doelen	3,3 (0,8)	4,3 (0,4)	12,5
Onze manier van werken biedt optimaal houvast aan de leden van het samenwerkingsverband	2,8 (0,9)	4,1 (0,6)	12,5
We werken systematisch aan het oplossen van problemen	3,4 (0,6)	4 (0,6)	5,6
We hebben oog voor vertrouwen en zorgen voor een adequate aanpak van wantrouwen	3,7 (0,8)	4,1 (0,9)	0
We werken constructief en respectvol samen	4,3 (0,6)	4,6 (0,5)	0
We hebben werkelijk interesse in elkaar en bieden elkaar een luisterend oor	4 (0,6)	4,3 (0,7)	0
We evalueren regelmatig de samenwerking en de voortgang op een kritische manier	3,4 (0,6)	4,2 (0,6)	6,3
We zien de samenwerking als een leerervaring en sturen bij waar nodig	3,9 (0,8)	4,2 (0,6)	0

## 2.2 De resultaten van de klinische partners op de kwantitatieve vragenlijsten van de tevredenheidsbevraging

### 2.2.1 De functie van de klinische partners

Tabel 6 beschrijft de functie van waaruit de bevroegde klinische partners met de ELP samenwerken. Ongeveer de helft van de bevroegde partners werkt als huisarts met de ELP samen, een kwart als maatschappelijk werker en 14% als psychotherapeut. De categorie "andere" (11%) is heel divers en bestaat onder meer uit administratief medewerkers en leidinggevend van het CAW, het OCMW en het CGG.

Tabel 6 De functie van de klinische partners die deelnamen aan de tevredenheidsbevraging.

Wat is uw functie?	Aantal	Percentage
Huisarts	69	52
Psycholoog/psychotherapeut	19	14
Maatschappelijk werker	31	23
Andere	14	11
<b>TOTAAL</b>	<b>133</b>	

Van de bevroegden verwijst 40% vanuit zijn functie als huisarts patiënten door naar de ELP, 17% verwijst vanuit een andere functie patiënten door en 18% krijgt via de ELP patiënten verwezen.

### 2.2.2 Aspecten die kenmerkend zijn voor de werkwijze van de ELP

Tabel 7 beschrijft een aantal aspecten die kenmerkend zijn voor de werkwijze van de ELP. Aan de klinische partners werd gevraagd om op een 5-puntenschaal te beoordelen in welke mate de werking van de ELP gekenmerkt wordt door deze aspecten (1 = nooit en 5 = altijd) en in welke mate ze deze aspecten belangrijk achten voor de werkwijze van de ELP (1 = zeer onbelangrijk en 5 = zeer belangrijk). We berekenden voor elk aspect in welke mate deze gemiddeld genomen volgens de ELP van toepassing is en in welke mate ze dit aspect belangrijk vinden. Bijkomend berekenden we voor elk aspect de discrepantiescore. Deze score is het percentage ELP dat aangeeft dat dit aspect in de praktijk zelden of nooit aanwezig is maar tegelijk vindt dat dit aspect belangrijk is.

We merken op dat de klinische partners alle beschreven kenmerken belangrijk vinden. Bovendien ervaren de klinische partners dat deze aspecten ook kenmerkend zijn voor de praktijk van de ELP.

Tabel 7 Aspecten die volgens de klinische partners van toepassing en belangrijk zijn voor de werkwijze van de ELP (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.

In welke mate zijn volgende kenmerken van toepassing op de werkwijze van de ELP en in welke mate vindt u deze kenmerken belangrijk? (duid aan op een 5-puntenschaal: 1 = helemaal niet en 5 = helemaal wel)	Van toepassing (n=106)	Belangrijk (n=111)	Discrepantie
Een kortdurende aanpak (maximaal 12 sessies)	4,4 (0,8)	4 (1)	1
Een generalistische of eclecticische aanpak	3,9 (0,9)	4,1 (0,9)	2,4
Structuur, gericht op het dagelijks functioneren	4,1 (0,6)	4,5 (0,6)	1
Een behandelaanpak die gericht is op preventie, activering en/of herstel van evenwicht	4,1 (0,6)	4,5 (0,7)	0
Een doelgerichte diagnostiek, direct aansluitend bij de klacht	4 (0,8)	4,4 (0,7)	3,1
Een snelle verwijzing bij een complexe problematiek	4,2 (0,9)	4,7 (0,6)	3,3
Een minimale wachttijd tussen aanmelding en behandeling	4,2 (0,8)	4,7 (0,6)	3

Transparantie naar de patiënt	4,4 (0,7)	4,6 (0,6)	0
Laagdrempeligheid voor de patiënt	4,4 (0,7)	4,7 (0,5)	2
Een aanbod dicht in de buurt van de patiënt	4,4 (0,7)	4,6 (0,6)	1
Het centraal stellen van de patiënt	4,5 (0,6)	4,6 (0,5)	0
Een persoonlijke, professionele aanpak	4,6 (0,5)	4,7 (0,5)	0
Aandacht voor de directe (leef)omgeving van de patiënt	4,3 (0,7)	4,5 (0,6)	0
Een nauwe samenwerking in de eerste lijn, vanuit de visie van getrapte zorg	4,3 (0,8)	4,6 (0,5)	2,1
Een nauwe samenwerking met de tweedelijnsgezondheidszorg, vanuit de visie van getrapte zorg	4,1 (0,8)	4,4 (0,8)	1,1
Een ondersteuning in mijn werking en/of in de werking van mijn organisatie	4,3 (0,8)	4,6 (0,6)	1

### 2.2.3 De taken waarvoor de klinische partners de ELP consulteert

Tabel 8 beschrijft een aantal taken waarvoor de klinische partners de ELP kunnen consulteren. Aan de klinische partners werd gevraagd om op een 4-puntenschaal aan te geven in welke mate ze de ELP voor elk van deze taken in de praktijk raadplegen en in hoeverre ze voor elke taak beroep op de ELP wensen te doen (1 = nooit en 4 = zeer vaak). We berekenden voor elke taak de gemiddelde score op beide vragen. Bijkomend berekenden we voor elke taak de discrepantiescore. Deze score is het percentage partners dat voor een bepaalde taak beroep op de ELP wenst te doen, maar dit helaas zelden of nooit doet.

De ELP wordt vooral geraadpleegd voor oriëntering en indicatiestelling (i.e., snel inschatten of verdere begeleiding vereist is), het aanbieden van kortdurende behandelingen en het motiveren van patiënten tot verdere begeleiding. De resultaten tonen aan dat de klinische partners voor elke taak vaker op de ELP beroep wensen te doen dan in de praktijk het geval is. Dit geldt vooral voor de taken “het coachen en vormen van andere eerstelijnswerkers”, “het geven van een groepsaanbod voor patiënten” en “het motiveren van patiënten tot verdere begeleiding”.

Tabel 8 Taken waarvoor de partners de ELP in de praktijk consulteren en wensen te consulteren (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.

Hoe vaak doet u beroep op de ELP voor volgende taken en in welke mate wens u op volgende taken beroep te doen? (duid aan op een 4-puntenschaal: 1 = nooit en 4 = zeer vaak)	In de praktijk (n=101)	Wens (n=101)	Discrepantie
Psycho-educatie en ondersteuning in zelfhulp	2,4 (1)	2,7 (1)	14,9
Preventie en gezondheidspromotie	1,8 (0,9)	2,1 (0,9)	13,9
Oriëntering en indicatiestelling, namelijk snel inschatten of verdere begeleiding vereist is en gericht verwijzen	2,9 (0,9)	3,1 (0,8)	13
Een psychologische behandeling met een kortdurende aanpak	3 (1)	3,3 (0,9)	15,8
Het motiveren van patiënten tot verdere begeleiding indien nodig; het vertalen van klachten van patiënten naar een hulpvraag	2,8 (1)	3,1 (0,8)	17,8
Diagnostiek	2,2 (1,0)	2,6 (0,9)	14,9
Een groepsaanbod voor patiënten	1,5 (0,9)	2,1 (1)	18,8
Het coachen en vormen van andere eerstelijnswerkers	1,6 (0,8)	2,2 (0,9)	23,8

### 2.2.4 De terugkoppeling van informatie tussen de ELP en de klinische partners

Uit de tevredenheidsbevraging blijkt dat de communicatie tussen de ELP en de klinische partners vooral mondeling verloopt. 12% van de partners vindt echter schriftelijke communicatie belangrijk terwijl dit zelden of nooit op deze manier gebeurt.

De ELP wisselen vooral identificatiegegevens van de patiënten uit en informatie over de aanvankelijke klachten (zie tabel 9). De partners geven echter aan dat ze daarnaast ook graag op de hoogte worden gebracht van de gekozen behandelwijze, het verloop van de behandeling, het uiteindelijke resultaat van de behandeling en de tevredenheid van de patiënt. In de praktijk wordt hierover echter zelden of nooit gecommuniceerd.

Tabel 9 Type van informatie dat door de ELP naar de partners wordt teruggekoppeld en het belang hiervan (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.

Hoe vaak wordt volgende informatie door de ELP naar u teruggekoppeld en in welke mate vindt u het belangrijk dat deze informatie naar u wordt teruggekoppeld? (duid aan op een 5-puntenschaal: 1 = nooit of zeer onbelangrijk en 5 = altijd of zeer belangrijk)	In de praktijk (n=100)	Belang (n=100)	Discrepantie
De identificatie gegevens van de patiënt	4,2 (1,1)	4,4 (1)	5
Het aantal sessies	2,8 (1,3)	3,1 (1,3)	6
De aanvankelijke klachten	4,1 (1,1)	4,3 (1)	4
De gestelde diagnose	3,6 (1,2)	4,1 (1)	7
De gekozen behandelwijze	3,5 (1,2)	4,1 (0,9)	12
Een korte impressie van verloop van behandeling	3,5 (1,2)	4,3 (0,8)	13
De beschrijving van het resultaat	3,7 (1,3)	4,3 (0,9)	12
De gemaakte afspraken	3,6 (1,3)	4,2 (1)	9
De tevredenheid van de patiënt	3,1 (1,2)	3,8 (1)	11

## 2.2.5 De algemene tevredenheid van de klinische partners

Aan de klinische partners werd gevraagd om op een schaal van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (zeer tevreden) aan te geven hoe tevreden ze zijn over hun contact met de ELP (zie tabel 10). De resultaten tonen dat de partners over het algemeen zeer tevreden zijn over hun samenwerking met de ELP. Ook binnen de afzonderlijke pilootprojecten is de tevredenheid zeer groot – voor alle projecten ligt de tevredenheidsscore ver boven de 8 op 10.

Tabel 10 Algemene tevredenheid (gemiddelde en SD) van de partners over hun contact met de ELP per pilootproject.

Pilootproject	Gemiddelde tevredenheid (SD) (0 = helemaal niet tevreden en 10 = zeer tevreden)
Aalst (n=27)	9,3 (1,6)
Brussel (n=8)	9,1 (1,4)
Kempen (n=2)	8,9 (1,7)
Maasmechelen (n=12)	8,7 (2)
Pajottenland (n=6)	9,8 (1,2)
Poperinge (n=20)	9,7 (1,2)
Turnhout (n=14)	9,3 (1,2)
<b>TOTAAL (n=99)</b>	<b>9,3 (1,5)</b>

## 2.3 De resultaten van de lokale stuurgroepleden op de kwantitatieve vragenlijsten van de tevredenheidsbevraging

### 2.3.1 De functie van de lokale stuurgroepleden

Meer dan de helft van de bevroegde stuurgroepleden was huisarts, 6% was psychotherapeut en 10% maatschappelijk werker. De categorie "andere" (32%) was heterogeen en bestond onder meer uit leidinggevenden en coördinatoren van het OCMW, het CGG en het Netwerk GGZ alsook uit verpleegkundigen, stafmedewerkers, etc.

### 2.3.2 De succesfactoren die de lokale stuurgroepleden in de praktijk ervaren

Tabel 11 beschrijft een aantal mogelijke succesfactoren van de ELP. Aan de stuurgroepleden werd gevraagd om op een 5-puntenschaal te beoordelen in welke mate deze factoren volgens hen van toepassing zijn en hoe belangrijk ze deze factoren vinden (1 = helemaal niet; 5 = helemaal wel). We berekenden voor elke succesfactor in welke mate deze gemiddeld genomen volgens de leden van de stuurgroep van toepassing zijn en in welke mate ze deze succesfactor gemiddeld genomen belangrijk vinden. Bijkomend berekenden we voor elke succesfactor de discrepantiescore. Deze score is het percentage van respondenten dat een succesfactor belangrijk acht en tegelijk aangeeft dat deze factor helaas zelden of nooit op de praktijk van toepassing is.

Het belang van alle vermelde succesfactoren wordt hoog ingeschat. In de praktijk ervaren de leden van de stuurgroep de samenwerking tussen de klinische partners als succesvol om diverse redenen. De klinische partners delen eenzelfde visie die richting geeft aan de samenwerking en zijn zich bewust van de nood tot samenwerking om de gestelde doelen te bereiken. De samenwerking verloopt constructief en respectvol, en alle partners erkennen en respecteren elkaars rol, deskundigheid en specifieke competenties. De samenwerking wordt ook gezien als een leerervaring die waar nodig wordt bijgestuurd.

Tabel 11 Succesfactoren die volgens de leden van de lokale stuurgroep in de praktijk van toepassing zijn en belangrijk zijn (gemiddelde itemscore en SD), met bijkomend het percentage discrepantie.

In welke mate zijn volgende succesfactoren voor u van toepassing en voor u belangrijk?	Van toepassing (n=42)	Belangrijk (n=42)	Discrepantie
<i>Duid aan op een 5-puntenschaal (1=helemaal niet en 5=helemaal wel)</i>			
Een gemeenschappelijke visie en doelen geven richting aan ons samenwerkingsverband	4 (0,8)	4,3 (0,6)	4,9
Een gemeenschappelijke visie en doelen vormen een leidraad voor beslissingen	3,8 (0,8)	4,2 (0,7)	7
We durven 'out of the box' denken en durven uitgestippelde paden te verlaten	3,6 (0,9)	4 (0,7)	5
We hebben trekkers met passie en moed	3,8 (1)	4,1 (0,9)	7,1
We hebben elkaar nodig om doelen te bereiken	4 (0,8)	4,3 (0,7)	2,4
Er is voldoende overlap in ons werk zodat samenwerken kan lonen	3,8 (0,9)	4,1 (0,7)	7,7
We erkennen en respecteren elkaars werk, deskundigheid en specifieke competenties	4,4 (0,7)	4,5 (0,6)	2,5
We hebben zicht op elkaars werk, deskundigheid en specifieke competenties	3,7 (0,6)	4,4 (0,6)	2,5
We maken optimaal gebruik van elkaars werk, deskundigheid en specifieke competenties	3,3 (0,8)	4,2 (0,7)	12,5
We hebben een open oog voor elkaars belangen	3,6 (0,6)	4 (0,8)	2,6
We hebben duidelijkheid over de eigen belangen	3,7 (0,6)	3,9 (0,7)	0
We beschikken over voldoende en geschikte middelen	2,8 (1)	4,5 (0,8)	45

We beschikken over voldoende en geschikte competenties	3,8 (0,8)	4,6 (0,5)	10
We gaan adequaat en constructief op zoek naar eventuele aanvulling of verbetering van mensen en middelen (geld, ...)	3,6 (0,7)	4,2 (0,7)	2,8
We hebben een adequate structuur en sturing voor het samenwerkingsverband (o.a. procedures of spelregels, afspraken, overleg en besluitvorming)	3,8 (0,9)	4,3 (0,7)	8,3
Onze manier van werken biedt voldoende garantie voor het bereiken van doelen	3,7 (0,6)	4,3 (0,6)	2,9
Onze manier van werken biedt optimaal houvast aan de leden van het samenwerkingsverband	3,6 (0,8)	4,1 (0,7)	5,7
We werken systematisch aan het oplossen van problemen	3,6 (0,8)	4,3 (0,7)	5,9
We hebben oog voor vertrouwen en zorgen voor een adequate aanpak van wantrouwen	3,9 (0,9)	4,4 (0,7)	2,9
We werken constructief en respectvol samen	4,2 (0,7)	4,6 (0,5)	0
We hebben werkelijk interesse in elkaar en bieden elkaar een luisterend oor	3,9 (0,8)	4,4 (0,7)	0
We evalueren regelmatig de samenwerking en de voortgang op een kritische manier	3,6 (1)	4,4 (0,6)	16,7
We zien de samenwerking als een leerervaring en sturen bij waar nodig	4 (0,9)	4,5 (0,6)	5,4

Niet alle succesfactoren die de partners belangrijk achten zijn in de praktijk echter aanwezig. Bijna de helft van de bevroegde stuurgroepleden vindt het belangrijk om over voldoende en geschikte middelen te beschikken, terwijl dit in de praktijk niet geldt. Daarnaast vindt 17% van de stuurgroepleden het belangrijk dat de samenwerking en de voortgang van het project regelmatig kritisch geëvalueerd wordt, terwijl dit in de praktijk zelden of nooit gebeurt. 10% vindt het tevens belangrijk om over voldoende geschikte competenties te beschikken en om hier optimaal gebruik van te kunnen maken, terwijl dit niet van toepassing is op de praktijk.

## 2.4 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen elk pilootproject volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden

### 2.4.1 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject Aalst

#### 2.4.1.1 De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:

- Project Aalst is een sterke ploeg die zich niet laat inperken, maar met grote ijver en inzet de nodige aanvullingen binnen de GGZ tracht uit te bouwen.
- Er worden steeds meer huisartsen en eerstelijnsdiensten bereikt. Het belang van een psycholoog in de eerste lijn (i.e., in de gezondheidszorg) wordt ook meer en meer erkend.
- Het KOP-model dat toelaat om een brede waaier aan problemen op korte termijn voor mensen uit te klaren.
- De verwijzing naar de ELP verloopt vlot met korte wachttijden. Bij een echte crisis is een consult op heel korte termijn mogelijk.
- De ELP kan snel inschatten of meer gespecialiseerde hulpverlening vereist is en helpt om een gerichte verwijzing te doen. De ELP kent ook meer verwijzingsmogelijkheden, waardoor doorstroming vlotter verloopt.
- De ELP is een complementaire aanvulling op de competenties van de huisarts.
- De ELP is laagdrempelig wat van onschatbare waarde is.
- Dankzij de lage kostprijs gaat er voor mensen met financiële moeilijkheden die hulp nodig hebben een nieuwe wereld open.
- De huisarts kent de ELP persoonlijk – hij kan erop vertrouwen dat de ELP over de nodige competenties beschikt.

- Problemen kunnen in een vroeg stadium gedetecteerd en behandeld worden waardoor verdere escalatie voorkomen wordt.
- De ELP biedt bij een ernstige problematiek de nodige stabiliteit tot verdere hulpverlening mogelijk is.
- De huisartsenwachtpost is voor patiënten neutraal terrein – buitenstaanders zien niet dat je naar de psycholoog gaat.
- Dankzij overleg met de ELP over moeilijke casussen leren klinische partners hoe ze bepaalde problemen in de toekomst zelf kunnen aanpakken.
- De ELP is vooral een meerwaarde voor patiënten met acute psychologische problemen.
- De partners die naar de ELP verwijzen, beschouwen de ELPF alsmaar meer als onmisbaar. Ze voelen zich naar eigen zeggen minder eenzaam wanneer ze geconfronteerd worden met psychische problemen en grijpen minder terug naar “noodoplossingen”. Omdat psychologische ondersteuning en gesprekstherapie binnen handbereik liggen, zijn huisartsen minder snel geneigd om slaapmedicatie of antidepressiva voor te schrijven.
- De samenwerkingsverbanden en verwijzingen die ontstaan door de komst van de ELP zijn een grote meerwaarde. Partners erkennen veel beter elkaars rol en het wordt alsmaar duidelijker dat er een grote nood is aan psychologische ondersteuning.
- De ELP werd zeer snel ingeburgerd zonder veel weerstand in het werkveld. Dit toont aan dat er een grote nood is aan de ELPF. Vernieuwing leidt bij actoren in het veld vaak tot verzet wat vooral voortkomt uit de vrees om terrein te moeten prijs geven.
- Partners geraken steeds meer overtuigd dat een kortdurende generalistische begeleiding in de eerste lijn voor veel psychische problemen volstaat. Vroeger waren partners weinig vertrouwd met generalistische zorg, waardoor ze meer geneigd waren om hun patiënten naar gespecialiseerde hulp door te verwijzen.
- Dankzij de ELP is een snelle verwijzing naar psychologische hulp mogelijk. Dit is voor huisartsen onmisbaar! Zij staan vaak met de rug tegen de muur als een patiënt hen confronteert met een zwaar psychologisch probleem.

#### *2.4.1.2 De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- Er is nood aan meer ruimte en budget voor opleiding en vorming op maat van de problematiek waarmee de ELP geconfronteerd wordt. Anders is het moeilijk voor de ELP om verantwoord en professioneel te blijven werken.
- Er is nood aan intervisie en supervisie.
- Kortdurend werken vraagt veel van de ELP: een scherpe focus alsook een sterke mate van efficiëntie. Met een gemiddelde van 5 patiënten per werkdag is dit een zeer intensieve job. Duidelijke afspraken zijn nodig over het aantal patiëntconsulten dat de ELP verwacht wordt te geven. Dit is vooral belangrijk om burn-out te voorkomen.
- Het is belangrijk om de ELP deels in de huisartsenpraktijk te vestigen.
- Onderlinge afstemming en bijsturing van de partners blijft nodig.
- Alsmaar meer partners schuiven hun patiënten door naar de ELP omdat ze met wachtlijsten kampen (bv., CAW, CLB, etc.). Het kan echter niet de bedoeling zijn dat de ELP de doelgroep/problematiek van andere partners opneemt.
- De terugkoppeling van informatie door de ELP na afronding van de behandeling ontbreekt (werd de patiënt verwezen? naar waar werd hij verwezen? welke handvaten kreeg de patiënt aangereikt?). Het is belangrijk dat de huisarts op deze informatie kan terugvallen bij een nieuwe



episode. Bovendien kunnen klinische partners dankzij deze informatie-uitwisseling veel over psychische problemen bijleren.

- Er is te weinig gestructureerd overleg tussen de ELP en de huisarts – dit gebeurt nu vaak tussen “de soep en de patatten”.
- Verwijzing na een kortdurende behandeling bij de ELP verloopt soms moeilijk door wachtlijsten bij zowel het CGG als privétherapeuten. De patiënt komt dan vaak terug bij de huisarts terecht.
- Er is nood aan een uitbreiding van de ELPF naar kinderen.
- Er zijn momenteel geen financiële middelen om een professionele leidinggevende kracht aan te werven. Alle aansturing wordt nu op geheel vrijwillige basis door de leden van de stuurgroep gedragen. Echter, dit is verre van ideaal.
- De ELP in de huisartsenpraktijk is niet ideaal – de ELP wordt door de praktijk als “hun” psycholoog beschouwd wat huisartsen ervan weerhoudt om patiënten door te verwijzen.
- De ELP houden te veel vast aan één en het zelfde werkmodel en werken onvoldoende patiëntgericht.
- Veel mensen met een chronische problematiek zijn niet geholpen met een kortdurende behandeling. De ELP kan de problematiek mee helpen stabiliseren, maar de zwaarste last blijft op de schouders van huisarts liggen.
- Het is van groot belang om de nodige financiële middelen te zoeken om dit project te bestendigen. Vooraleer een klinische partner ten volle wil investeren in de uitbouw van een nieuwe functie, moet de continuïteit hiervan gegarandeerd worden. Partners engageren zich weinig of niet, als ze het gevoel hebben dat de functie slechts tijdelijk is en binnen enkele jaren weer zal verdwijnen.
- Er is nood aan meer sturing vanuit de overheid.
- Er moet meer druk gelegd worden op de tweede lijn om effectieve en efficiënte samenwerking met andere diensten op poten te zetten en zo de wachtlijsten terug te dringen.
- Eén ELP is niet voldoende om tegemoet te komen aan de grote vraag in de regio. Project Aalst moet steeds op de rem staan qua bekendmaking om zo een overrompeling van de ELP te voorkomen. Binnen zorgregio Aalst is er nood aan 6 à 7 ELP en een (gedeeltelijke) terugbetaling van zelfstandige psychologen.
- De ELP is slachtoffer van het eigen succes. Steeds meer mensen zijn overtuigd van de meerwaarde van de ELP wat leidt tot een groeiende vraag. De ELP komt onder immense druk te staan. Het is onmogelijk om met de huidige financiële middelen de kerntaken van de ELP waar te maken.
- De ELPF moet uitgroeien tot een structurele vorm van hulpverlening. Geen enkele andere GGZ-voorziening springt zo efficiënt om met middelen dan de ELP. De ELP kan veel meer patiënten verder helpen dan de tweedelijnspartners.
- Er moet nagedacht worden over een realistisch financieel plaatje.

## 2.4.2 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject Brussel

### 2.4.2.1 *De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- Het project werd tijdens de implementatie bijgestuurd op basis van de ervaringen en good practices.
- De nauwe samenwerking met de huisarts wordt door de ELP als een meerwaarde gezien. Beide partijen krijgen hierdoor meer zicht op elkaars werk.
- De ervaring die de ELP in de eerste lijn opdoet, is ook zinvol voor het tweedelijnswerk.
- Het is voor de ELP voldoende dat zowel patiënten als huisartsen de ELP als een meerwaarde ervaren.
- De ELP heeft een sterke voeling met kwetsbare doelgroepen – er worden patiënten bereikt die anders nooit de stap naar de GGZ zouden zetten.
- Doordat er meerdere ELP zijn, is intervisie tussen de ELP mogelijk en kan er een gezamenlijke visie ontwikkeld worden.
- De ELP kunnen terugvallen op het multidisciplinair team van het CGG van waaruit ze gedetacheerd zijn.
- De expertise van de tweede lijn wordt naar de eerste lijn gebracht.
- De netwerking en het leren kennen van elkaars aanbod.
- Het wordt steeds duidelijker welke hulpvragen en problemen thuishoren bij de ELP.
- Dankzij de ELP wordt de GGZ meer toegankelijk.
- Huisartsen besteden meer aandacht aan psychosociale en psychosomatische problemen.

### 2.4.2.2 *De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De opzet van de ELP in Brussel werd vooraf onvoldoende uitgedacht en de veldwerkers werden onvoldoende betrokken.
- De adequate inzet van de ELP: een ELP in een groepspraktijk van huisartsen bereikt meer patiënten dan een ELP in een solopraktijk.
- Het is soms moeilijk om een begeleiding te beëindigen. Ook bij kortdurende behandeling hechten patiënten zich snel.
- Binnen de ELP werd geen tijd voorzien voor administratie. De ELP zijn daarom genoodzaakt om een deel van hun tijd als tweedelijnswerker aan de administratie van het eerstelijnswerk te spenderen.
- De ELP hebben weinig ervaring met een kortdurend behandelmodel. Er is nood aan middelen voor vorming. De ELP steekt nu veel tijd in opzoekwerk.
- Het is onduidelijk wat kortdurende begeleiding is. Om hoeveel sessies gaat het?
- Veel patiënten hebben een zware problematiek en nood aan meer gespecialiseerde zorg. Een snelle doorstroom naar vervolghulp is echter moeilijk realiseerbaar.
- Verwijzing naar het Franstalige GGZ-netwerk verloopt moeilijk.
- Het grote succes van de ELP leidt tot een overbevraging, maar het aantal VTE neemt niet toe. Bijgevolg wordt de tijd tussen de behandelsessies steeds langer, waardoor het moeilijk wordt om adequate hulp aan te bieden.
- Er is een grote versnippering en een uiteenlopende invulling van de ELP.
- Voor veel patiënten is de financiële bijdrage nog te groot.

- Bestendiging en uitbreiding van het project is noodzakelijk – momenteel kunnen nog te weinig patiënten beroep doen op de ELP.
- Groepssessies zijn belangrijk om de preventieve functie te vervullen.
- Nood aan meer samenwerking tussen de ELP van de pilootprojecten en de ELP uit het algemeen welzijnswerk.

#### 2.4.3 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject de Kempen

##### 2.4.3.1 *De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De ELP is een sterke partner binnen de eerste lijn – laagdrempelig voor zowel de huisarts als de patiënt.
- Er is een sterke toename in bekendheid van de ELP.
- De ELP en de betrokken klinische partners zijn goed op elkaar afgestemd.
- De tussenschakel tussen het CAW en het aanmeldingsteam zijn zinvol voor de patiënt en bevorderlijk voor de samenwerking.
- De ELP kan gemakkelijk aangesproken worden voor een consult, een overleg of om patiënten door te verwijzen.
- Dankzij het kortdurende aanbod – afgestemd op de vraag van de patiënt – kan er kort op de bal gespeeld worden.
- Dankzij de ELP kan er deskundige hulp worden aangeboden aan mensen met minder financiële middelen.
- De ELP zorgt voor meer communicatie tussen de eerste en de tweede lijn.
- Het is ideaal dat de ELP in de mogelijkheid is om tot tien gesprekken aan te bieden.
- De ELP zorgt na een professionele screening voor een gerichte verwijzing naar de eerste of tweede lijn.
- De ELP maakt een korte begeleiding voor patiënten die in de “grijze zone” tussen de eerste en de tweede lijn zitten mogelijk.
- De ELP kan snel begeleidingen opnemen.
- De ELP is ingebed in een organisatie dat reeds een sterk beleid heeft.
- Er wordt veel tijd geïnvesteerd in de bijsturing van het project. Er is een goede taakverdeling tussen de medewerkers onderling en een goede ondersteuning van de medewerkers. Wanneer de ELP ziek valt, wordt een andere medewerker ingeschakeld om opvolging te garanderen.

##### 2.4.3.2 *De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- Er is nood aan een uitbreiding van de ELPF. Meerdere regio’s moeten beroep kunnen doen op de ELP.
- Onduidelijkheid over het voortbestaan van de ELPF leidt tot zorgen.
- De steeds groter wordende vraag naar begeleiding staat niet in verhouding tot het beperkt aantal uren dat de ELP besteedt aan begeleiding.
- Momenteel zijn er onvoldoende middelen om de ELPF performant te maken.
- Het is zorgwekkend dat er een aparte functie werd gecreëerd naast de eerstelijnszorg van de CAW’s. Het CAW krijgt onvoldoende middelen om psychologen naar hun niveau te betalen, terwijl er wel middelen voor de ELPF kunnen vrijgemaakt worden. De ELPF had perfect ingebed kunnen worden in de huidige werking van het CAW.

#### 2.4.4 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject Maasmechelen

##### 2.4.4.1 *De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De korte wachttijd bij de ELP: enkele dagen tot maximaal 2 weken.
- De ELP biedt laagdrempelige, betaalbare, vlot bereikbare en kwalitatief goede psychologische hulpverlening aan patiënten.
- Dankzij de ELP is er meer mogelijkheid tot verwijzing.
- Privétherapeuten leren via de ELP om ook zelf meer kortdurend en gericht te denken.
- Het is een meerwaarde dat het pilootproject gecoördineerd wordt door huisartsen. Dit komt de samenwerking met de huisartsen ten goede.
- De goede bekendmaking bij de verwijzers.
- Het enthousiasme, de motivatie en de competenties van de ELP. De ELP gaat er 200% voor en steek veel tijd en energie in dit project – veel meer dan datgene waarvoor de overheid betaalt.
- De reeds bestaande samenwerkingsverbanden tussen de GGZ-partners in de regio: SEL, POP, Noolim, etc.
- De feedback van de ELP naar de huisarts over de begeleiding.
- De leden van de stuurgroep die samen naar oplossingen zoeken voor problemen die zich stellen.
- De aanwezigheid van de ELP stimuleert tweedelijnsorganisaties om efficiënter te werken en hun aanbod op bepaalde terreinen te verbeteren.
- Dankzij de ELP hebben huisartsen meer kennis over psychologische screening en het GGZ-netwerk in de regio.

##### 2.4.4.2 *De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De grote vraag naar begeleidingen is voor de ELP belastend. Het is dan ook belangrijk om de ELP in te bedden in een team, en supervisie, intervisie alsook logistieke ondersteuning beschikbaar te stellen. Zoniet wordt het risico op burn-out groot.
- Door de grote vraag moet de ELP met wachtlijsten werken. Er is soms een wachtperiode van 3 à 4 weken. Nogal wat patiënten haken af wanneer ze te lang moeten wachten. In de eerste lijn moeten mensen snel terecht kunnen voor een eerste advies.
- Het is belangrijk om te bekijken hoe dit project gecontinueerd kan worden.
- Er is nood aan meer structurele omkadering zodat de ELP haar tijd ten volle kan spenderen aan het klinische werk. Nu komt de administratie en de aansturing van het project grotendeels op de schouders van de ELP terecht. Er is nood aan administratieve hulpmiddelen zoals een secretariaat en een goed systeem om patiëntgegevens te registreren.
- De ELP moet alsmaar meer tijd vrijmaken voor overleg – waardoor de individuele begeleidingen onder druk komen te staan.
- In de regio is er een lange wachttijd voor een afspraak bij het CGG.
- Er is een “wildgroei” aan allerlei psychologische hulpverleners (mental trainers, life coaches, etc.) in de regio zonder duidelijke competenties.
- Er moet nagedacht worden over een efficiënte manier om informatie over de begeleiding van de ELP naar de huisarts terug te koppelen. Momenteel geeft de ELP laattijdige en/of onvoldoende feedback, waardoor huisartsen weinig mee kunnen sturen.

## 2.4.5 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject het Pajottenland

### 2.4.5.1 *De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De toegankelijkheid, de laagdrempeligheid en de bereikbaarheid van de ELP. Door de hoge druk in de huidige samenleving hebben immers meer mensen behoefte aan psychologische ondersteuning.
- Vroegdetectie van psychische problemen is dankzij de ELP mogelijk, waardoor de ernst van problemen beperkt blijft.
- Heel de GGZ-sector denkt mee na over de plaats en de rol van de ELP.
- De huisarts heeft meer oog voor psychische problemen en GGZ.
- Regelmatige contacten en informatie-uitwisseling tussen de eerstelijnsverleners.
- De grote bekendheid van het project.
- De positieve reacties van de patiënten en hun verwijzers.
- De ELP is een noodzakelijke schakel in de zorgketen.
- De goede communicatie en vlotte samenwerking tussen de huisarts en de ELP. Er is erkenning en wederzijds respect, waardoor er automatisch meer informatie wordt uitgewisseld.
- Er wordt vlugger verwezen naar de ELP.
- Er zijn geen al te lange wachttijden voor een eerste gesprek bij de ELP.
- De mogelijkheid tot gerichte verwijzing van de ELP naar de tweede lijn.
- Dankzij de ELP wordt het getrapte zorgmodel ook binnen de GGZ realiteit.
- Dankzij de ELP is er een betere afstemming tussen de verschillende GGZ-partners (ELP, CAW, CGG, privépsychologen, mobiele teams 107, etc.).
- De huisarts is voor de ELP meer dan enkel een verwijzer – hij wordt gezien als een samenwerkende partner met duidelijke verwachtingen.
- Dankzij de ELP is er beter zicht op de bestaande behandelmogelijkheden voor psychische problemen in de eerste lijn.

### 2.4.5.2 *De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De SEL lijkt als partner nog niet helemaal aanvaard te zijn in het GGZ-landschap. Hierdoor bevindt de ELP zich soms in een geïsoleerde positie.
- Een betere afstemming tussen de verschillende lijnen is nodig.
- Er is nood aan een veilig communicatiekanaal.
- Een goede ondersteuning en opvolging door de overheid en de lokale partners zijn noodzakelijk om de uitwerking van deze nieuwe functie tot een goed einde te brengen.
- Het zou interessant zijn om een link te leggen tussen de opleiding van de huisartsen en de psychologen, zodat zij al van in de opleiding op elkaar zijn afgestemd en elkaar zien als samenwerkende partners.
- De wachtlijsten in de CGG blijven bestaan – hierdoor verloopt verwijzing naar en samenwerking met het CGG moeilijk.
- De GGZ beschouwt de ELP als dé oplossing voor al hun problemen. Dit is een verkeerde perceptie. De ELP moet de problemen van de GGZ niet oplossen – net de samenwerking en de afstemming tussen de ELP en alle GGZ-partners moet tot een oplossing leiden.

- De huisarts moet gebruik maken van de ELP alsook van de andere eerstelijnsvoorzieningen. Elke organisatie heeft zijn eigen aanbod. Huisartsen moeten hun patiënten verwijzen naar de voorziening die het best is geplaatst om de hulpvraag te beantwoorden.
- Het ontstaan van wachtperiodes bij de ELP is zorgwekkend. De ELP moet snel en gericht kunnen verwijzen en waar nodig kortdurende behandeling aanbieden, maar de nodige capaciteit moet voorhanden zijn om dit te realiseren.
- Er is nog te weinig overleg om de samenwerking tussen de verschillende partners te laten slagen. De samenwerking moet systematisch opgevolgd en bijgestuurd worden. Er werden wel al enkele onderlinge afspraken gemaakt (zelfs schriftelijk), maar het nakomen en uitvoeren van deze afspraken verloopt niet vlot.
- Er is nood aan meer netwerking met privétherapeuten. Ook de erkenning en de bescherming van het beroep “psychotherapeut” is noodzakelijk.
- Er is nood aan lokale antenneposten van de CGG en de CAW in gemeenten met meer dan 10.000 inwoners.

#### 2.4.6 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject Poperinge

##### 2.4.6.1 *De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepen:*

- De ELPF krijgt een duidelijke plaats binnen het GGZ-netwerk.
- De samenwerking met de ELP verloopt goed en spontaan. De patiënt wordt goed opgevolgd in overleg met de sociale werker en er wordt duidelijk over de patiënt gecommuniceerd.
- De ELP geraakte snel ingebed in het OCMW van Poperinge.
- Een ELP in het OCMW van Poperinge is een grote meerwaarde. Voordien werden patiënten naar een naburige gemeente verwezen voor psychologische ondersteuning. Deze afstand werkte voor veel mensen drempelverhogend. Het feit dat de ELP dichtbij zit, trekt veel mensen over de streep.
- De laagdrempeligheid en de goede bereikbaarheid van de ELP zijn de grootste troeven. De stap naar de ELP wordt op deze manier sneller gezet.
- Het is een meerwaarde om als huisarts met de ELP te kunnen samenwerken rond geestelijke gezondheidszorg – een thema waar huisartsen niet zoveel kaas van hebben gegeten. De ELP helpt en stuurt bij waar nodig.
- De aanwezigheid van de ELP is zowel voor patiënten als voor de andere hulpverleners een grote meerwaarde. De sociale dienst komt vaak in aanraking met cliënten met psychische problemen, maar zijn hiervoor onvoldoende opgeleid. Dankzij de samenwerking met de ELP krijgen deze cliënten eindelijk de correcte begeleiding die ze nodig hebben. Maatschappelijke werkers leren op hun beurt om de gedragingen van hun cliënten beter te kaderen en aan te pakken. Dit is een absolute meerwaarde en was voordien een gemis in de regio.
- De ELP houdt tweemaal per week een zitdag in het gebouw van OCMW Diksmuide. Dit wordt als een grote meerwaarde ervaren. In Diksmuide is het GGZ-aanbod zeer beperkt. De ELP denkt mee na over cliënten met psychische problemen en geeft het nodige advies.
- Verwijzing naar de ELP door het OCMW verloopt vlot doordat de ELP in hetzelfde gebouw zit.
- Dankzij de ELP bestaat er voor patiënten met psychische problemen een concreet begeleidingsaanbod en kan er snel een afspraak gemaakt worden.
- Dankzij de ELP staat psychotherapie nu meer op de kaart.

- De aanwezigheid van de ELP werkt voor de klinische partners rustgevend. Situaties waarin ze vroeger vastzaten, kunnen nu met de ELP besproken worden. Psychologische hulp wordt ook sneller ingeschakeld en partners hebben meer oog voor psychische problemen.
- Patiënten haken bij een verwijzing minder snel af doordat de ELP zich binnenshuis bevindt – dit werkt voor veel patiënten drempelverlagend.
- Dankzij de ELP worden mensen gerichter en sneller geholpen. Vroeger was het enkel mogelijk om naar het CGG door te verwijzen, maar dit verliep niet altijd zo gemakkelijk.
- Gedreven partners die achter het project staan.
- Een goede en brede vertegenwoordiging van klinische partners in de stuurgroep van het project. De verschillende partners erkennen bovendien elkaars deskundigheid.
- Het samenwerkingsverband maakt deel uit van een ruimer netwerk: het netwerk GGZ binnen functie 1 van Artikel 107.
- De laagdrempeligheid van het sociaal huis draagt bij tot het succes van de ELP.
- Het werkingsgebied van Poperinge is landelijk. Daarom werd de ELPF gedecentraliseerd door een antenepunt in Diksmuide te creëren.
- De ELP zijn een goed medium om psychologische ondersteuning binnen de eerste lijn verder uit te bouwen.
- De verwijzingen van huisartsen loopt gestroomlijnd.
- Er is een grote openheid tussen de partners onderling om de ELPF binnen een ruimer geheel (i.e., netwerk GGZ) te plaatsen.

#### 2.4.6.2 *De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- Er is nood naar een eenvoudig registratiesysteem om efficiënt en vlot patiëntgegevens bij te houden en te verwerken. Dit is vooral belangrijk om patiënten goed te kunnen opvolgen.
- Er wordt onvoldoende voor de ELP zelf gezorgd. Er is nood aan supervisie en intervisie.
- Het zou interessant zijn als de klinische partners het jaarverslag van de ELP ontvangen, zodat ook zij zicht hebben op de aard van de behandelde problematiek, het aantal gegeven behandelingsessies per patiënt, het aantal verwijzingen, de organisaties waarnaar de ELP verwijst, etc.
- De ELP organiseert vaak consultaties buiten de openingsuren van het OCMW. Hiervoor moet nog een goede oplossing gezocht worden.
- Door de stijgende vraag naar begeleidingen, is de ELP sinds kort verplicht om met een wachtlijst te werken. Mogelijks lopen de wachttijden in de toekomst verder op en verschuiven belangrijke opdrachten (de brugfunctie tussen de eerste en de tweede lijn, de deskundigheidsbevordering bij huisartsen, etc.) naar de achtergrond.
- Het is nog niet duidelijk of de ELP ook tot economische voordelen leidt.
- Een belangrijk aandachtspunt is de toenemende psychogeriatrische zorgproblematiek in de woonzorgcentra.
- Het is jammer dat de ELP geen huisbezoeken mag doen bij mindervalide personen.
- De onderlinge samenwerking moet geëvalueerd worden.
- Het leveren van getrapte zorg behoort tot de mogelijkheden mits de tweede lijn voldoende beschikbaar is.

- De onzekerheid en onduidelijkheid over het verdere verloop van het project leidt tot een grote bezorgdheid. Als het project wordt stopgezet, zal dit bij de huisartsen leiden tot veel frustratie en een kleinere bereidheid om in de toekomst in nieuwe initiatieven te stappen.
- De verdere schaalvergroting van diverse diensten (onder andere de fusie van de CAW's) zorgt ervoor dat in minder verstedelijkt gebied het GGZ-aanbod verschaalt. Een laagdrempelige ELP is daar meer dan nodig.

#### 2.4.7 De succesfactoren en de verbeterpunten binnen pilootproject Turnhout

##### 2.4.7.1 *De succesfactoren volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- De goede samenwerking tussen de ELP onderling.
- De snelle beschikbaarheid, goede bereikbaarheid en laagdrempeligheid van het ELP-aanbod
- Brugfunctie van de ELP naar andere GGZ-diensten (vooral naar tweede en derdelijnsvoorzieningen).
- De inbedding in het preventiecentrum met ondersteuning op verschillende vlakken.
- Patiënteninformatie wordt op vraag netjes door de ELP aan de klinische partners doorgegeven.
- De ELP werkt efficiënt en snel.
- Klinische partners (huisartsen) kunnen bij de ELP terecht voor het nodige advies om psychische problemen zelf te behandelen of een goede verwijzing te kunnen doen.
- De ELP is bij huisartsen goed gekend. Het wordt ook alsmear duidelijker welke patiënten bij de ELP terecht kunnen.
- De ELP is ingebed in het aanmeldingsteam Netwerk GGZ Kempen. Dit versterkt de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Hierdoor zijn klinische partners goed vertrouwd met elkaars werking en kan er op een complementaire manier samengewerkt worden.
- Het aanmeldingsteam en de ELP zetten zich samen in om goed zicht te hebben op de sociale kaart in de regio.
- Dankzij de indicatiestelling van de ELP worden patiënten juist en snel verwezen naar de tweede lijn.
- Dankzij de ELP is er een nauwere samenwerking tussen de huisarts en de geestelijke gezondheidszorg.
- Het thema "psy" krijgt een meer centrale plaats in de huisartsenpraktijk.
- De ELP heeft een belangrijke dispatch functie.
- De samenwerking tussen de ELP en het CAW verloopt beter.
- De ELP biedt betaalbare hulp.

##### 2.4.7.2 *De verbeterpunten volgens de ELP, de klinische partners en de lokale stuurgroepleden:*

- Eén ELP is absoluut ontoereikend om de hele regio (i.e., 160 huisartsen) te bedienen. De ELP is bijgevolg genoodzaakt om de aangeboden hulp beperkt te houden wat soms tot frustraties leidt. Bovendien zorgt dit voor een behoorlijke werkdruk.
- Veel huisartsen verwijzen nog te zware en/of acute pathologie door naar de ELP. Het is niet altijd evident om dergelijke problematiek als ELP op te nemen en het is zeer tijdsintensief.
- Er is niet altijd voldoende mogelijkheid tot overleg met het ruimere team waarbinnen de ELP werkt.



- Vooral de registratie en de administratie vallen zwaar. Blijven werken als ELP is op lange termijn niet haalbaar. Meer middelen zijn nodig om de ELP voldoende ademruimte te kunnen geven.
- Kansarme doelgroepen worden onvoldoende bereikt.
- De ELP werkt té kortdurend: één à twee gesprekken volstaan voor veel mensen niet. Dit weerhoudt sommige partners ervan om patiënten door te verwijzen.
- De ELP moet meer beschikbaar zijn voor huisartsen: het is belangrijk dat de ELP en de huisarts onder hetzelfde dak zitten.
- De ELP werkt nu een deel van de tijd in het aanmeldingsteam. Hierdoor blijft er minder tijd over voor de opvang van verwezen patiënten.
- Groepsessies voor patiënten zouden een meerwaarde zijn.
- Het is belangrijk om een oplijsting te maken van de aanwezige psychologen in de regio zodat verwijzing op een adequatere manier verloopt.
- Het is niet echt duidelijk wat het verschil is tussen de ELP en de werking van het aanmeldingsteam.
- De ELP is minder goed bereikbaar voor patiënten met psychische problemen dan de huisarts voor patiënten met medische problemen.
- De samenwerking tussen de ELP en de huisartsenvereniging regio Turnhout moet versterkt worden. Beide moeten op zijn minst op de hoogte zijn van elkaars aanbod.
- De ELP moeten voldoende ondersteund worden – er is vooral nood aan intervisie en supervisie.
- Momenteel is de ELP ingebed in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen, maar het zou beter zijn om de ELP in te bedden in een organisatie binnen de gezondheidszorg of de welzijnzorg.
- De capaciteit van het GGZ-aanbod in de Kempen is veel lager ten opzichte van de rest van Vlaanderen.
- De ELP hebben onvoldoende tijd om de verschillende kerntaken te vervullen.
- De Vlaamse overheid geeft onvoldoende richtlijnen betreffende screening, registratie, etc.
- Er wordt gevreesd dat de Vlaamse overheid onvoldoende politieke moed heeft om voor de eerste lijn te kiezen. De overheid zou echter veel kunnen besparen door volop in te zetten op de eerstelijnszorg.
- Verschillende sectoren (GGZ, Integrale jeugdhulp, VAPH, etc.) doen alsmear meer beroep op de eerstelijnszorg, maar er zijn bijna geen bijkomende middelen. Het is belangrijk dat de eerstelijnszorg niet dichtslibt.
- In de Kempen is de ELP sterk betrokken bij het CAW. Voor Turnhout geldt dit echter niet. Dit wordt als een gemis ervaren.
- Er moeten meer middelen worden vrijgemaakt voor communicatie en overleg tussen de huisartsen en de ELP.

## 2.5 De resultaten van de patiënten op de kwantitatieve vragenlijsten van de tevredenheidsbevraging

In het totaal vulden 132 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar de tevredenheidsbevraging in (zie tabel 12). De vragenlijst bevat zowel gesloten alsook enkele open vragen. We gaan van start met de bespreking van de gesloten vragen. In de volgende paragraaf komen de open vragen aan bod.

### 2.5.1 De socio-demografische kenmerken van de respondenten

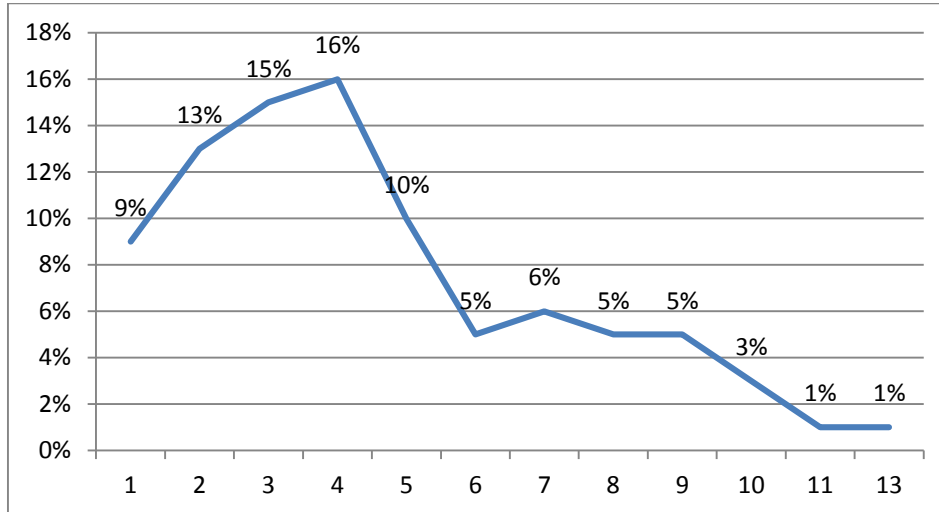
Tabel 12 geeft de verdeling van patiënten weer volgens geslacht, opleidingsniveau, taal en regio. Drie kwart van de patiënten die de vragenlijst invulden is vrouwelijk, het merendeel (87%) heeft een diploma secundaire of hoger onderwijs en Nederlands als moedertaal (85%). De moedertaal van de overige 15% van de patiënten is zeer gevarieerd: Arabisch (2%), Bulgaars (1%), Cubaans (1%), Duits (1%), Engels (1%), Frans (8%), Italiaans (2%) en Spaans (1%). Het aantal patiënten dat de vragenlijst invulden was verschillend voor de 7 pilootprojecten. Binnen de projecten Aalst en het Pajottenland vulden bijna 30 patiënten de tevredenheidsvragenlijst in. Binnen project Turnhout vulden slechts 8 patiënten de vragenlijst in.

Tabel 12 Sociografische kenmerken (geslacht, diploma, moedertaal, regio) van de patiënten die deelnamen aan de tevredenheidsbevraging.

Variabele	Kenmerk	Aantal	Percentage
Geslacht	Man	34	26
	Vrouw	98	74
Hoogst behaalde diploma	Lager onderwijs	14	11
	Secundair onderwijs	59	45
	Hoger onderwijs	55	42
	Andere	3	2
Nederlands als moedertaal	Ja	112	85
	Nee	20	15
Regio	Aalst	27	21
	Brussel	14	11
	Kempen	12	9
	Maasmechelen	25	19
	Pajottenland	29	22
	Poperinge	17	13
	Turnhout	8	6

### 2.5.2 Het aantal aangeboden behandelsessies

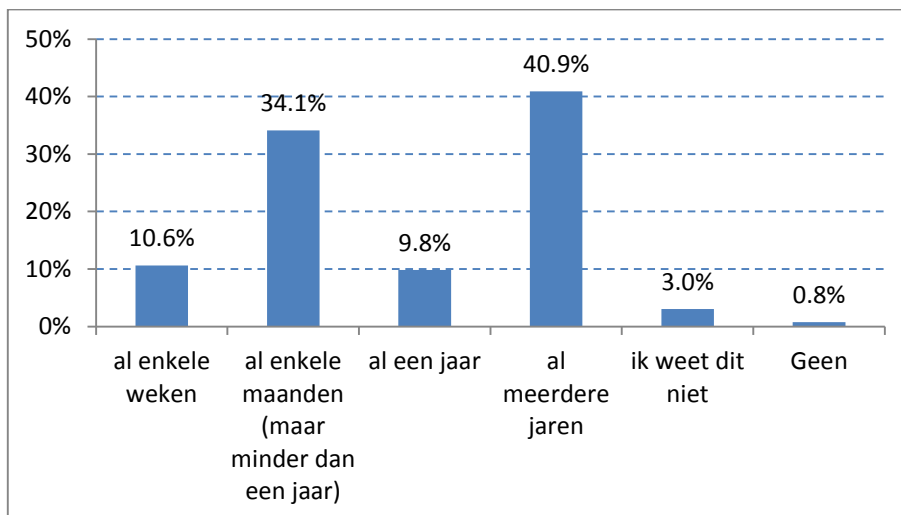
Figuur 1 geeft een percentueel overzicht van het aantal aangeboden behandelsessies. 66% van de patiënten krijgt minder dan vijf sessies, 29% tussen de 5 en 10 sessies en een kleine minderheid (5%) ontvangt meer dan 10 sessies.



Figuur 1 Percentueel overzicht van het aantal aangeboden behandelsessies.

### 2.5.3 De duur van de psychische klachten

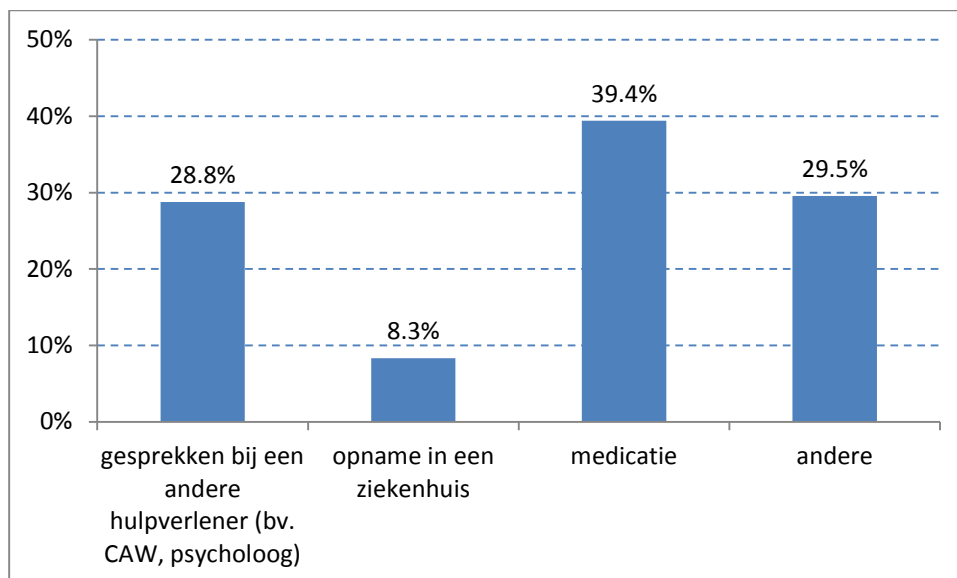
Figuur 2 geeft de duur van de klachten weer zoals beoordeeld door de patiënt zelf. Eén op 3 patiënten ervaart voorafgaand aan de begeleiding bij de ELP al enkele maanden psychische klachten, 41% van de patiënten kampt al meerdere jaren met klachten.



Figuur 2 Percentueel overzicht van de duur van de klachten.

### 2.5.4 Bijkomende ondersteuning ontvangen naast de ELP

39% van de patiënten ontvangt naast de begeleiding bij de ELP medicatie voor zijn klachten en 29% van de patiënten ging eerder al op gesprek bij een andere hulpverlener (bv., een hulpverlener van het CAW of een andere psycholoog) (figuur 3).



Figuur 3 Percentage patiënten dat naast de ELP bijkomende ondersteuning ontvangt.

### 2.5.5 De algemene tevredenheid van de patiënten

Over het algemeen zijn patiënten zeer tevreden over hun contact met de ELP. Op een schaal van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (uiterst tevreden) bedraagt de gemiddelde tevredenheid 8,9 (tabel 13). Ook binnen de afzonderlijke projecten is de tevredenheid van de patiënten hoog. Voor elk project zien we een score boven de acht.

Tabel 13 Algemene tevredenheid van patiënten over de ELP (gemiddelde en SD) per pilootproject.

Pilootproject	Gemiddelde tevredenheid van de patiënten op een 10-puntenschaal en standaarddeviatie
Aalst	9 (1,1)
Brussel	8,5 (1)
Kempen	9,2 (1,1)
Maasmechelen	8,7 (1,2)
Pajottenland	9,1 (1)
Poperinge	8,9 (1,1)
Turnhout	8,6 (1)
Gemiddeld over de projecten	8,9 (1,1)

### 2.5.6 De ervaringen van patiënten met de ELP

Tijdens de tevredenheidsbevraging werden een aantal stellingen betreffende de ELP aan de patiënten voorgelegd om zo te peilen naar hun ervaringen met de ELP. Aan de patiënten werd gevraagd om per

stelling op een 5-puntenschaal te beoordelen in welke mate deze stelling volgens hen van toepassing is (mate van realisatie; 1=nooit, 2=zelden, 3=soms, 4=meestal, 5=altijd) en in welke ze deze stelling belangrijk vinden (mate van belang; 1=zeer onbelangrijk, 2=onbelangrijk, 3=neutraal, 4=belangrijk; 5=zeer belangrijk). Tabel 14 geeft een overzicht van de mate waarin de stellingen volgens de patiënten waar zijn en de mate waarin ze belangrijk zijn. De tabel beschrijft de gemiddelde score op iedere stelling berekend over de 7 pilootprojecten heen met tussen haakjes de standaarddeviatie. Bijkomend berekenden we voor elke stelling de discrepantiescore. Deze score is het percentage patiënten dat een stelling (zeer) belangrijk acht, maar tegelijk aangeeft dat deze stelling zelden of nooit van toepassing is.

Het merendeel van de stellingen is volgens de patiënten altijd of meestal van toepassing. Voor 14 van de 16 stellingen geven de patiënten aan dat deze meestal of altijd gelden. Patiënten vinden deze stellingen ook belangrijk of zeer belangrijk. Bovendien blijkt de mate van realisatie van deze stellingen minstens even hoog zonet hoger te liggen dan de mate van belang. Ook de discrepantiescores geven aan dat de stellingen die patiënten belangrijk vinden in de praktijk van toepassing zijn. Als enige verbeterpunten stellen we vast dat de rubriek informatie door 5,6% van de patiënten als (zeer) belangrijk beoordeeld wordt en tegelijk zelden of nooit gerealiseerd. En voor 7% van de patiënten geldt dat er verbetering mogelijk is in het voorbereiden op crisissituaties.

Tabel 14 Mate van realisatie en belangrijkheid van sleutelementen in de zorg en percentage discrepantie.

<b>De ELP...</b> <i>(Duid aan op een 5-puntenschaal: 1=nooit en 5=altijd)</i>	<b>Mate van realisatie</b> <i>Gemiddelde (SD)</i>	<b>Mate van belang</b> <i>Gemiddelde (SD)</i>	<b>Discrepantie</b> <i>%</i>
is voor mij gemakkelijk bereikbaar	4,7 (0,6)	4,4 (0,7)	0,8
neemt voldoende tijd om met mij te spreken	4,9 (0,2)	4,7 (0,6)	0
houdt rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen	4,8 (0,4)	4,5 (0,7)	0
informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening	4,8 (0,5)	4,4 (0,8)	0,8
behandelt mij met respect	5 (0,2)	4,7 (0,6)	0
werkt goed samen met andere instanties, als dat nodig is	4,8 (0,7)	4,3 (0,8)	0
komt de gemaakte afspraken na	4,9 (0,2)	4,5 (0,7)	0
geeft me duidelijke informatie over mijn klachten en problemen (o.a., het verloop, kans op herval)	4,8 (0,4)	4,7 (0,6)	0
geeft duidelijke informatie over mijn klachten en problemen (o.a., het verloop, kans op herval) aan personen in mijn omgeving die belangrijk voor me zijn	3,4 (1,7)	3,9 (1,1)	5,7
helpt me om mijn klachten en problemen te begrijpen	4,8 (0,5)	4,7 (0,5)	0
biedt me handvaten en tips om mijn klachten en problemen te boven te komen	4,7 (0,6)	4,7 (0,6)	0,9
volgt de evolutie van mijn functioneren (bv., veranderin	4,7 (0,6)	4,6 (0,6)	1,9
helpt me tekens van herval te herkennen	4,5 (0,7)	4,5 (0,7)	2,4
heeft met mij afspraken gemaakt over waar ik terecht kan in een crisis of in een dringend geval van nood	3,8 (1,6)	4,2 (1,0)	7
wijst me de weg in de zorg en verdere mogelijkheden tot ondersteuning	4,3 (1,1)	4,4 (0,8)	3,1
respecteert mijn privacy	4,9 (0,3)	4,7 (0,6)	0

Vervolgens werd aan de patiënten gevraagd om een tweede reeks stellingen betreffende de ELP te beoordelen naar mate van realisatie en mate van belang (1 = nooit; 5 = altijd) (tabel 15). Vier stellingen zijn volgens de patiënten meestal van toepassing. Dankzij de ELP (1) hebben patiënten de wil om verder te gaan, (2) weten ze wat hun werkpunten zijn, (3) leren ze om voldoening te halen uit de zaken in hun leven die goed gaan en (4) leren ze wat ze beter wel en niet kunnen doen. Voor de overige stellingen liggen de scores tussen de 3 (soms) en de 4 (meestal). De discrepantiescores zijn over het algemeen niet

zo hoog. Wel leren ze ons dat de tussenkomsten die empowerend zijn en bijdragen tot coping stijlen en zelfredzaamheid wel eens vaker door patiënten als (zeer) belangrijk en tegelijk zelden of nooit gerealiseerd beoordeeld worden.

Tabel 15 Mate van realisatie en belangrijkheid van sleutelementen in de zorg en percentage discrepantie.

Dankzij de ELP...	Mate van realisatie	Mate van belang	Discrepantie
heb ik een doel in mijn leven	3,9 (1,0)	4,3 (0,9)	5,7
weet ik mijn grenzen te trekken	3,8 (0,8)	4,2 (0,8)	2,7
weet ik wat ik beter wel en beter niet kan doen	4 (0,9)	4,2 (0,8)	3,4
haal ik voldoening uit wat goed gaat	4,1 (0,8)	4,3 (0,6)	0,8
weet ik wel raad met de problemen die op mijn weg komen	3,7 (0,9)	4,3 (0,8)	4,2
beslis ik hoe ik baas word over mijn leven	3,8 (0,9)	4,3 (0,8)	5,3
heb ik de wil om verder te gaan	4,2 (0,7)	4,5 (0,8)	0
heb ik structuur in mijn leven	3,8 (0,9)	4,2 (0,8)	7
staan mijn klachten en problemen niet meer centraal in mijn leven	3,7 (0,9)	4,3 (0,7)	4,7
durf ik om hulp te vragen	3,9 (1,1)	4,3 (0,8)	9,1
weet ik waar ik goed in ben	3,9 (1,0)	4,2 (0,8)	4,6
vind ik mezelf de moeite waard	3,6 (1,0)	4,2 (0,8)	3,5
zet ik negatieve gedachten om in positieve gedachten	3,6 (1,0)	4,3 (0,8)	7
overzie ik hoe mijn leven mij heeft gevormd tot wie ik nu ben	3,8 (1,0)	4,1 (0,8)	1,8
kan ik omgaan met mijn kwetsbaarheden	3,5 (0,9)	4,3 (0,7)	7,7
durf ik op mezelf te vertrouwen	3,6 (0,8)	4,2 (0,8)	5,1
heb ik het gevoel dat ik iets kan betekenen voor iemand anders	3,8 (0,9)	4,3 (0,8)	2,7
weet ik wat mijn werkpunten zijn	4,1 (0,9)	4,3 (0,8)	3,4

## 2.6 De ervaringen van de patiënten over hun begeleiding bij de ELP binnen elk pilootproject

Naast de gesloten vragen peilden we via enkele open vragen naar bijkomende ervaringen van patiënten over hun begeleiding bij de ELP. In paragraaf 1 bespreken we enkele globale bedenkingen over de projecten heen. We gaan hier dieper in op de ervaringen van patiënten met betrekking tot de verschillende consultlocaties en op de algemene indruk die patiënten hebben over de ELP. We eindigen de paragraaf met enkele positieve quotes van patiënten.

In een tweede paragraaf bespreken we per pilootproject de ervaren meerwaarde van patiënten, de mate waarmee ze de ELP zouden aanbevelen aan familie of vrienden en wat mogelijke verbeterpunten zijn. Ook hier weer citeren we enkele quotes van patiënten indien aanwezig.

## 2.6.1 De globale ervaring van de patiënten met betrekking tot de ELP

### 2.6.1.1 De locatie van de ELP

Het is voor patiënten van groot belang dat de ELP een consultatie aanbiedt op een rustige en discrete locatie waar niet te veel mensen rondlopen zodat hun privacy ten volle gerespecteerd wordt. De locatie moet bovendien goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer en/of over een parking beschikken – dit werkt drempelverlagend. Een onthaal waar de patiënt terecht kan voor het maken van een afspraak of om de weg te vragen zijn een pluspunt. Er moet ook op gelet worden dat de consultatieruimten geluids dicht zijn – dit is immers niet altijd het geval. Of de ELP nu binnen een huisartsenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum of het sociaal huis zit, lijkt voor de meeste patiënten van weinig belang. Het feit dat het sociaal huis onderdeel is van het OCMW werd wel door één patiënt als negatief ervaren.

### 2.6.1.2 Algemene indrukken betreffende de ELP

Voor veel patiënten is de ELP een grote meerwaarde. Patiënten zijn vooral blij dat ze snel bij de ELP terecht kunnen met hun problemen – op het moment dat het nodig is. De ELP luistert aandachtig naar de problemen van mensen en toont begrip, zoekt mee naar oplossingen, leert je om op een andere manier te denken, geeft bruikbare raad en tips en helpt mensen zo vooruit. Bovendien werkt de ELP aan een tarief dat financieel haalbaar is. Ook het feit dat er contact is tussen de ELP en de huisarts en dat de ELP in een vertrouwde omgeving aanwezig is, ervaren patiënten als een meerwaarde. Patiënten voelen zich op hun gemak bij de ELP om over hun problemen te praten. De ELP heeft goed zicht op de bestaande hulpverleningsinstanties en kan mensen zo ondersteunen bij het nemen van beslissingen over meer gespecialiseerde zorg.

### 2.6.1.3 Enkele quotes van patiënten

- *“Als mijn huisarts mij niet had verwezen naar de ELP, dan weet ik niet wat er met mij gebeurd zou zijn. Ik zou uit mezelf nooit het initiatief genomen hebben om naar een psycholoog te gaan. Ik ben mijn huisarts dankbaar.”*
- *“Bij de ELP leerde ik om aandacht te besteden aan een aantal belangrijke zaken die ik in het verleden had genegeerd. Zo kwam ik beetje bij beetje weer op mijn poten terecht.”*
- *“Na drie gesprekken had ik dankzij de ELP reeds vooruitgang geboekt. Haar inzicht deed mij nadenken over mezelf en mijn aanpak.”*
- *“Langs gaan bij de ELP is voor mij een deugddoende ervaring – ik kijk telkens uit naar de volgende afspraak.”*
- *“Je kan bij de ELP je hart en ziel blootleggen, je fragiel opstellen, zonder dat je uitgelachen of bekritiseerd wordt of er misbruik van je wordt gemaakt.”*
- *“Dankzij de ELP heb ik mijn joie de vivre teruggevonden.”*
- *“Dankzij de ELP heb ik geleerd dat er altijd wel een uitweg is, maar dat je deze alleen moet willen vinden.”*
- *“De ELP is net wat ik op dat moment nodig had.”*
- *“Ik ben blij dat ik niet op een lange wachtlijst moest staan.”*
- *“Ik ben een vrij gesloten persoon – het lucht op om met de ELP over mijn problemen te kunnen praten.”*

Niettemin waren er ook enkele negatieve bedenkingen. Het beperkt aantal sessies wordt soms als negatief ervaren – patiënten hebben het gevoel dat ze de ELP niet alles kunnen vertellen, patiënten

krijgen niet altijd het antwoord op alle vragen en de behandeling blijft noodgedwongen vrij algemeen. Sommige patiënten vinden het enerzijds moeilijk om op 5 gesprekken een vertrouwensrelatie met de ELP op te bouwen. Anderzijds zijn er ook patiënten die het moeilijk hebben wanneer ze worden verwezen naar meer gespecialiseerde zorg en bij een nieuwe psycholoog terecht komen. Daarnaast is het niet in alle regio's mogelijk om op korte termijn een afspraak bij de ELP te maken. Sommige ELP zijn verplicht om met wachtlijsten te werken om de grote vraag te kunnen beantwoorden.

## 2.6.2 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject Aalst

### 2.6.2.1 *De patiënten vinden de ELP een meerwaarde*

Patiënten die de tevredenheidsvragenlijst invulden waren zeer enthousiast over de ELP van Aalst. De ELP straalt volgens hen rust uit, toont begrip en respect, en is meelevend en geduldig. Patiënten voelen zich van bij de eerste afspraak op hun gemak bij de ELP. De ELP is ruimdenkend – ze luistert naar mensen zonder hen te veroordelen. Bovendien voelen patiënten zich begrepen en geholpen door de ELP. De ELP is in staat om klachten te benoemen en deze in een breder perspectief te plaatsen. Zij laat patiënten anders naar hun problemen kijken wat leidt tot nieuwe inzichten. De ELP overloopt met patiënten mogelijke oplossingen en reikt hen handvaten, tips en tools aan waarmee ze zelf aan de slag kunnen. Het is voor patiënten een groot pluspunt dat de afspraak met de ELP snel kan worden ingepland.

### 2.6.2.2 *De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie*

Veel patiënten lieten weten dat ze de ELP zouden aanbevelen aan familie, vrienden of collega's met psychische problemen. Redenen om de ELP aan te bevelen zijn onder meer de lage kostprijs; de zachte, respectvolle, betrouwbare, accurate en inzichtelijke aanpak van de ELP; de mogelijkheid om snel op consult te kunnen komen zonder maanden te hoeven wachten; en de lage drempel en de goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van de ELP. Voorts is de ELP volgens patiënten een aanrader omdat zij nieuwe inzichten brengt, mee naar oplossingen zoekt en mensen helpt om hun problemen zelf aan te pakken. De ELP is vooral aan te bevelen voor mensen die weerhoudend of sceptisch staan tegenover psychologische hulp. De ELP is voor hen een goede manier om kennis te maken met psychische hulp en aan den lijve te ondervinden of verdere hulp nodig is.

### 2.6.2.3 *De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn*

Voor veel patiënten werkt de huidige formule goed – voor hen is er weinig nood aan verandering. Twee patiënten vonden het jammer dat ze bij de ELP slechts voor een beperkt aantal sessies terecht konden. Een andere patiënt gaf aan dat er meer nood is aan betaalbare psychische hulp die buiten het CAW gegeven wordt. Een verlenging en uitbreiding van het proefaanbod is volgens de patiënten hoognodig, omdat de vraag groot is en de bereikbaarheid en de toegankelijkheid momenteel nog iets te laag zijn.



#### 2.6.2.4 Enkele quotes van patiënten

- *“Dankzij de ELP begreep ik de oorsprong van mijn problemen waardoor ik niet langer kwaad op mezelf was. Dit was voor mij een grote opluchting. De ELP raadde me ook boeken aan die mij elke dag vooruit helpen.”*
- *“De ELP luisterde echt naar me, begreep me en ik kreeg ook uitstekende suggesties om mijn klachten aan te pakken.”*
- *“Ik voelde me bij de ELP onmiddellijk op mijn gemak. Het leek alsof we een hechte band hadden ook al kenden wij elkaar niet echt. Ik kon bij haar alles kwijt zonder veroordeeld te worden. Er werd ECHT naar me geluisterd, ik kon over alles praten en hoefde niet bang te zijn om mijn emoties te laten zien. Ik werd mij bewust van bepaalde zaken waar ik het moeilijk mee had en leerde hoe ik hiermee kon omgaan. Ik ben blij dat ik deze stap gezet heb. Bedankt!”*
- *“Ik ben blij dat ik naar jullie werd verwezen. Jullie verrichten prachtig werk! Een mens voelt zich meer waard!”*
- *“De ELP is een prachtig initiatief dat nooit mag verdwijnen.”*
- *“Ik hoop oprecht dat deze service mag blijven bestaan. De ELP is kwaliteitsvol, voor iedereen bereikbaar, snel beschikbaar en betaalbaar.”*
- *“Ik kan het aan iedereen warm aanbevelen! Eindelijk iemand die me begrijpt en die me aanvaardt zoals ik ben. Heerlijk toch!”*

#### 2.6.3 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject Brussel

##### 2.6.3.1 De patiënten vinden de ELP een meerwaarde

Ook de Brusselse patiënten geven aan dat de ELP een meerwaarde is. Sommige patiënten kunnen of durven niet met vrienden of familie over hun problemen praten. Mensen uit de nabije omgeving zijn soms te veel betrokken partij en kunnen moeilijk afstand nemen van de situatie. Praten met een buitenstaander helpt om problemen van op een afstand te bekijken. Voor veel patiënten is de ELP de eerste persoon waaraan ze hun problemen toevertrouwen. Patiënten hebben vertrouwen in de ELP en het gevoel dat het klikt, waardoor ze met hem vrijuit over hun emoties en problemen durven praten. De ELP luistert en probeert zijn patiënten te begrijpen. Hij is open, respectvol, steunend, geruststellend en niet veroordelend tijdens de gesprekken. De ELP kaart de juiste onderwerpen aan en stelt vragen die tot nadenken stemmen. Mensen worden zich meer bewust van zichzelf doordat de ELP soms bepaalde verbanden opmerkt die de patiënt zelf niet ziet. Doordat de ELP begrip toont, hebben patiënten het gevoel dat ze niet alleen staan met hun probleem.

##### 2.6.3.2 De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie

Patiënten zijn geneigd om de ELP aan te bevelen aan vrienden en familie omwille van de snelle beschikbaarheid, de nabijheid en de lage kostprijs. Voor veel mensen is het niet eenvoudig om een goede psycholoog te vinden. Eén patiënt gaf aan dat hij eerder al eens een psycholoog contacteerde, maar dat deze hem niets bijbracht.

##### 2.6.3.3 De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn

Patiënten halen weinig punten tot verbetering aan, wat doet vermoeden dat de huidige formule voor patiënten goed werkt. Eén patiënt vindt het wel jammer dat het aantal consultaties bij de ELP beperkt is.

#### 2.6.3.4 Enkele quotes van patiënten

- *“De behandelsessies bij de ELP zijn een bron van verlichting en opluchting.”*
- *“Dankzij de ELP geniet ik meer van de kalme momenten en vergeet ik mijn lijden.”*
- *“De ELP helpt me om verder te gaan met mijn leven.”*
- *“Het is gemakkelijk voor mij dat de ELP bij mijn huisarts zit – dit is een plek die ik goed ken. Ook de lage kostprijs van de ELP is zeer belangrijk. Bedankt.”*

#### 2.6.4 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject de Kempen

##### 2.6.4.1 De patiënten vinden de ELP een meerwaarde

De patiënten binnen project de Kempen vinden de ELP een meerwaarde omdat hij begrip en respect toont en discreet is. De ELP geeft een gevoel van vertrouwen, neemt de tijd om naar mensen te luisteren, laat mensen uitspreken en neemt problemen serieus. Dankzij het gesprek met de ELP krijgen patiënten meer inzicht in hun problemen, hebben ze minder het gevoel er alleen voor te staan en leren patiënten hoe ze hun problemen kunnen aanpakken. Patiënten kunnen redelijk snel bij de ELP terecht en de lage kostprijs verlaagt voor velen de drempel om de stap te zetten. De ELP zorgt ook voor verdere zorg indien nodig en legt daartoe de nodige contacten.

##### 2.6.4.2 De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie

Dit omdat de ELP mensen leert omgaan met hun problemen en aanspoort om na te denken over de toekomst. Mensen ervaren de hulp die de ELP biedt als een enorme vooruitgang.

##### 2.6.4.3 De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn

Weinig patiënten halen punten tot verbetering aan – de werking is voor velen goed zoals ze is. Twee verbeterpunten die wel worden aangestipt, zijn de lange wachttijd bij de ELP en het beperkt aantal ELP. Het is belangrijk om het project te laten doorlopen en uit te breiden.

##### 2.6.4.4 Enkele quotes van patiënten

- *“Ik voelde me beter na mijn afspraken met de ELP.”*
- *“De dingen zijn verbeterd doordat de ELP de tijd nam om naar me te luisteren en me antwoorden gaf op een aantal vragen die ik zelf niet kon beantwoorden. Ik ben zeer tevreden over mijn sessies bij de ELP en ik heb veel respect voor psychologen. Bedankt voor alles.”*
- *“Ik zou de ELP zeker aanbevelen. Ik vind de aangeboden hulp enorm goed. Het team is er voor je en dat ervaar je ook. Alles verloopt correct en het is financieel ook goed doenbaar.”*
- *“Ik had niet gedacht dat ik ooit op een dag naar een psycholoog zou gaan. Maar het was een zeer positieve ervaring. Bedankt.”*

#### 2.6.5 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject Maasmechelen

##### 2.6.5.1 De patiënten vinden de ELP een meerwaarde

Patiënten vinden het een meerwaarde dat ze hun verhaal aan een buitenstaander kwijt kunnen – aan iemand die tijd vrijmaakt om te luisteren. Dit alleen al werkt voor veel mensen opluchtend. Sommige zaken durven patiënten immers niet met familie of vrienden te bespreken. Patiënten hebben ook een

goed gevoel bij de ELP: “het klikt” – ze kunnen haar vertrouwen en met haar over hun problemen praten. De ELP luistert aandachtig zonder te veroordelen, toont begrip, is oprecht geïnteresseerd en reikt oplossingen aan zonder deze op te dringen. Dit alles geeft patiënten het gevoel er niet alleen voor te staan.

#### 2.6.5.2 *De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie*

Dit omdat een goede babbel wonderen kan doen – het helpt mensen om tot andere inzichten te komen en terug het positieve te zien. De ELP is bovendien een neutrale figuur – je kunt tegen haar alles zeggen, terwijl je niet bang hoeft te zijn dat je veroordeeld wordt, dat je verhaal wordt verder verteld of dat je de les wordt gelezen. Familie en vrienden veroordelen problemen vaak mede omdat ze betrokken partij zijn en hier niet objectief over kunnen nadenken. De ELP is ook waardevol voor mensen die niemand hebben waarmee ze met hun problemen terecht kunnen. De ELP reikt je handvaten aan en geeft je goede raad die je verder helpt.

#### 2.6.5.3 *De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn*

Patiënten hebben weinig of geen verbeterpunten betreffende de werking van de ELP. Eén patiënt vindt wel dat de behandelsessies gerust langer dan een uur mogen duren. En twee patiënten hebben nood aan nog meer tips en advies om hun problemen op te lossen.

#### 2.6.5.4 *Enkele quotes van patiënten*

- *“De ELP biedt je een warme ontvangst, geeft je het gevoel dat je niet overbodig bent in de maatschappij en dat er naar je geluisterd wordt.”*
- *“De ELP is eigenlijk onmisbaar in onze samenleving. Er wordt steeds meer geëist van mensen en niet iedereen kan hiermee om. De ELP luistert naar je en zoekt mee naar oplossingen.”*
- *“Het is fijn om je rugzakje ‘miserie’ te kunnen leegmaken bij iemand die niet dichtbij je staat, leeft, werkt, etc.”*
- *“Ik ben zeer tevreden over de ELP. Ik sta weer terug een beetje positiever in het leven.”*
- *“Ik ben blij dat ik kennis gemaakt heb met de ELP. Het is fijn om te weten dat ik haar kan bellen als het wat minder gaat.”*

### 2.6.6 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject het Pajottenland

#### 2.6.6.1 *De patiënten vinden de ELP een meerwaarde*

Ook de patiënten in het Pajottenland zijn enthousiast over de ELP. De ELP is iemand die goed kan luisteren zonder een oordeel te vellen, die begrip en respect toont, en die problemen serieus neemt – ze erkent de problemen van mensen. Patiënten vinden het een meerwaarde dat ze gehoord worden – dat ze eindelijk de problemen waarmee ze soms al een leven lang worstelen met iemand kunnen delen. Dit geeft hen het gevoel deze problemen te kunnen loslaten. Patiënten hebben vertrouwen in de ELP en voelen zich snel bij haar op hun gemak. De ELP biedt snelle hulp – gericht op de toekomst. Ze geeft een verklaring voor klachten en positieve feedback, leert patiënten om hun problemen één per één aan te pakken en om deze anders te benaderen. De ELP kan de gedachten en gevoelens van mensen goed herformuleren, brengt hen tot nieuwe inzichten en geeft hoop. Hij zoekt mee naar mogelijke oplossingen, biedt uitwegen en geeft bruikbare informatie, advies en tips waarmee patiënten ook thuis aan de slag kunnen. De ELP neemt de drempelvrees om naar een psycholoog te gaan weg, omdat hij op

korte termijn beschikbaar is. Bij andere hulpverleningsinstanties ligt de drempel veel hoger – je kunt als patiënt een hele hoop uitvluchten bedenken die je ervan weerhouden om de stap naar zorg te zetten.

#### 2.6.6.2 *De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie*

Patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie die een moeilijke periode doormaken omdat de ELP bekwaam is en doeltreffend werkt – ze praat niet in het luchtledige, maar zet patiënten met enkele tips op de goede weg. De behandelsessies leveren volgens verschillende patiënten duidelijke resultaten op: patiënten hebben zicht op hun problemen, zien wat hun mogelijkheden zijn en voelen zich beter. Bovendien is de ELP betaalbaar – mensen kunnen op een goedkope manier hun eerste stappen in de GGZ zetten.

#### 2.6.6.3 *De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn*

De meeste patiënten zijn zeer tevreden over de ELP. Niettemin werden er enkele suggesties tot verbetering gedaan. Zo organiseren de ELP binnen project het Pajottenland enkel op maandag en dinsdag consultatie. Voor patiënten is het soms moeilijk om zich naar deze dagen te schikken. Daarnaast moet de mogelijkheid tot consultatie na de werkuren bestaan. Er wordt ook voorgesteld om de duur van het behandeltraject uit te breiden – voor sommige patiënten zijn 10 behandelsessies namelijk onvoldoende. Patiënten maken ook melding van lange wachttijden vooraleer ze bij de ELP terecht kunnen. Er is dus grote nood aan een uitbreiding van het aanbod. Er is nood aan een betere communicatie over het aanbod in de regio – veel mensen hebben nu geen weet van het bestaan van de ELP.

#### 2.6.6.4 *Enkele quotes van patiënten*

- *“Ik ben absoluut geen prater en vind het moeilijk om een gesprek over mezelf te beginnen. Toch durfde ik me bij de ELP bloot geven.”*
- *“De ELP begreep me – dat miste ik bij mijn vrienden en familie.”*
- *“De ELP heeft mij geholpen om mijn depressie te overwinnen. Als ik niet bij haar was langs geweest, zou ik er nu misschien niet meer zijn. Ze was attent en gaf me voldoende kracht om te veranderen.”*
- *“De ELP gaf me terug vertrouwen.”*
- *“Je kunt tegen de ELP zaken vertellen die je tegen niemand anders durft vertellen.”*
- *“De ELP deed me opnieuw in mezelf geloven.”*
- *“De ELP voelde me goed aan, ik kon goed met haar praten.”*
- *“Het helpt echt als je alle pijn en opgekropte gevoelens kwijt kan bij iemand die naar je luistert en je met respect behandelt.”*
- *“Hartelijk dank, Vlaamse overheid. Dank u steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dit is hulpverlening op mensenmaat en voor iedereen betaalbaar. Zeker uitbreiden! Veel mensen zullen u dankbaar zijn.”*
- *“Ik ben een ander mens na de 8 sessies – nog niet volledig hersteld, maar wel goed op weg.”*

#### 2.6.7 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject Poperinge

##### 2.6.7.1 *De patiënten vinden de ELP een meerwaarde*

De ELP is een meerwaarde voor patiënten omdat ze problemen serieus neemt en hen wil helpen. Patiënten voelen zich op hun gemak bij de ELP – hebben het gevoel dat het klikt. De ELP luistert naar

het verhaal van patiënten zonder opdringerig te zijn. Ze biedt ondersteuning en inzicht in de situatie, geeft goede input, advies en tips, en zorgt voor goede contacten wanneer meer hulp nodig is. De ELP is ook goed bereikbaar.

#### 2.6.7.2 *De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie*

Patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden of familie die psychologische hulp nodig hebben, omdat een bezoek aan de ELP geruststellend werkt en helpt – het maakt mensen sterker, zet hen weer op het juiste spoor en brengt rust. Ook de kostprijs is laag wat drempelverlagend werkt. Patiënten zijn geneigd om een bezoek aan de ELP zo te laten als deze het normale tarief (45 EUR) zou vragen – zeker wanneer de problemen mild zijn.

#### 2.6.7.3 *De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn*

Ondanks de grote tevredenheid, deden de patiënten enkele suggesties tot verbetering. Het zou een meerwaarde zijn als de ELP aan huis kon komen. Twee patiënten geven aan dat de locatie van de ELP niet ideaal was. Er is een slechte akoestiek en de locatie is minder goed bereikbaar met het openbaar vervoer. Ook zou de ELP op meerdere momenten – vooral buiten de werkuren – beschikbaar moeten zijn.

#### 2.6.7.4 *Enkele quotes van patiënten*

- *“Ik voelde me direct goed bij de ELP. Ze bood me een luisterend oor, bracht me tot nieuwe inzichten en gaf me een duwtje in de rug om verder te kunnen. Grote dank voor de hulp.”*
- *“De ELP luistert echt, denkt mee na over mijn problemen en probeert me verder te helpen. Ik heb het gevoel dat ze begrijpt hoe ik me voel. Ze onthoudt ook wat ik zeg. Wanneer mijn tijd erop zit en ze geen verder afspraken heeft, laat ze me mijn verhaal afmaken.”*

### 2.6.8 De ervaringen van de patiënten met betrekking tot de ELP binnen pilootproject Turnhout

#### 2.6.8.1 *De patiënten vinden de ELP een meerwaarde*

Patiënten vinden de ELP een meerwaarde omdat zij hen het nodige vertrouwen schenkt en de tijd neemt om te luisteren zonder veroordelend te zijn – mensen kunnen hun verhaal doen. De ELP helpt patiënten inzien wat de kern van hun probleem is en ondersteunt hen om de negatieve gedachten die ze meedragen te relativeren en om te zetten naar iets positiefs. Ze zoekt mee naar goede oplossingen en naar geschikte hulp wanneer deze nodig blijkt.

#### 2.6.8.2 *De patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie*

Mensen zouden de ELP aanbevelen aan vrienden en familie die niet weten bij wie ze terecht kunnen. Een professional is immers opgeleid om problemen te benoemen – vrienden of kennissen hebben deze competentie niet. De ELP helpt mensen om weer realistisch over hun problemen na te denken. Het is een meerwaarde dat de ELP laagdrempelig is. De stap naar de ELP is een kleine stap – het voorkomt zo dat problemen erger worden.

#### 2.6.8.3 *De patiënten vinden dat er weinig punten tot verbetering zijn*

De patiënten binnen project Turnhout zijn zeer tevreden over de ELP. Er zijn weinig of geen suggesties tot verbetering. Eén patiënt geeft wel aan dat de wachttijd bij de ELP iets te lang is en een andere patiënt vindt het jammer om al na twee sessies te worden verwezen.

#### 2.6.8.4 Enkele quotes van patiënten

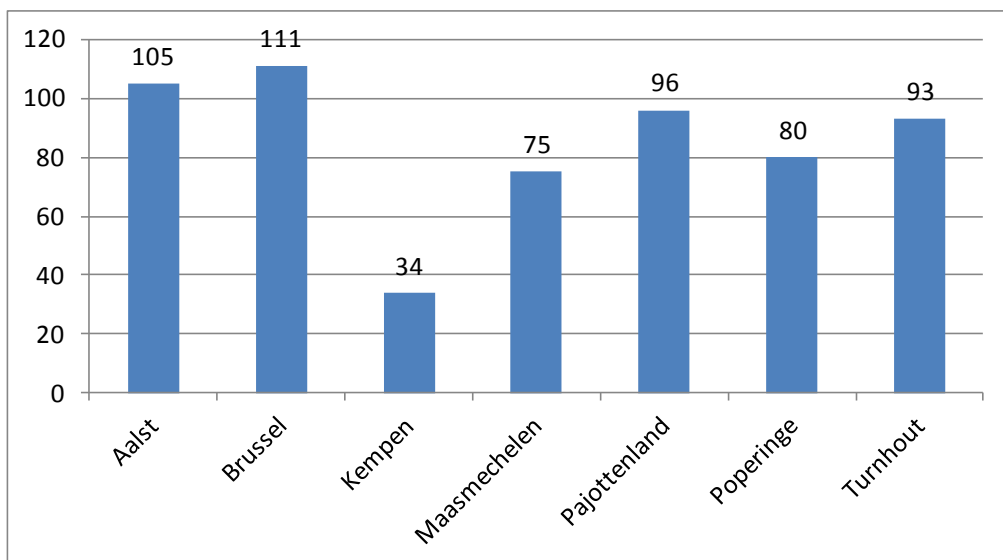
- “De ELP kan goed luisteren zodat ik mijn ei kwijt kon. Ze hielp me om alles op een andere manier te bekijken en gaf me raad over hoe mijn probleem op te lossen.”
- “De ELP is een aanrader voor iedereen met problemen. Het doet je goed!”

### 3 De resultaten van de registratiefiches

#### Methode

In het kader van de wetenschappelijke opvolging van de ELPF werd aan alle ELP gevraagd om gedurende 6 maanden een registratiefiche in te vullen voor elke patiënt die op consultatie kwam.

We ontvingen in het totaal 594 ingevulde registratiefiches. Figuur 4 geeft een overzicht van het aantal ingevulde fiches per pilootproject. In vergelijking met de andere projecten, werd er binnen project de Kempen voor minder patiënten een fiche ingevuld.



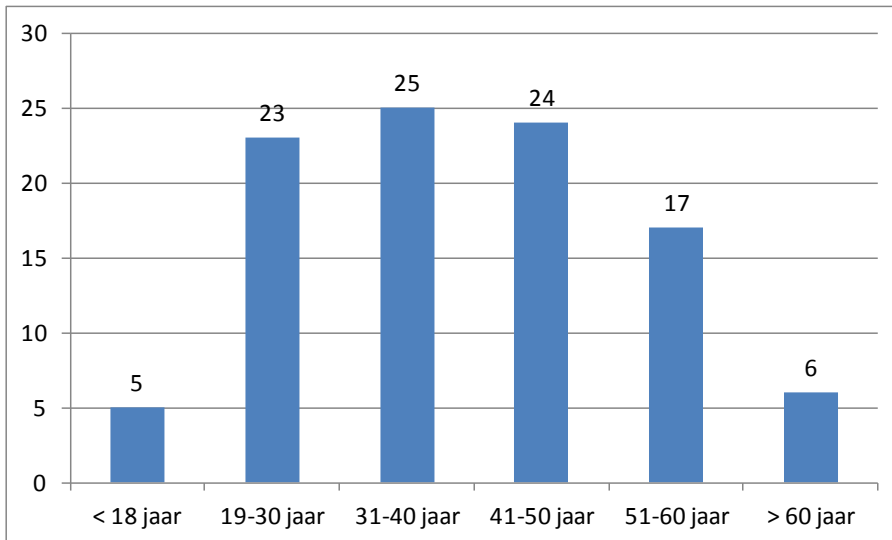
Figuur 4 Aantal ingevulde registratiefiches per pilootproject.

We gaan van start met een beschrijving van de voornaamste bevindingen over de 7 pilootprojecten heen. Vervolgens bekijken we de resultaten per pilootproject.

#### 3.1 De resultaten van de registratiefiches over de pilootprojecten heen

##### 3.1.1 De socio-demografische kenmerken van de patiënten

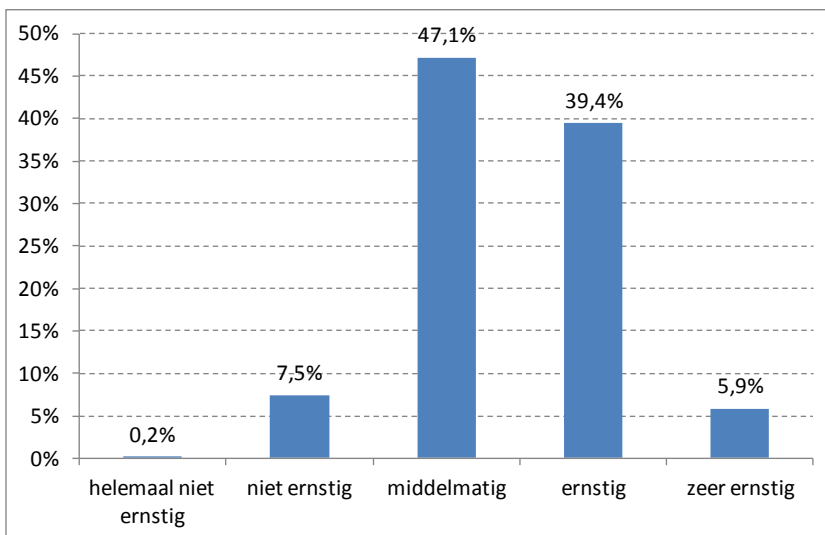
De verdeling van geslacht en leeftijd is niet gelijk. De meerderheid van de patiënten die de ELP behandelt (70%) is van het vrouwelijke geslacht. Figuur 5 geeft de leeftijdsverdeling van de patiënten weer. Drie kwart van de patiënten is tussen de 19 en 50 jaar, 5% van de patiënten is jonger dan 18 jaar en 6% is ouder dan 60 jaar. Wat de taal betreft spreekt 83% van de patiënten Nederlands, 14% Frans en 3% een andere taal.



Figuur 5 Percentueel overzicht van de leeftijdsverdeling van de patiënten.

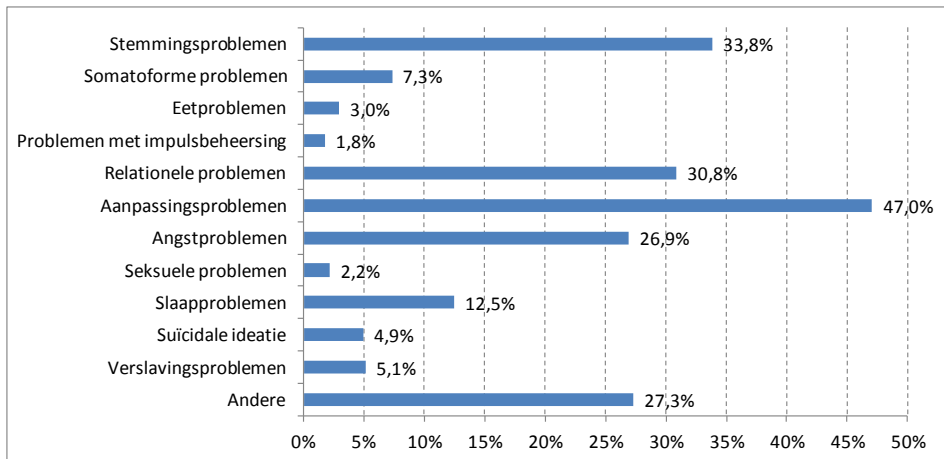
### 3.1.2 De aard en de ernst van de psychische problematiek

Voor het invullen van de registratiefiche maakten de ELP voor elke patiënt een inschatting van de ernst en de aard van de problematiek. Figuur 6 geeft een percentueel overzicht van de ernst van de problematiek. Ongeveer de helft van de patiënten heeft volgens de ELP een middelmatige problematiek, 45% heeft een ernstige of zeer ernstige problematiek en 7% heeft problemen die niet ernstig zijn.



Figuur 6 Percentueel overzicht van de ernst van de psychische problematiek.

Figuur 7 geeft weer welke problemen volgens de ELP het meest op de voorgrond treden. De meest voorkomende problemen zijn: aanpassingsproblemen (bij 47% van de patiënten), stemmingsproblemen (34%), relationele problemen (31%) en angstproblemen (27%). Met aanpassingsproblemen worden problemen bedoeld die het gevolg zijn van onder meer stress, burn-out, trauma en rouw. Volgende problemen komen minder frequent voor: slaapproblemen (bij 12% van de patiënten), somatoforme problemen (7%), verslavingsproblemen (5%), suïcidale ideatie (5%), eetproblemen (3%), seksuele problemen (2%) en problemen met impulsbeheersing (2%). In 27% van de gevallen zijn de problemen van een andere aard. Gerapporteerde “andere” problemen zijn onder meer persoonlijkheidsproblemen, identiteitsproblemen, eenzaamheid en ADHD.



Figuur 7 Percentueel overzicht van de aard van de psychische problematiek.

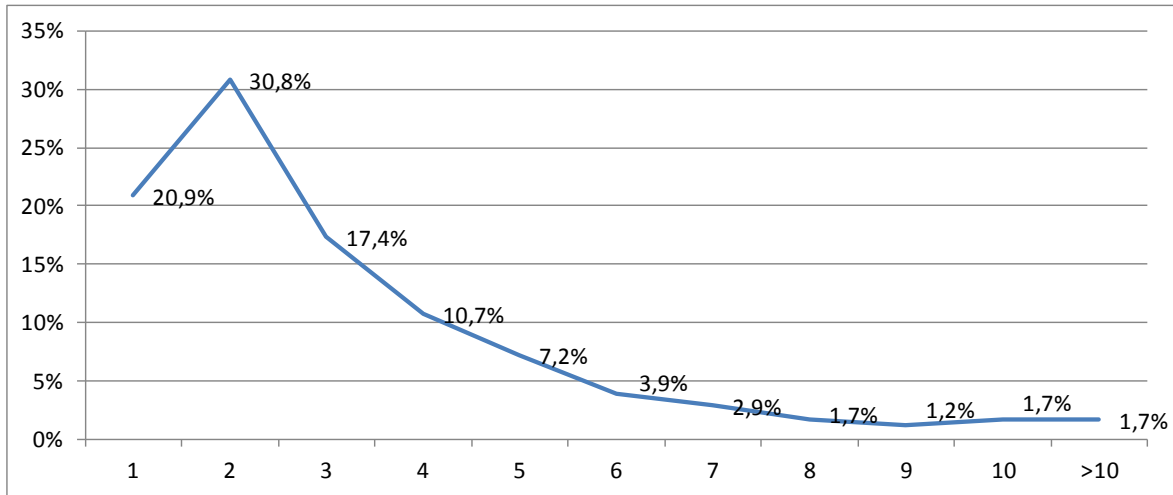
### 3.1.3 De klinische partner die de patiënt bij de ELP aanmeldt

Het merendeel van de patiënten wordt via de huisarts naar de ELP verwezen (87%). De overige 13% van de patiënten komt via het OCMW, het CAW, het CGG of op eigen initiatief bij de ELP terecht.



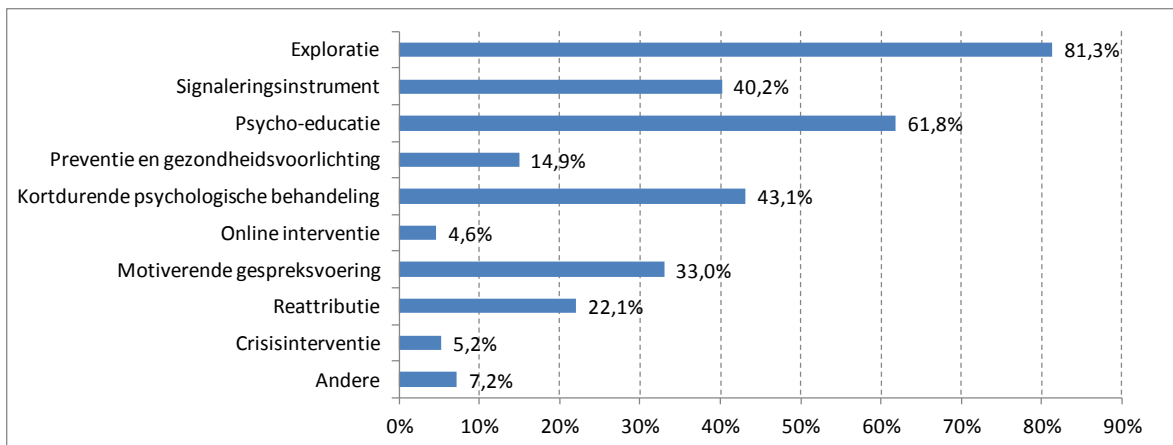
### 3.1.4 Het aantal aangeboden behandelssessies

Figuur 8 geeft een percentueel overzicht van het aantal gegeven behandelssessies. 80% van de patiënten ontvangt minder dan vijf behandelssessies, 19% tussen de 5 en 10 behandelssessies en een kleine minderheid (2%) meer dan 10 behandelssessies. De ELP geven soms meer dan 10 behandelssessies om de wachperiode voor meer gespecialiseerde hulpverlening te overbruggen, om patiënten voor te bereiden op deze hulpverlening of om verwijzing te voorkomen.



Figuur 8 Percentueel overzicht van het aantal aangeboden behandelssessies.

Figuur 9 beschrijft een aantal psychosociale interventies waarvan de ELP tijdens de behandelssessies gebruik kan maken. Het staafdiagram geeft weer bij hoeveel percent van de patiënten de ELP deze interventies effectief toepast.



Figuur 9 Percentueel overzicht van de aard van de interventies toegepast door de ELP.

De ELP maken het vaakst gebruik van exploratie, psycho-educatie en kortdurende interventies. Met 81% van de patiënten voert de ELP een explorerend gesprek om beter zicht te krijgen op de aard van de problematiek en bij 62% van de patiënten maakt de ELP gebruik van psycho-educatie. Volgende psycho-educatie technieken en bronnen wendt de ELP geregeld aan:

- De Emotional Freedom Technique
- Het boek “je wordt wat je denkt” van Inge Rock
- Tips om de communicatie met gezinsleden te verbeteren
- De Fit in je Hoofd website
- Technieken om het hoofd te bieden aan stressvolle situaties
- Het boek “loslaten” van Roland Rogiers
- Inzicht verschaffen in de oorsprong van problemen (burn-out, angst, piekergedrag, psychosomatische klachten)
- Tips om het slaappatroon te verbeteren
- De website “HSP Vlaanderen” voor hooggevoelige personen

Bij 43% van de patiënten past de ELP kortdurende interventies toe. Vaakgebruikte kortdurende interventies zijn:

- Het herkaderen van de problematiek
- De patiënt geruststellen en de problematiek normaliseren
- De toepassing van het KOP-model
- De samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag uitleggen
- Leren “nee” zeggen
- Ontspanningsoefeningen
- Oplossingsgerichte therapie
- Versterking van coping skills om het hoofd te bieden aan rouw- en verliessituaties
- Het uitdagen van negatieve gedachten

Signaleringsinstrumenten worden bij 40% van de patiënten gebruikt. Vaak gebruikte instrumenten zijn: de BSI, de BDI, de UCL en vragenlijsten die peilen naar slaapproblemen en burn-out.

Bij 33% van de patiënten doet de ELP aan motiverende gespreksvoering. De ELP probeert patiënten vooral te motiveren om de stap naar meer gespecialiseerde hulpverlening te zetten, om medicatiegebruik af te bouwen, om met iemand uit de omgeving (partner, baas, ouder, kind, etc.) een gesprek aan te gaan, om een bepaalde keuze te maken of om relatietherapie te starten.

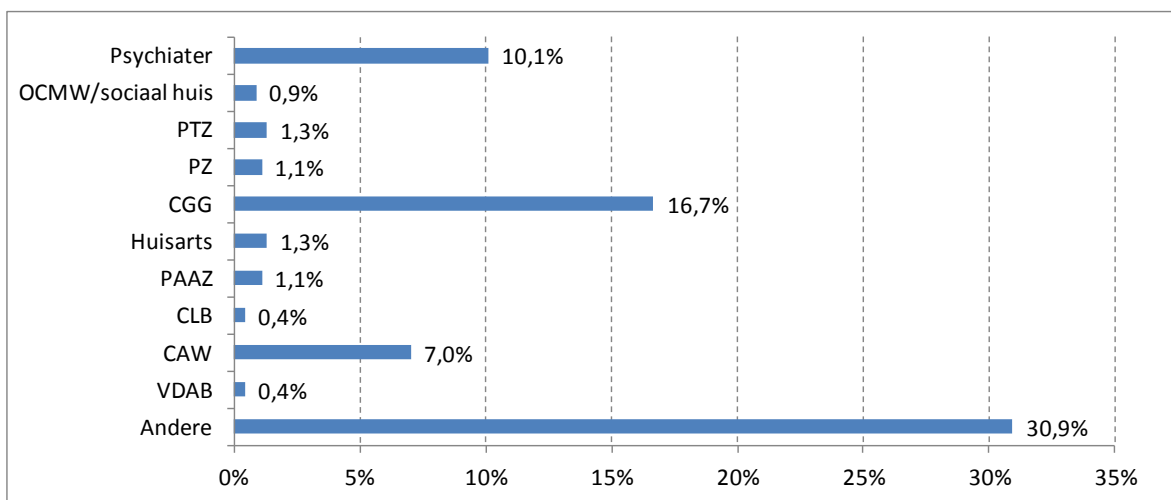
Reattributie, preventie en gezondheidsvoorlichting, crisisinterventie en online interventies past de ELP minder frequent toe. Voor 22% van de patiënten maakt de ELP gebruik van reattributie (i.e., de patiënt stimuleren om voor een lichamelijke klacht andere oorzaken te overwegen dan ziekte). Bij 15% van de patiënten doet de ELP aan preventie en gezondheidsvoorlichting. Preventie is vooral gericht op het leren herkennen van bepaalde signalen om zo herhal van klachten (burn-out, stress, depressie) te voorkomen. Crisisinterventie en online interventies passen de ELP bij slechts 5% van de patiënten toe.

Op de registratiefiches worden de gebruikte interventies weinig gespecificeerd, hoewel dit wel de vraag was. Wanneer de gebruikte interventies toch gespecificeerd worden, merken we uit de antwoorden dat het voor de ELP niet altijd duidelijk is wat er met de voorgestelde interventies precies bedoeld wordt. Om een concreet voorbeeld te geven, sommige ELP duiden op de fiche aan dat ze gebruik maakten van meerdere interventies (e.g., psycho-educatie, kortdurende behandeling en reattributie), maar bij de

specificatie van de gebruikte interventietechnieken wordt telkens dezelfde uitleg gegeven (e.g., probleemoplossend werken). Dit doet ons vermoeden dat de ELP weinig vertrouwd zijn met bruikbare psychosociale interventies binnen de eerste lijn en nood hebben aan meer inhoudelijke ondersteuning.

### 3.1.5 De klinische partners waar de ELP naar verwijst

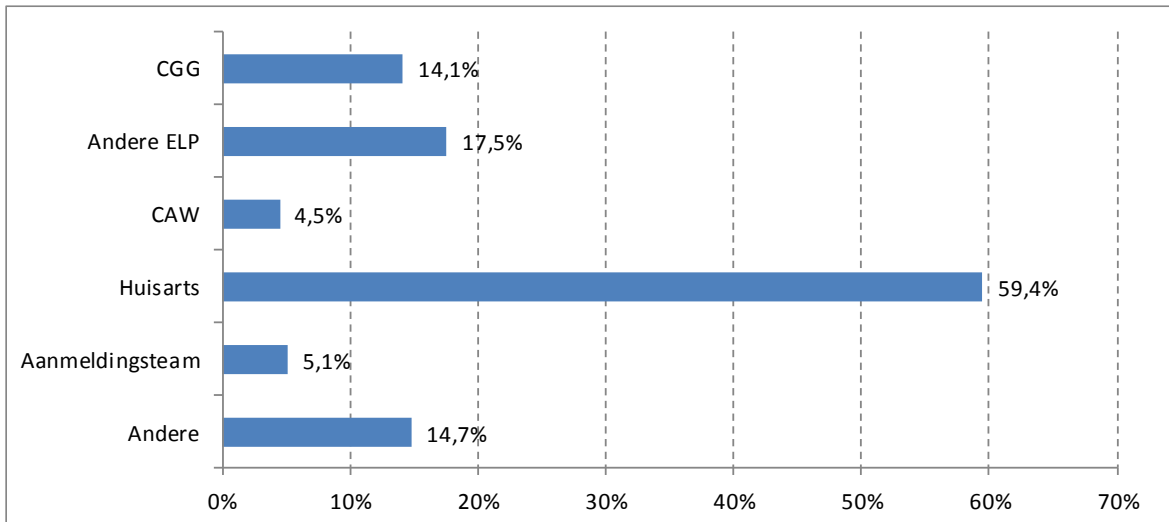
Uit de resultaten blijkt dat 56% van de patiënten door de ELP wordt verwezen. Figuur 10 geeft weer hoe frequent er naar de verschillende instanties wordt verwezen. 17% van de patiënten wordt verwezen naar een CGG, 10% naar een psychiater en 7% naar een CAW. Het merendeel van de patiënten (31%) wordt verwezen naar “anderen”. Deze categorie is zeer divers en bestaat onder meer uit privétherapeuten, organisaties die loopbaan- en trajectbegeleiding aanbieden, de dienst ondersteuningsplan, mobiele teams, de huizen van de mens, kinesisten, cursussen mindfulness, opvoedingswinkels, slachtofferhulp, pijnklinieken, relatietherapeuten, Similes, slaapcursussen, etc.



Figuur 10 Percentueel overzicht van de zorgvoorzieningen waar de ELP zijn patiënten naar verwijst.

### 3.1.6 De klinische partners waar de ELP mee overlegt

Voor 80% van de patiënten overleggen de ELP met andere zorgverstrekkers. In geval van overleg is dit voor meer dan de helft van de patiënten met de huisarts (60%). Andere partners waar de ELP soms mee overleggen zijn: een andere ELP (17%), het CGG (14%), het aanmeldingsteam (5%) of een andere partner (15%) (figuur 11). Tot de groep “anderen” behoren onder meer privétherapeuten, psychiaters, CKB-teams, het CLB, de Dienst Ondersteuningsplan, de huizen van de mens en het OCMW.



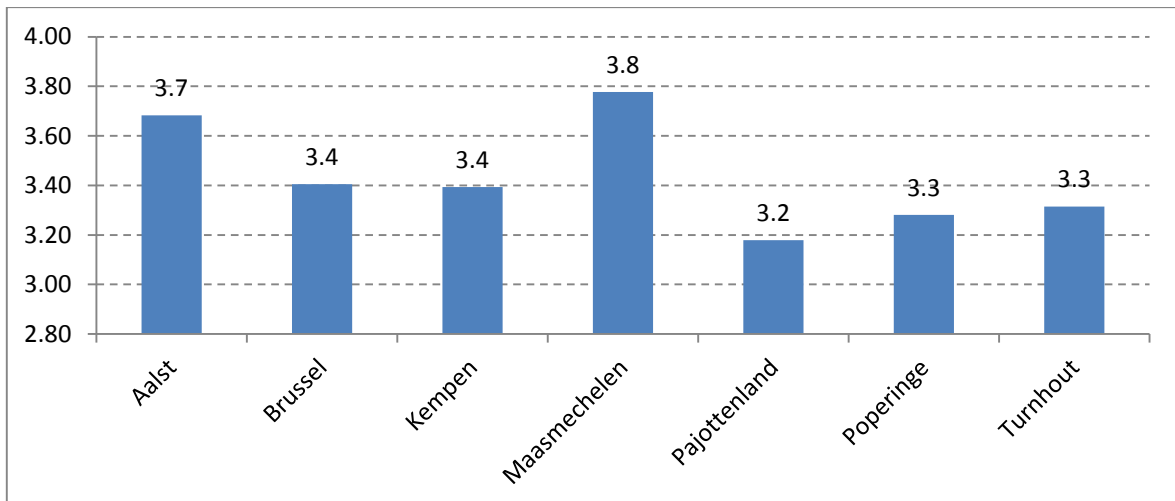
Figuur 11 Percentueel overzicht van de klinische partners waar de ELP mee overlegt.

Voor het merendeel van de patiënten (95%) koppelt de ELP informatie terug naar de huisarts. Communicatie met de huisarts verloopt in 59% van de gevallen via mail of brief, in 38% van de gevallen telefonisch en in 14% van de gevallen mondeling.

### 3.2 De resultaten van de registratiefiches per pilootproject

#### 3.2.1 De aard en ernst van de psychische problematiek

Figuur 12 geeft per project een overzicht van de gemiddelde inschatting van de ernst van de problematiek waarmee patiënten tot bij de ELP komen. Uit de statistische analyse blijkt dat de ernst van de problematiek significant verschilt tussen de projecten,  $F(6;488) = 7,1$  en  $p < ,001$ . In vergelijking met Aalst en Maasmechelen zijn de problemen minder ernstig in het Pajottenland, Poperinge en Turnhout.



Figuur 12 Gemiddelde inschatting van de ernst van de psychische problematiek per pilootproject.

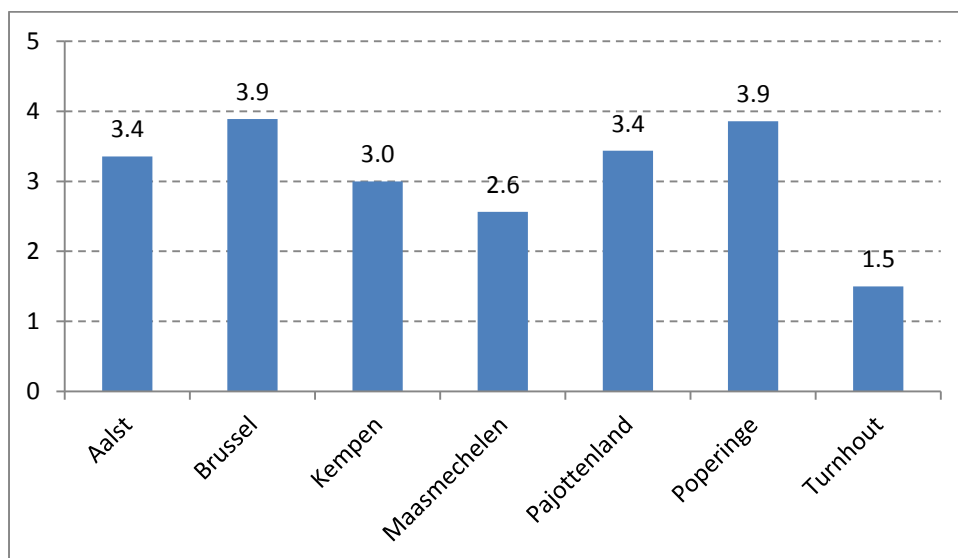
Tabel 16 geeft een percentueel overzicht van de aard van de problematiek per project. We zien enkele opvallende verschillen tussen de projecten onderling. In **Aalst** kampt meer dan de helft van de patiënten met aanpassingsproblemen, angstproblemen en andere problemen. Met “andere problemen” wordt vooral bedoeld op aandachtsproblemen, hooggevoeligheid en eenzaamheid. Een derde van de patiënten rapporteert relationele problemen en slaapproblemen. Binnen project **Brussel** meldt de helft van de patiënten stemmingsproblemen en aanpassingsproblemen. 40% van de patiënten rapporteert relationele problemen en een kwart heeft angstproblemen. Ook binnen project de **Kempen** komen stemmingsproblemen, aanpassingsproblemen en angstproblemen vaak voor. Relationele problemen worden in vergelijking met de andere projecten veel minder gerapporteerd. In de projecten **Maasmechelen**, het **Pajottenland** en **Poperinge** treden vooral aanpassingsproblemen, stemmingsproblemen en relationele problemen op de voorgrond. In **Turnhout** zien we dat 1/3<sup>de</sup> van de patiënten aanpassingsproblemen heeft. In vergelijking met de andere projecten komen stemmingsproblemen, relationele problemen en angstproblemen veel minder vaak voor. We merken op dat somatoforme problemen, eetproblemen, problemen met impulsproblemen, seksuele problemen, suicidale ideatie en verslavingsproblemen in geen van de projecten vaak op de voorgrond treden.

Tabel 16 Percentueel overzicht van de aard van de psychische problematiek per pilootproject.

Aard problematiek	Aalst	Brussel	Kempen	Maas- mechelen	Pajotten- land	Poperinge	Turnhout
Stemmingsproblemen	37	48	41	31	32	42	14
Somatoforme problemen	10	15	10	13	1	2	3
Eetproblemen	7	4	7	0	1	2	1
Problemen met impulsbeheersi	6	0	0	0	1	2	1
Relationele problemen	34	40	17	33	40	28	16
Aanpassingsproblemen	65	51	31	53	43	37	36
Angstproblemen	73	25	24	9	16	9	10
Seksuele problemen	4	1	0	9	0	2	0
Slaapproblemen	31	11	0	9	7	9	7
Suïcidale ideatie	8	4	7	7	1	11	1
Verslavingsproblemen	11	5	3	2	5	4	3
Andere	74	15	14	4	28	4	18

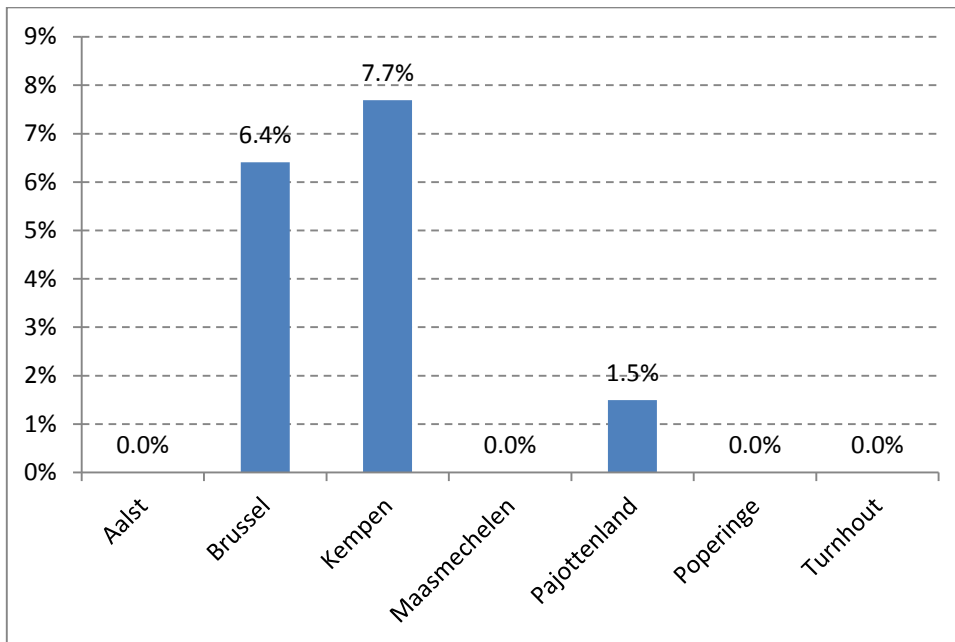
### 3.2.2 Het aantal aangeboden behandlesessies

Figuur 13 geeft per project weer hoeveel behandlesessies een patiënt gemiddeld genomen krijgt. Een statistische Chi<sup>2</sup>-test toont dat het aantal gegeven sessies significant verschilt tussen de projecten,  $\chi^2(60)=204,83$  en  $p<,0001$ . In **Turnhout** bedraagt het aantal gegeven sessies 1 à 2; in **Aalst**, de **Kempen**, **Maasmechelen** en het **Pajottenland** geeft de ELP gemiddeld genomen 3 sessies; en in **Brussel** en **Poperinge** 4 sessies.



Figuur 13 Gemiddeld aantal behandlesessies dat een patiënt ontvangt per pilootproject.

Figuur 14 geeft per project weer hoeveel percent van de patiënten meer dan 10 behandelsessies krijgt. In **Brussel** en de **Kempen** ligt dit percentage iets hoger dan in de andere projecten. In de **Kempen** krijgt ongeveer 8% van de patiënten meer dan 10 sessies, in **Brussel** 6% en in het **Pajottenland** 1,5%. In **Aalst**, **Maasmechelen**, **Poperinge** en **Turnhout** zijn er geen patiënten die meer dan 10 sessies ontvangen.



Figuur 14 Percentage patiënten met meer dan 10 behandelsessies per pilootproject.

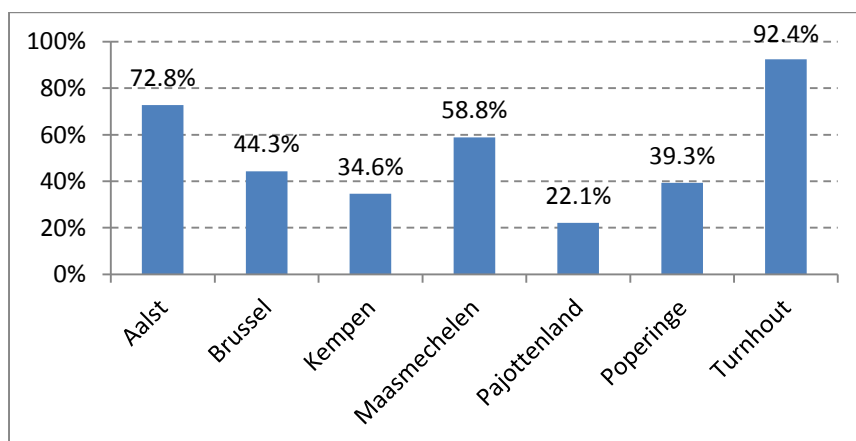
Tabel 17 geeft per project weer bij hoeveel percent van de patiënten de ELP een bepaalde psychosociale interventie toepast. Ook hier zien we sterke verschillen tussen de projecten onderling. Alle projecten, met uitzondering van **Poperinge**, doen frequent aan exploratie. Signaleringsinstrumenten worden vooral door de projecten **Aalst** en **Turnhout** gebruikt. De projecten **Maasmechelen** en **Pajottenland** maken hier af en toe gebruik van; en **Brussel**, de **Kempen** en **Poperinge** zelden. Psycho-educatie gebruiken de meeste projecten frequent. Ook kortdurende interventies worden door de meeste ELP frequent toegepast. Enkel **Turnhout** geeft aan slechts sporadisch gebruik te maken van kortdurende interventies. Motiverende gespreksvoering wordt vooral door de ELP van **Aalst**, **Brussel**, **Maasmechelen** en het **Pajottenland** gebruikt. Online interventies, crisisinterventie en preventie en gezondheidsvoorlichting worden over het algemeen weinig toegepast.

Tabel 17 Percentueel overzicht van de psychosociale interventies die patiënten ontvangen per pilootproject.

Psychosociale interventie	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout
Exploratie	84	78	87	100	82	30	100
Signaleringsinstrument	78	3	0	24	17	0	99
Psycho-educatie	70	30	54	76	48	54	93
Preventie en gezondheidsvoorlichting	22	15	7	22	5	7	20
Kortdurende psychologische behandeling	41	47	57	33	68	54	14
Online interventie	23	0	0	0	0	0	0
Motiverende gespreksvoering	53	38	25	32	36	7	24
Reattributie	59	22	3	31	5	11	3
Crisisinterventie	5	11	18	0	0	7	3
Andere	3	9	11	0	1	2	23

### 3.2.3 De klinische partners waar de ELP naar verwijst

Figuur 15 geeft weer hoeveel percent van de patiënten binnen elk van de projecten wordt verwezen naar passende hulpverlening. We zien hier sterke verschillen tussen de projecten onderling.



Figuur 15 Percentage van patiënten verwezen naar passende hulpverlening per pilootproject.

In **Turnhout** worden quasi alle patiënten verwezen (92%). Ook in **Aalst** ligt het percentage verwijzingen vrij hoog (73%). In **Maasmechelen** bedraagt het percentage verwijzingen 59%, in **Brussel** 44%, **Poperinge** 39%, in de **Kempen** 35% en in het **Pajottenland** 22%.

Tabel 18 geeft weer naar welke zorginstanties de ELP binnen de verschillende projecten het vaakst verwijzen. **Aalst**, het **Pajottenland** en **Turnhout** verwijzen het grootste deel van hun patiënten door naar de categorie “andere”. Hieronder worden diverse zorgverstrekkers begrepen zoals privétherapeuten, organisaties die loopbaan- en trajectbegeleiding aanbieden, etc. Een kwart van de patiënten wordt in **Aalst** en in het **Pajottenland** naar een psychiater verwezen. In **Brussel** en **Poperinge** wordt in hoofdzaak verwezen naar het CGG, en in de **Kempen** en **Maasmechelen** verwijzen de ELP voornamelijk door naar zowel het CGG als naar de categorie “anderen”.

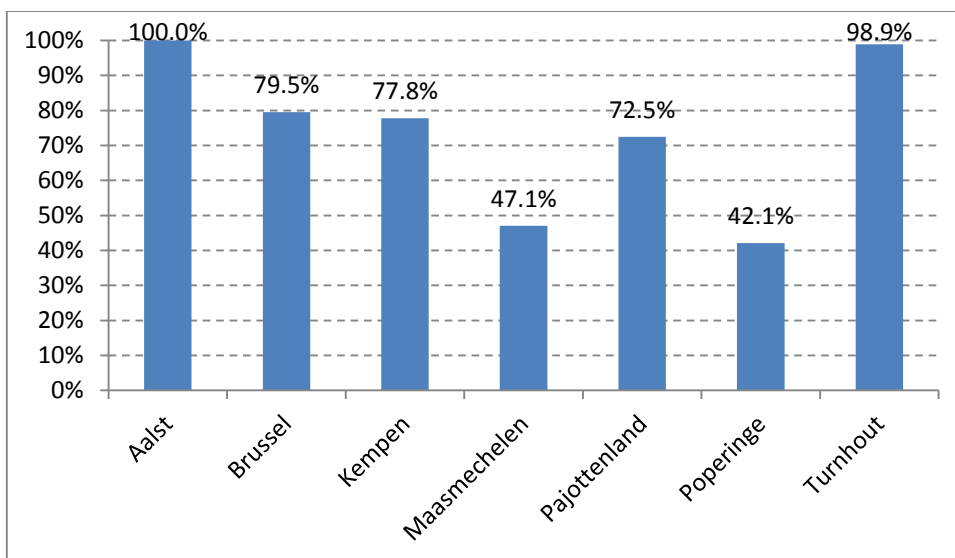
Tabel 18 Percentage verwezen patiënten per klinische partner per pilootproject.



Zorginstaties waarnaar de ELP verwijst	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout
Psychiater	24	17	0	0	29	11	5
OCMW	0	5	0	5	0	4	0
PTZ	3	0	0	0	4	7	0
PZ	1	2	0	0	4	0	2
CGG	16	59	40	35	13	46	10
Huisarts	1	0	0	10	0	11	0
PAAZ	3	2	10	0	0	0	0
CLB	0	5	0	0	0	0	0
CAW	7	2	20	15	8	4	16
VDAB	1	0	0	0	0	4	0
Andere	45	7	30	35	42	14	67

### 3.2.4 De klinische partners waar de ELP mee overlegt

Figuur 16 geeft per project weer voor hoeveel percent van de patiënten de ELP overlegt met een andere klinische partner. Binnen de projecten **Aalst** en **Turnhout** wordt voor quasi alle patiënten met andere zorgverstrekkers overlegd. Ook in de projecten **Brussel**, de **Kempen** en het **Pajottenland** overlegt de ELP vaak. Voor de patiënten van **Maasmechelen** en **Poperinge** gebeurt dit voor iets minder dan de helft van de patiënten.



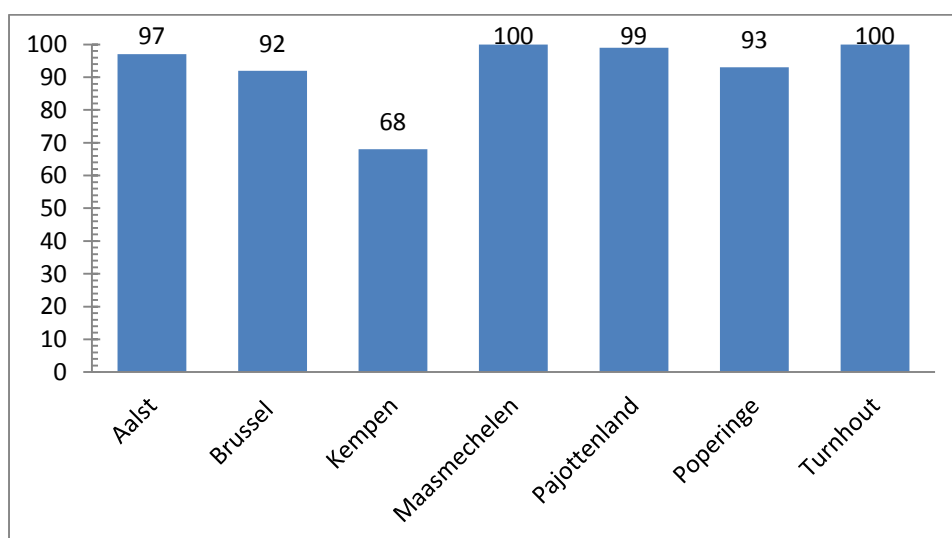
Figuur 16 Percentage patiënten waarvoor de ELP overlegt met zorgpartners per pilotproject.

Tabel 19 geeft per project weer met welke zorgverstrekkers de ELP vooral overlegt. Binnen project **Aalst** wordt in meer dan 90% van de gevallen met de huisarts overlegd. Daarnaast vindt er ook geregeld overleg plaats met het CGG, een andere ELP en de categorie “andere” (privétherapeuten, psychiaters, CLB, huizen van de mens, OCMW, etc.). In **Brussel**, **Poperinge** en **Turnhout** overlegt de ELP in hoofdzaak met de huisarts. In de **Kempen** wordt er naast de huisarts ook geregeld met het aanmeldingsteam en het CAW overlegd. In **Maasmechelen** overlegt de ELP geregeld met het CGG en in het **Pajottenland** wordt er vaak met een andere ELP overlegd.

Tabel 19 Percentage patiënten waarvoor de ELP overlegt per partner per pilootproject.

Zorgverstrekkers waarmee wordt overlegd	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout
CGG	32	15	4	29	1	12	3
Andere ELP	30	6	0	0	59	0	0
CAW	5	0	22	12	1	2	4
Huisarts	92	73	44	6	26	23	88
Aanmeldingsteam	0	0	33	0	0	0	16
Andere	27	1	19	9	8	12	22

Figuur 17 geeft weer bij hoeveel percent van de patiënten informatie naar de huisarts wordt teruggekoppeld. Met uitzondering van de **Kempen** koppelen alle projecten voor meer dan 90% van de patiënten informatie naar de huisarts terug. In de Kempen gebeurt dit voor slechts 68% van de patiënten.



Figuur 17 Percentage patiënten waarvoor informatie met de huisarts wordt uitgewisseld per pilootproject.

## 4 De resultaten van de Brief Symptom Inventory

### *Methode*

In het kader van de wetenschappelijke opvolging van de ELPF werd aan alle ELP gevraagd om gedurende zeven maanden de Brief Symptom Inventory (BSI) af te nemen van alle patiënten van wie ze dit mogelijk achtten. In het totaal werden BSI-gegevens van 415 patiënten verzameld. Aansluitend aan de dataverzameling werd een procesevaluatie uitgevoerd bij de ELP om te peilen naar hun ervaringen betreffende de afname van de BSI.

We bespreken achtereenvolgens: (1) de achtergrondgegevens van de patiëntenpopulatie waarvan de BSI werd afgenomen, (2) de scores van de patiënten op de verschillende BSI-indicatoren en (3) de ervaringen van de ELP betreffende het afnemen van de BSI (i.e., de procesevaluatie).

### 4.1 De achtergrondgegevens patiënten

In het totaal werden gegevens van 415 patiënten verzameld. Tabel 20 geeft de verdeling van de patiëntenpopulatie weer volgens geslacht, leeftijd en regio.

Het aantal patiënten waarvan de BSI werd afgenomen verschilt sterk tussen pilootprojecten. Meer dan 70% van de patiënten is van het vrouwelijke geslacht en meer dan 90% is tussen de 19 en 60 jaar.

Tabel 20 Verdeling van patiënten die de BSI invulden per regio, geslacht en leeftijd.

Kenmerk	Level	Aantal	Percentage
Regio pilootproject	Aalst	121	29
	Brussel	36	9
	Kempen	31	8
	Maasmechelen	56	13
	Pajottenland	20	5
	Poperinge	93	22
	Turnhout	58	14
Geslacht	Man	114	28
	Vrouw	295	72
Leeftijd	< 18 jaar	7	2
	19 – 30 jaar	99	24
	31 – 40 jaar	92	23
	41 – 50 jaar	104	25
	51 – 60 jaar	82	20
	> 60 jaar	24	6

## 4.2 De gemiddelde score van de patiënten op de BSI-indicatoren

De BSI telt 9 schalen (49 items) en aanvullend 4 items. Op basis van de itemscores kunnen 4 types van scores berekend worden: (1) de totaalscore, (2) het aantal aanwezige symptomen, (3) de ernst van de aanwezige symptomen en (4) de 9 aparte schaalscores. Meer uitleg over de betekenis en de interpretatie van de scores is terug te vinden op de pagina 38.

In volgende paragraaf bespreken we achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot (1) de 3 algemene indicatoren, (2) de 9 schaalscores, (3) de itemscores en (4) de verschillen tussen de pilootprojecten.

### 4.2.1 De gemiddelde score van de patiënten op de 3 algemene indicatoren van de BSI

Tabel 21 geeft voor elk van de drie indicatoren het gemiddelde en de standaarddeviatie weer. In de laatste twee kolommen worden de gemiddelde waarden geïnterpreteerd door deze te vergelijken met de normscores van de normale en de klinische referentiegroep.

Uit de tabel blijkt dat de totaalscore (TOT) op de BSI vergeleken met een normale referentiegroep zeer hoog is en vergeleken met een klinische referentiegroep boven gemiddeld hoog is. Het aantal klachten is in vergelijking met de normale referentiegroep hoog en in vergelijking met de klinische referentiegroep gemiddeld. De ernst van de klachten is zeer hoog wanneer de score vergeleken wordt met deze van de normale referentiegroep en boven gemiddeld wanneer ze vergeleken wordt met de klinische referentiegroep.

Tabel 21 Gemiddelden en SD voor de algemene indicatoren TOT, AAS en EAS van de BSI en vergelijking van de patiëntenscores met een normale en klinische referentiegroep.

Indicatoren	X	SD	Klachten in vergelijking met normscore	
			Normale referentiegroep	Klinische referentiegroep
TOT	1,50	0,73	Zeer hoog	Boven gemiddelde
AAS	34,87	10,94	Hoog	Gemiddelde
EAS	2,16	0,59	Zeer hoog	Boven gemiddelde

Deze resultaten tonen aan dat de patiëntenpopulatie klachten heeft die wat de ernst betreft vergelijkbaar zijn met de klachten die ook door een klinische steekproef gerapporteerd worden. De patiënten die zich bij de ELP aanmelden hebben dus geen milde klachten.

#### 4.2.2 De gemiddelde score van de patiënten op de 9 schalen van de BSI

Tabel 22 geeft een overzicht van de resultaten van de patiëntenpopulatie voor elk van de 9 BSI-schalen.

Tabel 22 Gemiddelden en SD voor de 9 schaalscores van de BSI en vergelijking van de patiëntenscores met een normale en klinische referentiegroep.

Schaalscores	<i>X</i>	<i>SD</i>	Klachten in vergelijking met normscore	
			Normale referentiegroep	Klinische referentiegroep
SOM	1,24	0,91	Hoog	Boven gemiddeld
COG	1,85	0,97	Zeer hoog	Boven gemiddeld
INT	1,70	1,02	Hoog	Boven gemiddeld
DEP	1,74	0,97	Zeer hoog	Gemiddeld
ANG	1,77	1,01	Zeer hoog	Boven gemiddeld
HOS	1,13	0,90	Hoog	Boven gemiddeld
FOB	1,08	0,90	Zeer hoog	Boven gemiddeld
PAR	1,55	1,06	Hoog	Boven gemiddeld
PSY	1,29	0,82	Hoog	Boven gemiddeld

In vergelijking met een normale referentiegroep scoort de patiëntenpopulatie op de schalen cognitieve problemen, depressieve stemming, angst en fobische angst zeer hoog. Voor de andere schalen scoort de patiëntengroep in vergelijking met een normale referentiegroep hoog.

In vergelijking met een klinische referentiegroep scoren patiënten op bijna alle schalen boven gemiddeld. Enkel op de schaal depressieve stemming scoren de patiënten gemiddeld in vergelijking met een klinische referentiegroep.

Deze resultaten tonen dat de klachten van de patiëntenpopulatie uiteenlopend zijn. Patiënten komen dus niet enkel met een depressie naar de ELP.

## 4.2.3 De gemiddelde score van de patiënten op de items van de BSI

Tabel 23 geeft een overzicht van de gemiddelde score en standaarddeviatie per BSI-item.

Tabel 23 Gemiddelden en SD per item van de BSI.

Hoeveel last heeft u gehad van ...	<i>X</i>	<i>SD</i>
Zenuwachtigheid of beverigheid	2,03	1,31
Duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren	0,96	1,13
Het idee dat een ander je gedachten kan beïnvloeden	1,30	1,22
Het gevoel dat de meeste van je problemen aan een ander te wijten zijn	1,62	1,34
Moeite iets te onthouden	1,72	1,24
Je snel aan iets ergeren	2,32	1,80
Pijn op de borst of het hart	1,05	1,26
Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	0,72	1,23
Gedachten aan zelfmoord	0,67	1,01
Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	1,59	1,34
Weinig eetlust	1,19	1,32
Zomaar plotseling bang worden	1,48	1,38
Woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen	1,22	1,29
Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent	1,81	1,30
Je geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	1,90	1,38
Je eenzaam voelen	1,99	1,32
Je somber voelen	2,33	1,21
Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	1,98	1,36
Bang zijn	1,74	1,41
Gauw gekwetst of geraakt zijn	2,24	1,23
Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en je niet mogen	1,48	1,31
Je tegenover anderen de mindere voelen	1,94	1,43
Misselijkheid of dat je maag van streek is	1,60	1,43
Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter de rug	1,38	1,39
Moeite met in slaap vallen	2,25	1,51
Steeds maar alles wat je doet moeten controleren	1,72	1,43
Moeite met beslissingen nemen	2,13	1,33
Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	0,57	1,13
Benauwdheid, moeite met ademen	0,98	1,22
Opvliegers of koude rillingen	1,19	1,31
Bepaalde dingen, plaatsen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt	1,34	1,33
Helemaal van je à propos zijn	1,60	1,25
Gevoelloos of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	1,08	1,33
Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden	0,63	1,07
Je hopeloos voelen over de toekomst	1,87	1,38
Concentratieproblemen	2,01	1,29
Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam	1,84	1,37
Je gespannen en opgefokt voelen	2,47	1,26
Gedachten aan sterven of de dood	1,18	1,29
De aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	0,41	0,87
De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	0,78	1,12
Je erg verlegen voelen in gezelschap	1,17	1,23
Je niet op je gemak voelen in menigten	1,51	1,34
Je met niemand nauw verbonden voelen	1,12	1,25
Aanvallen van angst of paniek	1,51	1,39
Snel ruzie krijgen	0,95	1,19
Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent	1,24	1,29
Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen	1,62	1,37
Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten	1,38	1,35
Het gevoel dat je niets waard bent	1,59	1,37
Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast	1,55	1,42
Je schuldig voelen	1,92	1,42
De gedachte dat je psychisch wat mankeert	1,58	1,37

De meest gerapporteerde klachten zijn: zich gespannen en opgefokt voelen; zich somber voelen; zich snel ergeren aan iets; moeite hebben met in slaap vallen; en gauw gekwetst of geraakt zijn.

#### 4.2.4 Verschillen tussen de pilootprojecten op de BSI

Om na te gaan of de patiëntenpopulaties uit de 7 pilootprojecten van elkaar verschillen wat de aard en de intensiteit van de klachten betreft werd een ANOVA uitgevoerd met regio als fixed factor en de algemene indicatoren (TOT, het AAS, de EAS) en de 9 schaalscores als afzonderlijke afhankelijke variabelen. Tabel 24 geeft een overzicht van de verkregen *F*-statistieken en *p*-waarden.

Tabel 25 biedt een overzicht van de algemene indicatoren en schaalscores per pilootproject. De scores worden ook telkens vergeleken met de normscores van de klinische referentiegroep. Uit deze resultaten blijkt dat de mate van psychopathologie significant verschilt tussen de 7 pilootprojecten (TOT). De patiëntenpopulatie van **Brussel** heeft de hoogste totaalscore en vertoont in vergelijking met de andere projecten meer pathologie. In vergelijking met een klinische referentiegroep scoort de patiëntenpopulatie van **Brussel** hoog en de patiëntenpopulaties van de andere pilootprojecten boven gemiddeld.

Ook de ernst van de klachten verschilt significant tussen de 7 projecten (EAS). Voor alle projecten, met uitzondering van project het **Pajottenland**, is de ernst van de aanwezige symptomen in de patiëntenpopulatie boven gemiddeld in vergelijking met een klinische referentiegroep. De ernst van de aanwezige symptomen is het meest uitgesproken bij de patiëntenpopulatie van pilootproject de **Kempen**. In het **Pajottenland** is de ernst van de aanwezige symptomen gemiddeld wanneer deze vergeleken wordt met een klinische normgroep.

De patiëntenpopulaties van de pilootprojecten verschillen onderling ook van elkaar voor de schaalscores SOM, ANG en FOB. Wat de somatische klachtenschaal betreft zien we dat de patiëntenpopulatie in **Brussel** in vergelijking met een klinische referentiegroep hoog scoort op deze schaal. In **Aalst** en de **Kempen** scoren de patiënten op de somatische klachtenschaal boven gemiddeld. In de andere regio's scoren de patiënten veel lager op deze schaal. Wat de angstschaal betreft, scoren patiënten uit de regio **Brussel** opnieuw het hoogst. In vergelijking met een klinische normgroep scoort de **Brusselse** patiëntengroep hoog, terwijl de patiëntgroepen van de andere regio's boven gemiddeld of gemiddeld scoren. Wat de fobische klachtenschaal betreft, vertonen de patiënten in **Brussel** de meeste fobische klachten. In vergelijking met een klinische referentiegroep scoren de patiënten van **Aalst**, **Brussel** en de **Kempen** boven gemiddeld – de andere regio's scoren gemiddeld.

Tabel 24 Effect van regio op de 3 algemene indicatoren en 9 schaalscores van de BSI.

Afhankelijke variabele	<i>F</i> -statistiek	<i>p</i> -waarde
TOT	$F(6;408) = 1,30$	0,02*
AAS	$F(6;408) = 1,49$	0,18
EAS	$F(6;408) = 3,04$	0,006**
SOM	$F(6;408) = 2,64$	0,02*
COG	$F(6;408) = 1,84$	0,09
INT	$F(6;408) = 2,01$	0,06
DEP	$F(6;408) = 1,07$	0,38
ANG	$F(6;408) = 3,79$	0,00**
HOS	$F(6;408) = 1,26$	0,28
FOB	$F(6;408) = 3,2$	0,00**
PAR	$F(6;408) = 1,78$	0,10
PSY	$F(6;408) = 1,25$	0,28

### 4.3 De resultaten van de procesevaluatie van de BSI

De procesevaluatie werd door 13 ELP ingevuld en peilde naar de ervaringen en de bedenkingen van de ELP betreffende het gebruik van de BSI en andere diagnostische instrumenten tijdens begeleidingen.

Slechts 4 van de 13 ELP geeft aan geregeld gebruik te maken van vragenlijsten tijdens begeleidingen. Vragenlijsten die soms door de ELP gebruikt worden in functie van de diagnostiek zijn de SCID I en II (in 1 project), de Beck Depression Inventory (BDI, in 3 projecten) en de Utrechtse Copinglijst (UCL, in 2 projecten). Het merendeel van de ELP (7 ELP uit 4 projecten) had vooraf geen ervaring met het afnemen van de BSI. Wel staat het merendeel van de ELP positief ten aanzien van het gebruik van vragenlijsten tijdens individuele begeleiding (9 ELP uit 6 projecten).

Om te peilen naar de ervaringen van de ELP betreffende de BSI werd een korte vragenlijst afgenomen. De meningen van de ELP over de meerwaarde van de BSI verschilt echter sterk:

- 6 van de 13 ELP hebben dankzij het afnemen van de BSI een beter zicht op de situatie van de patiënt.
- 5 van de 13 ELP vinden dat de BSI handvaten biedt voor de verdere begeleiding van de patiënt. 3 ELP zijn het hier echter niet mee eens.
- 5 van de 13 ELP vinden dat de BSI weinig of geen meerwaarde biedt. 3 ELP zijn het hier echter niet mee eens.
- 5 van de 13 ELP vinden de BSI enkel geschikt voor een klein percentage van de doelgroep binnen het project. 4 ELP zijn het hier niet mee eens.
- 3 van de 13 ELP vinden de BSI een hulpmiddel in de communicatie met de patiënt om zo een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen. 3 ELP zijn het hier niet mee eens.

Niettemin heeft de BSI volgens de ELP ook een aantal positieve kanten:

- De BSI kan onderliggende niet uitgesproken symptomen aan het licht brengen.
- De BSI kan snel en vlot worden afgenomen, omdat het maar een korte vragenlijst is.
- De BSI laat toe om breed te screenen en veel informatie te verzamelen over het psychisch functioneren.
- De BSI geeft een eerste indicatie over de aanwezige klachten en de ernst van de aanwezige klachten.
- De BSI kan als ankerpunt gebruikt worden om het gesprek aan te vatten.
- De BSI kan zinvol zijn wanneer de klachten van de patiënt vaag zijn.
- De BSI kan tijdens lang lopende therapieën als evaluatie-instrument gebruikt worden om te kijken of de klachten verminderd zijn.



Tabel 25 Gemiddelde score (SD) en normomschrijving in vergelijking met een klinische referentiegroep voor de 3 algemene indicatoren en de 9 schaal score van de BSI per pilootproject.

Afhankelijke variabele	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout
<b>TOT</b>	1,54 (0,07) Boven gem.	1,82 (0,12) Hoog	1,72 (0,13) Boven gem.	1,45 (0,10) Boven gem.	1,39 (0,09) Boven gem.	1,45 (0,16) Boven gem.	1,37 (0,07) Boven gem.
<b>AAS</b>	36 (0,99) Boven gem.	39 (1,82) Boven gem.	36 (1,96) Boven gem.	34 (1,46) Gem.	34 (1,43) Gem.	34 (2,44) Gem.	33 (1,13) Gem.
<b>EAS</b>	2,18 (0,05) Boven gem.	2,39 (0,10) Boven gem.	2,44 (0,10) Boven gem.	2,13 (0,08) Boven gem.	2,04 (0,08) Gem.	2,09 (0,13) Boven gem.	2,08 (0,06) Boven gem.
<b>SOM</b>	1,32 (0,08) Boven gem.	1,66 (0,15) Hoog	1,43 (0,16) Boven gem.	1,12 (0,12) Laag	1,22 (0,12) Beneden gem.	1,01 (0,20) Laag	1,07 (0,09) Zeer laag
<b>COG</b>	1,92 (0,09) Boven gem.	2,24 (0,16) Boven gem.	1,95 (0,17) Boven gem.	1,81 (0,13) Boven gem.	1,70 (0,13) Boven gem.	1,66 (0,22) Gem.	1,72 (0,10) Boven gem.
<b>INT</b>	1,67 (0,09) Boven gem.	1,82 (0,17) Boven gem.	2,23 (0,18) Boven gem.	1,66 (0,14) Boven gem.	1,68 (0,13) Boven gem.	1,85 (0,23) Boven gem.	1,54 (0,11) Boven gem.
<b>DEP</b>	1,72 (0,09) Gem.	1,86 (0,16) Boven gem.	2,09 (0,17) Boven gem.	1,69 (0,13) Gem.	1,65 (0,13) Gem.	1,88 (0,22) Boven gem.	1,65 (0,10) Gem.
<b>ANG</b>	1,88 (0,09) Boven gem.	2,36 (0,17) Hoog	1,90 (0,18) Boven gem.	1,61 (0,13) Boven gem.	1,65 (0,13) Boven gem.	1,39 (0,22) Gem.	1,60 (0,10) Boven gem.
<b>HOS</b>	1,09 (0,08) Boven gem.	1,43 (0,15) Hoog	1,07 (0,16) Boven gem.	1,23 (0,12) Boven gem.	0,95 (0,12) Boven gem.	1,18 (0,20) Boven gem.	1,14 (0,09) Boven gem.
<b>FOB</b>	1,18 (0,08) Boven gem.	1,55 (0,15) Boven gem.	1,21 (0,16) Boven gem.	0,94 (0,12) Gem.	0,93 (0,12) Gem.	0,91 (0,20) Gem.	0,93 (0,09) Gem.
<b>PAR</b>	1,57 (0,10) Boven gem.	1,72 (0,18) Boven gem.	2,06 (0,19) Hoog	1,48 (0,14) Boven gem.	1,41 (0,14) Boven gem.	1,60 (0,24) Boven gem.	1,43 (0,11) Boven gem.
<b>PSY</b>	1,31 (0,07) Boven gem.	1,47 (0,14) Boven gem.	1,52 (0,15) Boven gem.	1,27 (0,11) Boven gem.	1,12 (0,11) Gem.	1,37 (0,18) Boven gem.	1,23 (0,09) Boven gem.

De ELP vermelden volgende moeilijkheden of bedenkingen betreffende de BSI:

- Sommige items zijn verwarrend: e.g., zenuwachtigheid of beverigheid (item 1), je erg verlegen (self-conscious) voelen in gezelschap (item 42), het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen (item 48)
- De vragenlijst kan omwille van verschillende praktische redenen niet van alle patiënten worden afgenomen: e.g., patiënten hebben geen tijd of geen interesse om de vragenlijst in te vullen, patiënten vullen de vragenlijst thuis in en brengen deze vervolgens niet terug mee, patiënten hebben een verstandelijke beperking of zijn anderstalig of kansarm waardoor de afname bemoeilijkt wordt.
- De BSI is niet cultuurgevoelig: e.g., bepaalde antwoorden gegeven door iemand die behoort tot een andere cultuur kunnen onterecht als psychotisch geïnterpreteerd worden.
- De schaalscores worden regelmatig vertekend door een hoge score op een welbepaald item.
- De interpretatie van de scores vraagt naast "cijfermatig" kijken ook kennis van de context.
- De BSI laat niet toe om een inschatting te maken van de draagkracht van de patiënt, terwijl dit een belangrijke focus van de ELP is.
- De BSI resulteert in een verzameling van gerapporteerde klachten, maar het zegt niets over de dynamiek in het ziektebeeld van de patiënt. Het is eventueel een optie om de vragenlijst na 3 of 6 maanden opnieuw af te nemen.
- De BSI geeft soms een overschatting van de klachten: patiënten met relatief weinig klachten scoren soms hoog op verschillende schalen.
- Het vraagt veel tijd om de vragenlijst af te nemen en zelf te scoren.
- De BSI laat geen fijne diagnosestelling toe. Zo meet de schaal ANG verschillende soorten angst.
- Vragenlijsten laten niet toe om flexibel te werken en kort op de bal te spelen. Binnen het ELP programma is praten met de patiënt van groter belang dan vragenlijsten afnemen.

De ELP deden volgende suggesties voor de toekomst:

- Er is nood aan input over welke diagnostiek zinvol is binnen de eerste lijn.
- Bij elke patiënt verplicht dezelfde test afnemen lijkt geen meerwaarde – het is wel een goed idee om testmateriaal te verzamelen dat binnen de ELPF gebruikt kan worden.
- Het is belangrijk om daarbij ook te focussen op krachten en niet uitsluitend op klachten.
- Het zou een meerwaarde zijn als patiënten de BSI online kunnen invullen buiten de sessietijd en als de scoring geautomatiseerd kan worden.
- De vragenlijsten zouden in meerdere talen beschikbaar moeten zijn.

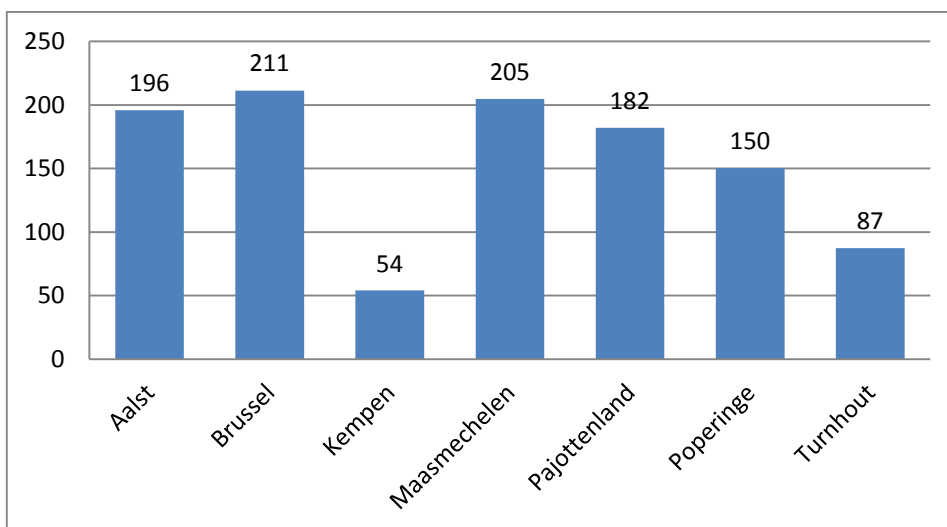
## 5 De resultaten van de jaarverslagen van de pilootprojecten

In deze paragraaf overlopen we de belangrijkste gegevens afkomstig uit de jaarverslagen van 2012, 2013 en 2014 die de projecten bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid indienden. We gaan van start met een bespreking van de meest relevante cijfergegevens (i.e., hoeveel patiënten behandelden de ELP, hoeveel consulten de ELP aanbood, aard van het aanmeldingsprobleem, etc.). Voor elke rubriek berekenden we een gemiddelde over de cijfergegevens van werkjaar 2012, 2013 en 2014. Een opdeling per werkjaar leverde weinig bijkomende informatie op. Vervolgens bespreken we per pilootproject relevante niet-cijfermatige vermeldingen uit de jaarverslagen.

### 5.1 Cijfergegevens van de jaarverslagen

#### 5.1.1 Het aantal behandelde patiënten

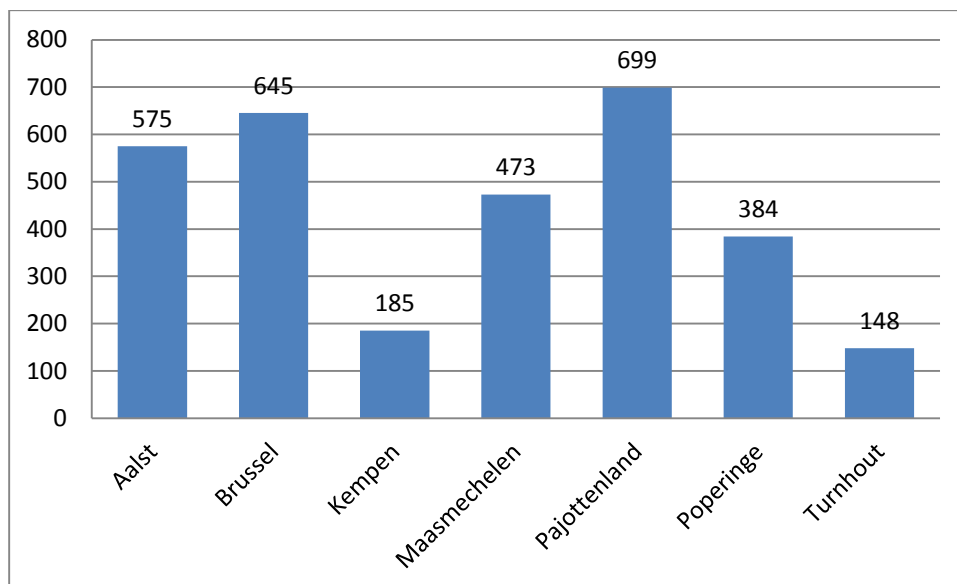
Figuur 18 geeft per pilootproject het aantal behandelde patiënten weer gemiddeld over de werkjaren 2012, 2013 en 2014. Het aantal patiënten dat de ELP behandelt verschilt sterk tussen de pilootprojecten onderling. In **Maasmechelen**, **Brussel**, **Aalst** en het **Pajottenland** behandelen de ELP jaarlijks om en bij de 200 patiënten. In **Poperinge** – waar de ELP voor 0,9 VTE in plaats van voor 1 VTE is aangesteld – ligt het aantal behandelde patiënten op 150. In de **Kempen** en **Turnhout** besteden de ELP slechts 3 dagen per week aan begeleiding – de overige 2 dagen draaien ze mee in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen. De ELP van de **Kempen** en **Turnhout** behandelen dan ook veel minder patiënten dan de ELP van de andere pilootprojecten. Zo behandelt de ELP van **Turnhout** een 90-tal patiënten per werkjaar – dit is half zoveel dan in de andere pilootprojecten. De ELP van de **Kempen** behandelt een 50-tal patiënten per werkjaar wat een kwart is van de andere pilootprojecten.



Figuur 18 Aantal behandelde patiënten per pilootproject.

5.1.2 Het aantal aangeboden consulten

Figuur 19 beschrijft per pilootproject het aantal aangeboden consulten gemiddeld over de werkjaren 2012, 2013 en 2014. We zien opnieuw sterke verschillen tussen de pilootprojecten. De ELP van **Brussel** en het **Pajottenland** geven per werkjaar meer dan 600 behandelsessies. In **Aalst** geeft de ELP meer dan 500 sessies, in **Maasmechelen** meer dan 400 sessies en in **Poperinge** rond de 400 sessies. Het aantal aangeboden consulten ligt in de **Kempen** en **Turnhout** een pak lager – de ELP van de **Kempen** biedt rond de 200 consulten per werkjaar aan, de ELP van **Turnhout** ongeveer 150 consulten.



Figuur 19 Totaal aantal aangeboden behandelsessies per pilootproject.

5.1.3 De aard van de aanmeldingsproblematiek

Tabel 26 geeft per pilootproject een percentueel overzicht van de aard van de klacht waarmee patiënten zich bij de ELP aanmelden. De meeste aanmeldingsproblemen zijn psychisch van aard (46%). In de tweede plaats krijgt de ELP te maken met relatieproblemen (15%) en in de derde plaats met verwerkingsproblemen (13%). We zien weinig verschillen tussen pilootprojecten onderling. Zowel in **Aalst**, **Brussel**, de **Kempen**, **Maasmechelen**, het **Pajottenland** en **Poperinge** zijn psychische problemen, relatieproblemen en verwerkingsproblemen de drie voornaamste aanmeldingsklachten. Enkel in Turnhout krijgt de ELP ook geregeld te maken met problemen die van financiële/sociale aard en van fysieke aard zijn.

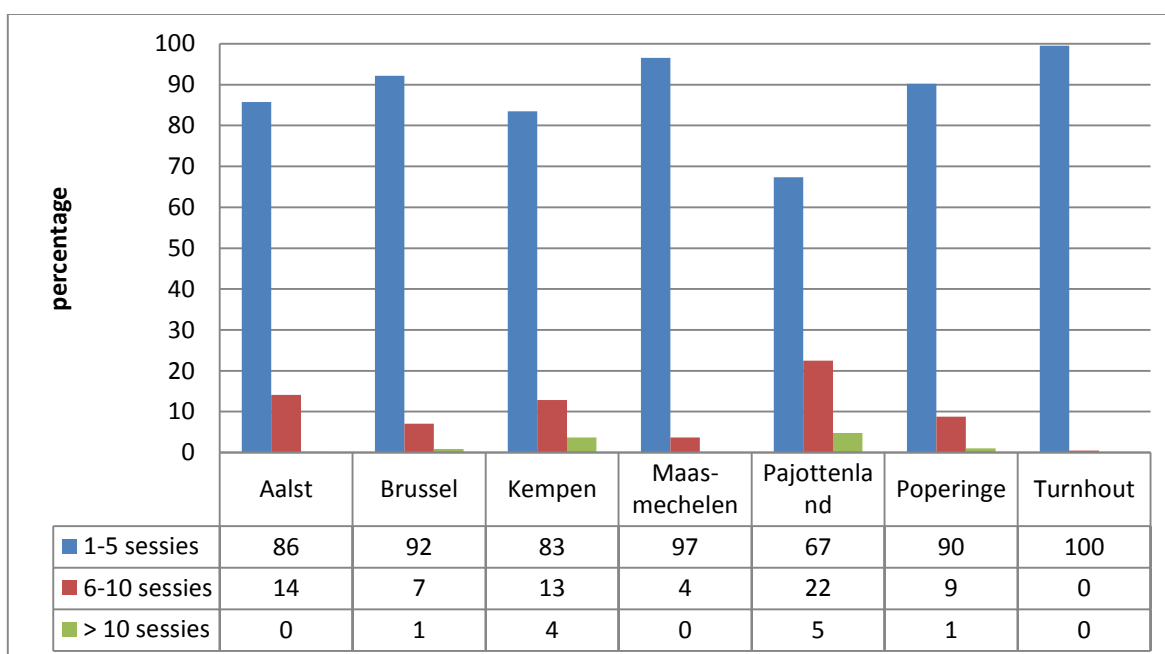
Tabel 26 Percentage patiënten per aanmeldingsprobleem per pilootproject.

Aard van de klacht	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout	Gemiddeld
Financieel/sociaal	0	4	10	8	5	2	14	6
Fysiek	1	6	9	11	1	3	16	7
Gedrag	3	1	3	3	1	0	1	2
Juridisch	0	0	0	0	1	0	0	0
Ontwikkeling	1	0	1	0	1	0	1	1
Psychisch	62	63	32	36	49	51	31	46
Realiteitscontrole	1	1	1	1	0	1	1	1

Aard van de klacht	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout	Gemiddeld
Relatie	13	10	16	17	19	10	19	15
Slachtoffer	1	2	8	2	1	2	6	3
Verwerking	18	10	13	13	17	12	9	13
Verslaving	1	2	3	2	2	6	2	3
Ander	0	0	4	5	0	10	0	3

#### 5.1.4 De duur van het behandeltraject

Figuur 20 geeft per pilootproject een samenvattend overzicht van het percentage patiënten dat: 1 tot 5 sessies, 6 tot 10 sessies en meer dan 10 sessies krijgt. Deze gegevens zijn opnieuw gemiddeld over de drie werkjaren. De grote meerderheid van de patiënten komt 1 à 5 keer bij de ELP op consult. In **Turnhout** worden alle begeleidingen in maximaal 5 sessies afgerond. In **Aalst**, **Brussel**, **Maasmechelen** en **Poperinge** duurt ongeveer 90% van de begeleidingen maximaal 5 sessies. In de **Kempen** en het **Pajottenland** zijn er meer patiënten die een iets langer begeleidingstraject bij de ELP doorlopen. In de **Kempen** krijgt 13% van de patiënten 6 tot 10 behandelsessies en 4% meer dan 10 sessies. In het **Pajottenland** zijn deze percentages nog iets meer uitgesproken: 22% van de patiënten ontvangt 6 tot 10 sessies en 5% meer dan 10 sessies. We merken nog op dat voor de overige projecten het percentage patiënten dat meer dan 10 keer op consult komt quasi nihil was.



Figuur 20 Percentueel overzicht van de duur van het behandeltraject per pilootproject.

5.1.5 De aanmeldingsprocedure bij de ELP

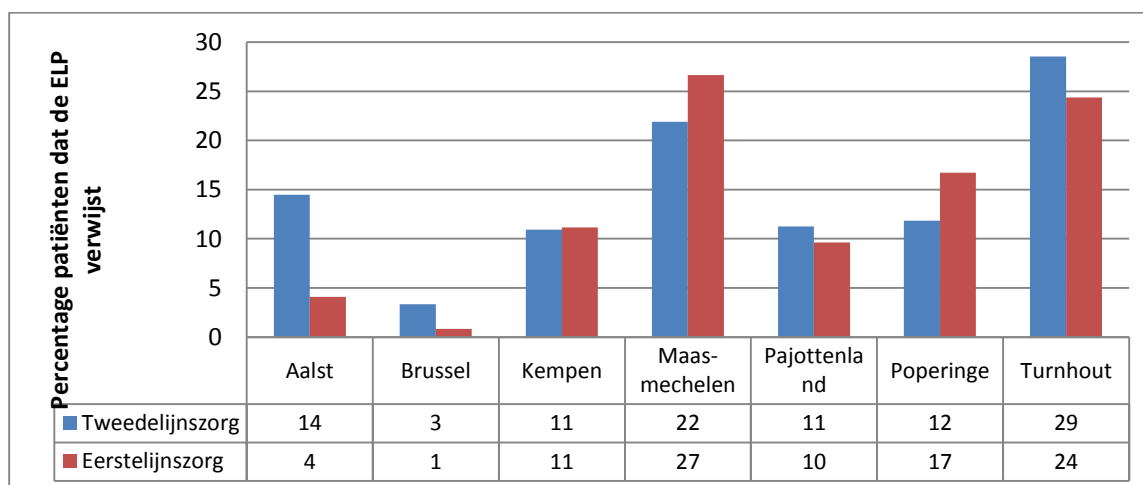
Ook de aanmeldingsprocedure verschilt tussen de projecten onderling (tabel 27). In **Brussel**, het **Pajottenland** en **Turnhout** komen patiënten bijna uitsluitend via verwijzing van de huisarts bij de ELP terecht. In deze projecten kunnen patiënten zich overigens niet op eigen initiatief bij de ELP aanmelden. Ook in **Aalst** en **Maasmechelen** is de huisarts de voornaamste aanmelder (ongeveer 90%). Maar in beide projecten kunnen patiënten ook op eigen initiatief naar de ELP komen of via een andere klinische partner worden aangemeld. Dit laatste gebeurt in de praktijk echter weinig. In **Poperinge** wordt de helft van de patiënten door een andere hulpverlener dan de huisarts aangemeld.

Tabel 27 Percentueel overzicht van patiënten volgens aanmeldingsprocedure per pilootproject.

Wie meldt aan?	Aalst	Brussel	Kempen	Maas- mechelen	Pajotten- land	Poperinge	Turnhout
Huisarts	86	99	45	91	100	43	99
Patiënt zelf	7	0	3	4	0	7	0
Andere	7	1	51	6	0	50	1

5.1.6 De klinische partners waar de ELP naar verwijst

Figuur 21 geeft per pilootproject het percentage patiënten weer dat door de ELP wordt verwezen naar klinische partners in de eerste en de tweede lijn.



Figuur 21 Percentage patiënten verwezen naar de eerste- en de tweede lijn per pilootproject.

Tabel 28 beschrijft aanvullend naar welke partners in de tweede lijn de ELP vooral doorwijst. We zien opnieuw grote verschillen tussen de projecten onderling. In **Brussel** wordt slechts 4% van de patiënten verwezen waarvan 3% naar de tweede lijn. De tweedelijnspartner waar de Brusselse ELP het meest naar verwijzen is het CGG. In **Aalst**, de **Kempen** en het **Pajottenland** wordt ongeveer 20% van de patiënten door de ELP verwezen naar een andere klinische partner. Het aantal verwijzingen naar eerste- en tweedelijnspartners is in de **Kempen** en het **Pajottenland** gelijk verdeeld. Bij verwijzing naar de tweede lijn, verwijst de **Kempense** ELP vaak door naar het CGG en het algemeen ziekenhuis. De ELP van het **Pajottenland** verwijst in de helft van de gevallen door naar een privétherapeut en in een kwart van de gevallen naar het CGG. Binnen project **Aalst** verwijzen de ELP vaker door naar tweede lijn dan naar de eerste lijn. De categorie “andere” telt het grootste percentage verwijzingen (45%) en is zeer heterogeen van aard. Er wordt ondermeer verwezen naar Kind & Gezind, een diagnostisch centrum, het CAW, een

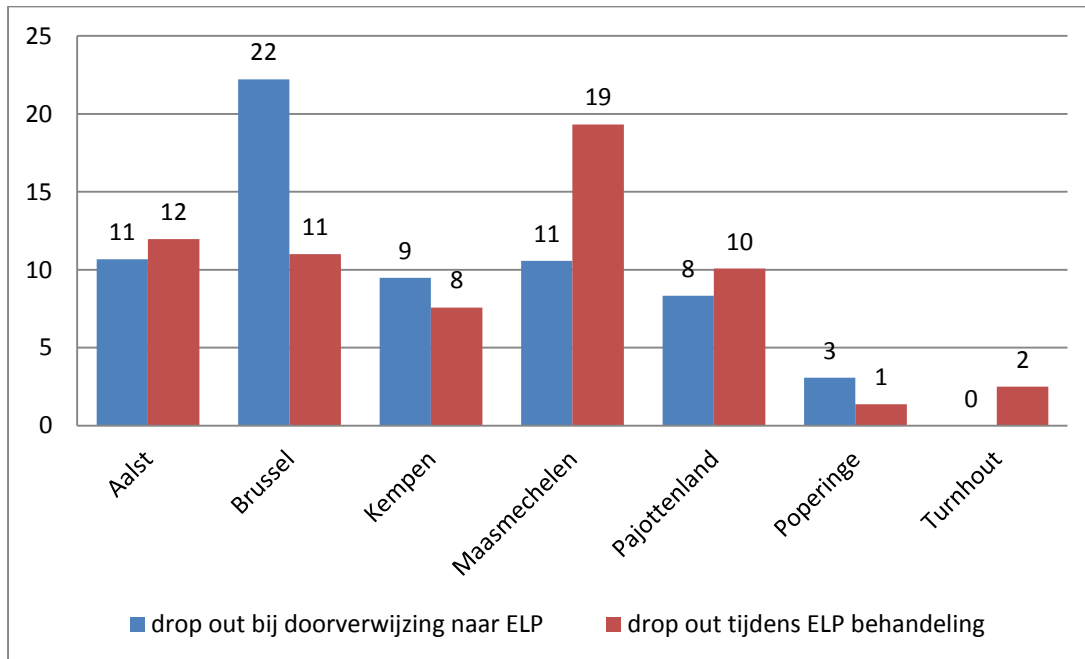
slaapcursus, etc. Daarnaast verwijzen de ELP van **Aalst** één op vijf patiënten door naar privétherapeuten. In **Poperinge** wordt ongeveer 30% van de patiënten door de ELP verwezen. Daarbij doet de ELP iets vaker een verwijzing binnen de eerstelijnszorg (17%) dan naar de tweedelijnszorg (12%). Bijna de helft van alle verwijzingen naar de tweede lijn is naar het CGG. Een derde wordt verwezen naar uiteenlopende klinische partners (i.e., categorie andere) waaronder Boeren op een Kruispunt, het mobiele team, Kind & Gezin, de mutualiteit, een osteopaat, etc. In **Turnhout** en **Maasmechelen** wordt ongeveer de helft van de patiënten verwezen. De ELP van **Turnhout** verwijst iets vaker naar tweedelijnspartners – de ELP van **Maasmechelen** verwijzen op hun beurt iets meer naar eerstelijnspartners. In **Turnhout** wordt 70% van de patiënten verwezen naar een privétherapeut en 20% naar het CGG. In **Maasmechelen** wordt er vooral naar het CGG, naar heterogene partners (i.e., categorie andere) en naar privétherapeuten verwezen.

Tabel 28 Percentage verwezen patiënten per tweedelijnspartner per pilootproject.

Naar welke tweedelijnspartners verwijst de ELP ?	Aalst	Brussel	Kempen	Maasmechelen	Pajottenland	Poperinge	Turnhout
Psychiater	11	9	16	6	7	10	2
Privétherapeut	22	5	12	24	49	6	69
CGG	17	77	34	35	23	43	19
Psychiatrisch ziekenhuis	1	3	6	0	1	1	0
Algemeen ziekenhuis	3	2	24	1	5	9	3
Andere	45	4	8	34	15	30	7

5.1.7 Het percentage drop-out

In figuur 22 wordt het aantal patiënten dat afhaakt voor en tijdens de ELP-behandeling percentueel per project weergegeven. In **Poperinge** en **Turnhout** ligt het percentage drop-out zowel voor als tijdens de ELP-behandeling zeer laag. Patiënten die in **Turnhout** naar de ELP worden verwezen, haken niet af. Tijdens de behandeling zelf is er een minieme uitval van 2%. In **Poperinge** komt 3% van de aangemelde patiënten niet opdagen voor de eerste afspraak. Slechts 1% valt tijdens de begeleiding zelf uit. In **Aalst**, de **Kempen**, **Maasmechelen** en het **Pajottenland** komt ongeveer 10% van de aangemelde patiënten niet voor zijn afspraak opdagen. In **Brussel** komt iets meer dan 20% van de aangemelde patiënten niet naar de eerste afspraak. Het aantal patiënten dat tijdens de ELP-behandeling afhaakt, ligt in **Aalst**, **Brussel**, de **Kempen** en het **Pajottenland** eveneens rond de 10%. In **Maasmechelen** ligt dit percentage bijna dubbel zo hoog (19%).

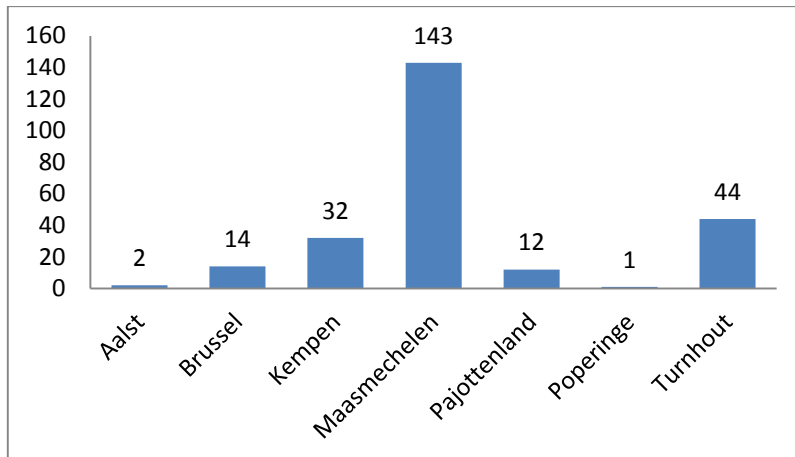


Figuur 22 Percentage drop-out bij verwijzing naar ELP en tijdens de ELP-behandeling per pilootproject.



### 5.1.8 Het aantal aangeboden crisisinterventies

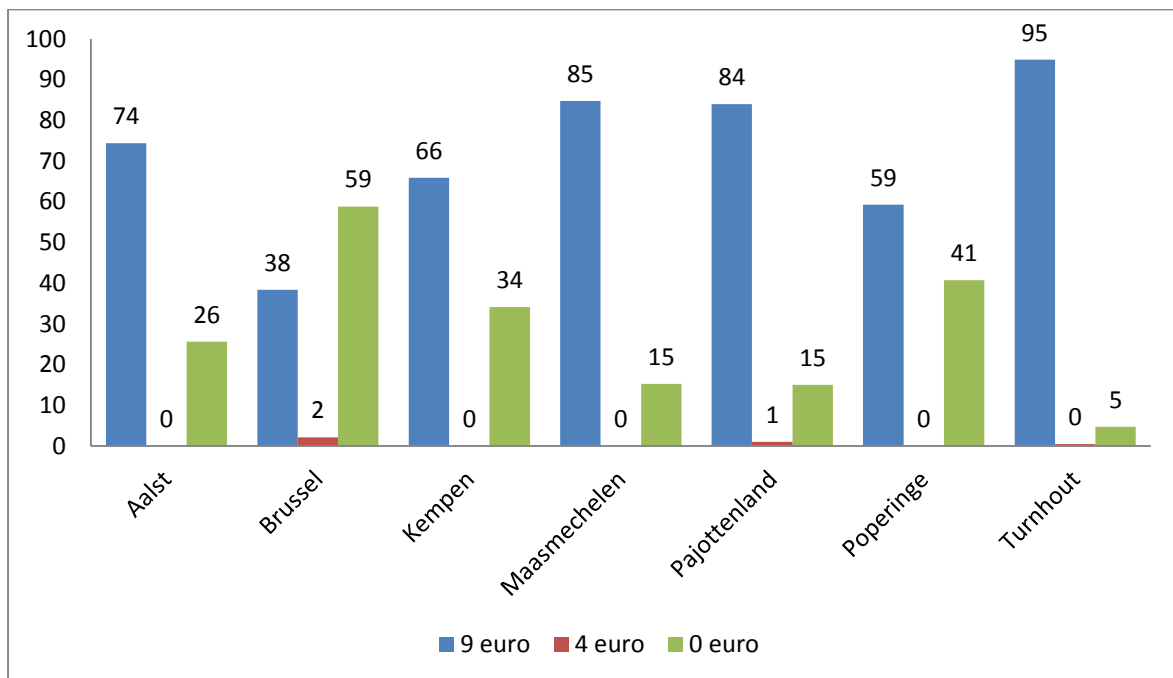
Figuur 23 geeft per pilootproject het totaal aantal crisisinterventies weer over de drie werkjaren heen. We zien hier grote verschillen tussen de projecten. In **Aalst** en **Poperinge** deden de ELP weinig of geen crisisinterventies, in **Brussel** en het **Pajottenland** een tiental crisisinterventies, in de **Kempen** een dertigtal crisisinterventies, in **Turnhout** een veertigtal crisisinterventies en in **Maasmechelen** meer dan 140 crisisinterventies. Het is niet duidelijk of dit gerapporteerde verschil tussen de projecten het gevolg is van andere afspraken betreffende de rol van de ELP in geval van crisissituaties of een andere interpretatie van de term “crisisinterventie”.



Figuur 23 Aantal crisisinterventies per pilootproject.

5.1.9 Het kostentarief bij de ELP

Figuur 24 geeft percentueel weer hoe vaak het consulttarief van 0 EUR, 4 EUR of 9 EUR aan de patiënt werd aangerekend. Met de Vlaamse overheid werd de afspraak gemaakt dat de ELP enkel het 0 EUR- of 9 EUR-tarief mogen toepassen. In heel uitzonderlijke gevallen wordt het 4 EUR-tarief toch in **Brussel** en het **Pajottenland** aangerekend. Het 4 EUR tarief wordt uitsluitend toegepast bij patiënten die meer dan 10 keer op gesprek komen en voordien het 9 EUR tarief betaalden. Met uitzondering van **Brussel** wordt in alle andere projecten het 9 EUR-tarief frequenter toegepast dan het 0 EUR-tarief. In **Poperinge**, de **Kempen** en **Aalst** komt 30 à 40% van de patiënten gratis bij de ELP op consult, in **Maasmechelen** en het **Pajottenland** krijgt 15% gratis consult en in **Turnhout** 5%. In **Brussel** wordt voor meer dan de helft van de patiënten (59%) het 0 EUR-tarief aangerekend.



Figuur 24 Percentage patiënten per kostentarief per pilootproject.

## 5.2 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van de pilootprojecten

Naast cijfergegevens rapporteerden de pilootprojecten in hun jaarverslagen welke knelpunten en sterktes in de praktijk ervaren worden. De resultaten overlappen deels met de succesfactoren en de verbeterpunten die de ELP, de klinische partners en de leden van de stuurgroep tijdens de tevredenheidsbevraging formuleerden.

### 5.2.1 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Aalst

#### 5.2.1.1 *De sterktes volgens de jaarverslagen van pilootproject Aalst*

- De intensieve samenwerking met de huisartsen.
- De ELP organiseerde vormingen voor huisarts over het KOP-model en over het verschil tussen depressie en burn-out.
- De ELP organiseerde vormingen voor patiënten over slapenproblemen, omgaan met angst en het verwerkingsproces bij diagnose van borstkanker
- Er zijn voorlopig geen wachtlijsten bij de ELP.
- Er wordt tijd geïnvesteerd in communicatie met het werkveld. Zo worden er regelmatig nieuwsbrieven rond gestuurd.
- De ELP is binnen Aalst uitgegroeid tot een sterk merk en een betrouwbare partner in het werkveld.

#### 5.2.1.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Aalst*

- De verwijzing naar klinische partners verloopt vaak moeilijk omwille van wachtlijsten alsook door de exclusiecriteria die partners hanteren.
- Veel patiënten met een complexe problematiek kunnen slechts na lang wachten in de gespecialiseerde zorg terecht. Om hen niet in de kou te laten staan, wordt voor hen een behandeling bij de ELP opgestart – hoewel dit niet de taak van de ELP is.
- 1,5 VTE ELP is onvoldoende om de grote vraag in Aalst te dekken. De ELP trachten zo efficiënt mogelijk te werken, maar zijn van mening dat de kwaliteit van zorg niet mag leiden onder het ontoereikende aanbod.
- De ELP is in zijn huidige vorm zeer kwetsbaar. Bij ziekte van de ELP valt alles stil. Langdurige ziekte weegt meteen zwaar door op de werking en de continuïteit van de hulpverlening.
- Netwerking en structurele ondersteuning worden nu opgenomen door de leden van de stuurgroep tegen een bescheiden vergoeding. Met het oog op een verdere uitrol van de ELPF binnen Vlaanderen is het belangrijk om voor beide activiteiten voldoende middelen te voorzien – zoniet is het noodzakelijk dat de ELP ingebed wordt in een bestaande dienst (bv. CGG, CAW). Dit ondermijnt mogelijks de herkenbaarheid en laagdrempeligheid van de ELPF.
- Het ondersteunen van andere partners is eveneens een belangrijke taak binnen de ELPF. Door de grote vraag naar begeleidingen is het echter niet mogelijk om deze taak te vervullen.
- In de eerste fase van het pilootproject stak iedereen een extra tandje bij en werden grenzen verlegd. De vermoeidheid slaat echter geleidelijk toe. Het is belangrijk om de pilootprojecten zo snel mogelijk structureel te verankeren.
- Een groot deel van de patiënten die naar de ELP komt, beschikt over voldoende middelen om beroep te kunnen doen op de reguliere hulpverlening.

- Het valt op dat veel patiënten uit de zorg- en welzijnssector of het onderwijs komen met als belangrijkste aanmeldingsklacht depressie en burn-out.

## 5.2.2 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Brussel

### 5.2.2.1 *De sterktes volgens de jaarverslagen van pilootproject Brussel*

- Brussel is een multiculturele stad met een grote diversiteit aan inwoners. Een groot deel van de inwoners heeft meerdere psychologische problemen. In Brussel werd ervoor gekozen om de ELP in de huisartsenpraktijk in te bedden wat drempelverlagend werkt. Mensen met een multiproblematiek die in voorgaande jaren niet open stonden voor psychologische hulp, zijn wel bereid om naar de ELP te gaan. Dit komt mede doordat de huisartsenpraktijk voor hen bekend terrein is. Ze hoeven bovendien niemand te vertellen dat ze in de huisartsenpraktijk op consultatie bij de ELP gaan. Brussel bereikt zo veel kwetsbare en slecht bereikbare patiënten.
- De inbedding van de tweede lijn in de eerste lijn zorgt voor een rechtstreekse link tussen de huisarts en de curatieve zorg.
- Het is soms mogelijk om patiënten mee te nemen naar het CGG. Dit verlaagt voor veel patiënten de drempel naar meer gespecialiseerde zorg.
- Volgens de huisartsen is de detachering vanuit CGG Brussel een meerwaarde. De ELP zitten daardoor vervat in een groter geheel. Binnen het CGG kunnen ze beroep doen op de expertise van de multidisciplinaire equipe.
- Doordat de ELP in hetzelfde gebouw als de huisarts zit, kan casusbespreking gemakkelijker plaats vinden wat een grote sterkte is.

### 5.2.2.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Brussel*

- Het is vaak moeilijk om kwetsbare en slecht bereikbare groepen door te verwijzen naar meer gespecialiseerde zorg. Project Brussel stelt zich de vraag of de ELP aan deze groepen niet beter een langdurige behandeling aanbieden.
- Voor sommige patiënten is zelfs de stap naar de ELP een stap te ver. Ze vinden het moeilijk om de ELP te vertrouwen en zien er ook de meerwaarde niet van in. Voor hen kan een alternatief aanbod zoals groepsessies zinvol zijn. Tijdens deze sessies maken patiënten kennis met de ELP en geraken zo geleidelijk vertrouwd met de GGZ.
- Momenteel is de beschikbaarheid van de ELP onvoldoende. Bijna alle huisartsenpraktijken kaarten een tekort aan consulturen aan met wachttijden tot gevolg. Het aantal patiënten met psychische problemen ligt immers hoog.
- In huisartsenpraktijken waar de ELP slechts één keer om de twee weken komt, is het bovendien moeilijk om de zorgcontinuïteit te garanderen. In één praktijk is de huisarts net om die reden geneigd om zelf de behandeling van psychische problemen op te nemen. Er is nood aan een ELP die wekelijks een halve dag, een hele dag of meerdere dagen in de huisartsenpraktijk consultatie houdt.
- Bij verwijzing is er nood aan meer feedback vanuit het CGG, de psychiatrische ziekenhuizen en psychotherapeuten. Voor huisartsen is het belangrijk om op de hoogte te zijn van het traject van de patiënt. Het zou bovendien handig zijn als deze feedback schriftelijk gegeven wordt en gelinkt kan worden aan het EMD van de huisarts.
- Er is nood aan meer samenwerking met het Franstalige zorgcircuit. Het landschap moet verder in kaart gebracht worden, zodat ook Franstalige patiënten gericht verwezen kunnen worden.

- De samenwerking met een CAW moet intenser worden. Het is belangrijk om te bekijken wat zij kunnen opnemen.
- Voor patiënten met een chronische problematiek is een kortdurend traject bij de ELP weinig geschikt.
- Aangezien het aantal werkuren van de ELP beperkt is, wordt soms een selectie gemaakt van patiënten die bij de ELP terecht kunnen. Patiënten die in het reguliere circuit terecht kunnen, worden bijvoorbeeld rechtstreeks naar het CGG of naar een privépsycholoog verwezen. Deze selectie is echter niet gemakkelijk om te maken. Het is niet de bedoeling om met de ELP enkel in te spelen op de financiële drempel van een psycholoogbezoek.

### 5.2.3 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject de Kempen

#### 5.2.3.1 *De sterktes volgens de jaarverslagen van pilootproject de Kempen*

- De ELP organiseert intervisiemomenten voor maatschappelijk werkers van de OCMW's om hen casus- en themagericht te coachen in hun werk.
- Dankzij de inbedding van de ELP in het aanmeldingsteam is (multidisciplinair) casusoverleg met collega-hulpverleners van het AMT mogelijk en heeft de ELP een goede kennis van de sociale kaart.
- Dankzij de inbedding in het CAW de Kempen wordt de ELP op organisatorisch, logistiek en inhoudelijk vlak beter omkaderd.
- De samenwerking met de ELP van Turnhout.
- Door inbedding in de structuur van CAW de Kempen als eerstelijnsdienst enerzijds en door inbedding in het ruimere netwerk GGZ Kempen anderzijds is er een goede en vlotte verwijzing mogelijk over de verschillende lijnen heen, wat de kloof tussen de eerste en de tweede lijn dicht. Op deze manier kan er getrapte zorg aangeboden worden. De cijfers laten bovendien zien dat de ELP een belangrijk deel van de GGZ-problematiek via een kortdurend begeleidingstraject kan oplossen, zodat verwijzing naar de tweede en de derde lijn niet nodig is, en deze lijnen ontlast worden.
- De aanwezigheid van de ELP in het CAW brengt bovendien GGZ-expertise binnen op de eerste lijn, waardoor die hierin ondersteund wordt. Een deel van de klachten die vroeger vanuit het CAW zouden doorvloeien naar de tweede en derde lijn kunnen nu op de eerste lijn opgevolgd worden.

#### 5.2.3.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject de Kempen*

- Meedraaien in het aanmeldingsteam vraagt een grote tijdsinvestering van de ELP (2 volle dagen/16 uur per week). Deze investering maakt dat er minder tijd overblijft om alle ELP-opdrachten even intensief uit te werken. Er wordt prioriteit gegeven aan het aanbieden van begeleidingen en het ondersteunen van andere eerstelijns werkers door middel van coaching en intervisie, dit ten nadele van de preventie-opdracht en het geven van navorming.
- De ELP wordt soms gebruikt om patiënten die eigenlijk op de tweede lijn of de derde lijn thuishoren, maar daar om de één of andere reden (omwille van exclusiecriteria, door hoge caseload of omdat ze nog niet klaar zijn voor meer gespecialiseerde zorg) niet binnen geraken, toch hulp aan te bieden.

- De ELP krijgt ook vaak patiënten over de vloer die in principe de verantwoordelijkheid zijn van andere eerstelijnspartners. Deze partners geven aan zelf niet over voldoende tijd en/of over de juiste kennis en vaardigheden te beschikken om deze patiënten op te volgen en schuiven bijgevolg hun patiënten door naar de ELP.
- Er is nood aan een grotere bekendmaking van de ELP binnen het netwerk. Er is ook nood aan een verduidelijking van het profiel van de ELP ten aanzien van andere actoren.
- Het agenda-, registratie- en dossiersysteem van de ELP is niet compatibel met dit van de moederorganisatie. De ELP kan bijgevolg geen beroep doen op de nodige IT-ondersteuning.
- De veelvuldige administratie geeft soms een overload.
- Werken met kwetsbare doelgroepen is tijds- en arbeidsintensief, omdat de ELP meer aanklappend moet werken.
- 1 VTE is ontoereikend om de veelheid aan taken uit te voeren. Doordat de ELP een solopositie bekleedt, is het niet mogelijk om taken te delegeren. Hierdoor wordt er ingeboet aan flexibiliteit.
- Er is een toenemende vraag naar begeleiding van buiten de regio wat de regionale afbakening van het project onder druk zet.
- Doordat er in de eerste lijn veel GGZ-gerelateerde projecten lopen (ELPF-project, Artikel 107, project GGZ en armoede) is de verantwoordelijkheid van de verschillende zorgactoren voor externen niet duidelijk. De gemeenschappelijke elementen en verschillende verantwoordelijkheden moeten alsmaar herhaald worden. Dit is weinig efficiënt en tijdrovend.

#### 5.2.4 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Maasmechelen

##### 5.2.4.1 *De sterktes volgens de jaarverslagen van pilootproject Maasmechelen*

- De nauwe samenwerking tussen de ELP en de huisarts betekent een grote meerwaarde in het verlenen van laagdrempelige zorg volgens het model van getrapte zorg. Doordat de ELP dagelijks een crisisplek beschikbaar houdt, kunnen huisartsen snel verwijzen indien een eerste gesprek dringend is. Ook is telefonisch overleg mogelijk om een inschatting te maken van welke hulp het meest aangewezen is. Huisartsen kunnen de eerste afspraak maken in de digitale agenda van de ELP. Op deze manier hoeven patiënten deze stap niet zelf te zetten.
- Het inventariseren en samenbrengen van de vrijgevestigde psychologen uit de regio zorgt voor een uitbreiding van de sociale kaart.
- Er werd een vorming georganiseerd rond assertiviteit, zelfzorg en zelfredzaamheid voor de dienst gezins- en thuiszorg van het OCMW. Deze vorming werd als positief ervaren en creëerde een gelijkaardige vraag bij andere diensten binnen de eerste lijn.
- Er is een nauwe samenwerking tussen de ELP en het CGG doordat de ELP wekelijks aanwezig is op het multidisciplinair teamoverleg van het CGG. Dit zorgt voor een goede overdracht van patiënten van de ELP naar het CGG. Dankzij deze samenwerking is ook het onderscheid tussen de eerste en de tweede lijn voor de betrokkenen duidelijker (i.e., welke problematiek hoort thuis in de eerste lijn en welke in de tweede lijn).
- Het afwisselend werken op verschillende locaties zorgde voor een goede bereikbaarheid van de ELP. De ELP was hierdoor ook in gelegenheid om haar netwerk uit te bouwen en contacten te

leggen met andere hulpverleners op verschillende locaties. Het gebrek aan een vaste uitvalsbasis zorgde bij de ELP echter wel voor een oncomfortabel gevoel.

- Er werd gezorgd voor een extra administratieve kracht om de ELP te ondersteunen bij de administratieve taken (bv., briefwisseling, bijhouden van registratie- en dossiergegevens).
- Er werden groepsessies voor patiënten georganiseerd over piekeren, Fit in je Hoofd en omgaan met stress. Deze sessies zijn goed onderbouwd en uitgewerkt.

#### 5.2.4.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Maasmechelen*

- Het hoge aantal aanmeldingen en de vele crisisinterventies zorgen voor een hoge werkdruk en een lange wachttijd. Voor 70% van de aanmeldingen bedraagt de tijd tussen aanmelding en intake maximaal drie weken. Voor 16% van de aanmeldingen echter loopt de wachttijd op tot meer dan vier weken wat veel te lang is binnen de eerstelijnszorg.
- De hoge werkdruk en het geven van prioriteit aan begeleiding zorgt voor een sporadische terugkoppeling van informatie van de ELP naar de verwijzers wat tot enige frustratie leidt.
- De ELP werkte bij aanvang van het project binnen een éénmanspost wat een erg kwetsbare positie is voor zowel de ELP zelf als voor het project in zijn geheel. Als de ELP afwezig is wegens vakantie of ziekte is er geen opvang voorzien voor de patiënten en ook andere taken blijven liggen. Patiënten komen opnieuw bij de huisarts terecht en bij terugkomst van de ELP moet het werk ingehaald worden waardoor een verhoogde werkdruk ontstaat. Vanaf September 2014 werden twee halftijdse ELP in dienst genomen om het werk van de ELP minder belastend te maken, om overleg en uitwisseling van ervaring mogelijk te maken en om verschillende competenties binnen te halen. De kostprijs hiervan is echter hoog en dreigt de financiële draagkracht van het project te overschrijden.
- Door een gebrek aan omkadering krijgt de ELP verantwoordelijkheden en taken die veel verder reiken dan de patiëntgebonden activiteiten. Bovendien mist de ELP de ondersteuning van een team, zijn er onvoldoende overlegmomenten met de andere ELP en ontbreken logistieke voorzieningen.
- De taken van de ELP zijn veelomvattend waardoor het niet altijd mogelijk is om tot de essentie te komen. Het blijft een evenwichtsoefening om de tijd te verdelen tussen patiëntenbegeleidingen, deelname aan plaatselijke overlegplatforms en administratieve taken.
- Het werkingsgebied van project Maasmechelen omvat drie gemeenten met een totaal bewonersaantal van 83.028. Het aanbod aan eerstelijnsvoorzieningen binnen de GGZ is daarenboven beperkt. Eén fulltime ELP is bijgevolg een druppel op een hete plaat.
- Door het ontbreken van een registratiesysteem is de ELP verplicht om alle gegevens manueel bij te houden. Dit is echter weinig comfortabel en inefficiënt. Er moet dringend eenvormigheid en eenduidigheid komen betreffende de registratie en liefst van “hogerhand” zodat cijfermateriaal ook achteraf bruikbaar en vergelijkbaar is.
- Als antwoord op de hoge werkdruk en de steeds langer wordende wachttijden, werkte de ELP in 2014 een groepsaanbod uit. Dit nam zeer veel tijd van de ELP in beslag (i.e., bepalen van noden en doelgroep, inhoudelijke uitwerking, bekendmaking, etc.) en leverde jammer genoeg niet het gewenste resultaat op. De instroom van patiënten kwam nauwelijks op gang: de drempel naar een groepsessie bleek zeer hoog voor zowel de patiënten als voor de huisartsen als verwijzer. In de toekomst wordt extra geïnvesteerd in het motiveren van verwijzers om meer patiënten aan te melden voor het groepsaanbod.

## 5.2.5 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject het Pajottenland

### 5.2.5.1 *De sterktes volgens de jaarverslagen van pilootproject het Pajottenland*

- De ELP werken sterk oplossingsgericht – ze volgden tevens een vorming acceptance and commitment therapy.
- De ELP volgden een vorming over suïcidepreventie.
- De ELP van het Pajottenland zijn zeer toegankelijk – binnen de twee weken is een afspraak bij de ELP mogelijk.
- De ELP gaf op de LOK's een vorming aan huisartsen over het KOP-model. Dankzij deze vorming verwijzen huisartsen gerichter door naar de ELP.
- De ELP organiseerden in samenwerking met privétherapeuten voor patiënten een vorming over in- en doorslaapproblemen en een mindfulness training.
- In de regio organiseert het CGG vormingsessies voor patiënten rond omgaan met negatieve gevoelens, anders leren denken en piekeren. De ELP kan hier patiënten naar verwijzen.
- De ELP heeft geregeld informele contactmomenten met huisartsen en medewerkers van het OCMW en het CLB om casussen te bespreken.
- Er vinden geregeld intervisies plaats tussen de ELP van het Pajottenland en deze van Aalst.

### 5.2.5.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject het Pajottenland*

- De verwijzing naar en communicatie met psychiaters verloopt moeilijk – er zijn wachtlijsten en er zijn geen mogelijkheden om een structurele samenwerking tussen de ELP en de psychiaters op te zetten.
- Er is geen specifiek beveiligd communicatiesysteem tussen de ELP en de huisartsen.
- In het CGG en het CAW zijn lange wachtlijsten wat de motivatie van patiënten ondermijnt.
- Binnen de regio is er een groot tekort aan GGZ-voorzieningen.

### 5.2.5.3 *De tevredenheid van de huisartsen in het Pajottenland*

Project het Pajottenland organiseerde een tevredenheidsbevraging bij huisartsen los van de bevraging die vanuit het steunpunt SWVG gebeurde. 18 huisartsen vulden de vragenlijst in en dit leverde volgende resultaten op:

- 89% van de bevroegde huisartsen is tevreden over het aanbod van de ELP. De ELP bieden snelle en professionele hulp voor patiënten die huisartsen zelf niet kunnen geven.
- 94% van de bevroegde huisartsen is tevreden over de reactietijd van het project (snel vastleggen van afspraak, contactopname, beantwoorden mails, interventietijd). Vooral de intake verloopt vlot – binnen de week is een afspraak mogelijk. Belangrijk ook is dat er prioriteit wordt gegeven aan dringende gevallen.
- 89% van de bevroegde huisartsen vindt dat de ELP voldoende aandacht besteedt aan de communicatie met de verwijzende huisarts. De ELP stuurt steeds een verslag naar de huisarts bestaande uit een aantal standaardrubrieken. Soms is het wel even wachten op dit verslag. Het zou voor huisartsen een meerwaarde zijn, wanneer dit verslag via Medibridge werd verstuurd. Als de huisarts meer informatie wenst, kan hij steeds telefonisch contact opnemen met de ELP.
- 94% van de bevroegde huisartsen vindt de ELP een meerwaarde. Huisartsen kunnen patiënten nu eindelijk psychologische hulp aanbieden en hoeven zo minder medicatie voor te schrijven.



De ELP is bovendien laagdrempelig, goed bereikbaar, betaalbaar en geschikt voor alle doelgroepen.

- 83% van de bevroegde huisartsen vindt dat een groepsaanbod voor patiënten een meerwaarde kan zijn. Vooral een aanbod rond slaapproblemen en andere veelvoorkomende problemen zou nuttig zijn. De cursussen die nu door privétherapeuten worden aangeboden zijn soms zeer duur. Het kan voor sommige patiënten de stap naar psychologische hulp vergemakkelijken. Huisartsen stellen zich wel de vraag of het voor de ELP praktisch haalbaar is om dergelijke sessies uit te werken. Het is ook belangrijk om goed na te denken over de bekendmaking en de rekrutering van patiënten.
- 67% van de bevroegde huisartsen geeft aan zelf geen nood te hebben aan vormingen over GGZ thema's. Huisartsen hebben al genoeg werk en zijn van mening dat ieder zijn eigen vakgebied heeft. Ze vinden het net handig dat ze patiënten met psychische klachten naar de ELP kunnen verwijzen.

## 5.2.6 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Poperinge

### 5.2.6.1 *De sterkte volgens de jaarverslagen van pilootproject Poperinge*

- De ELP neemt in diverse organisaties (i.e., psychiatrische thuiszorg, woonzorgcentrum) deel aan casusoverleg om advies te geven over specifieke casussen. Daarnaast ondersteunt de ELP ook huisartsen en medewerkers van het sociaal huis met het nodige advies.
- De inbedding van de ELP in het GGZ-netwerk is een onontbeerlijke voorwaarde voor een goede werking van de ELPF. Dit creëert bovendien een vangnet voor de ELP die tijdens haar praktijkvoering vooral een solopositie bekleedt.
- Digitale gegevensdeling met huisartsen (Medimail) bevordert de samenwerking.

### 5.2.6.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Poperinge*

- De nabijheid van de ELP blijkt een essentieel knelpunt. Weinig patiënten uit de naburige landelijke gemeenten vinden de weg naar de ELP. Een ruimere inzetbaarheid van de ELP zou hier een antwoord op kunnen zijn.
- In de regio zijn weinig zorgvoorzieningen die voor mensen betaalbaar en bereikbaar zijn. De ELP blijkt het enige alternatief te zijn, wat tot een overrompeling van de ELP leidt.
- Het bewaken van de werkbelasting is daarom een belangrijk aandachtspunt. Dit impliceert dat de verwijzingen kritisch bekeken moeten worden: welke patiënten horen wel en niet tot de doelgroep van de ELP?
- Vaak komt meer gespecialiseerde hulpverlening niet tot stand ondermeer door de moeilijk te overbruggen afstanden en door wachtlijsten in het meer gespecialiseerde zorgcircuit.
- Het ontbreken van een degelijk elektronisch patiëntendossier maakt dat de ELP veel tijd steekt in het uitvoeren van administratieve taken – tijd die ten koste gaat van begeleidingen.

### 5.2.6.3 *De tevredenheid van de huisartsen in Poperinge*

Project Poperinge voerde een online bevraging uit bij 18 huisartsen om te peilen naar hun tevredenheid over de ELPF. We beschrijven kort de voornaamste resultaten:

- 80% van de huisartsen die de enquête invulden was bekend met de ELPF-werking.

- De helft van de huisartsen verwees nog niet eerder patiënten door. Huisartsen die wel patiënten verwezen, deden dit meermaals.
- Huisartsen zijn tevreden over: (1) de wijze waarop ze patiënten kunnen aanmelden, (2) de korte wachttijden, (3) de screening, (4) de begeleiding en (5) de eventuele verwijzing.
- De verslaggeving kan echter beter – vooral de timing is een werkpunt.
- De nabijheid speelt een grote rol in het verwijsgedrag van huisartsen.

#### 5.2.7 De sterktes en de aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Turnhout

##### 5.2.7.1 *De sterktes volgens de jaarverslagen van pilootproject Turnhout*

- De samenwerking met het CGG loopt goed.
- De ELP werkten een preventieproject uit rond het gebruik van slaapmiddelen.
- De ELP zijn ingebed in het preventiecentrum en kunnen rekenen op inhoudelijke, logistieke, communicatieve en IT ondersteuning.
- De ELP geven geregeld consult aan andere partners uit het netwerk (CAW, OCMW, vertrouwenscentrum, justitiehuis, privétherapeuten, huisartsen, etc.) om casuïstiek te bespreken.
- Er vond een uitgebreide bevraging plaats van alle privétherapeuten uit de regio om beter zicht te krijgen op hun specialisatie (doelgroep, problematiek en therapieachtergrond). Op basis van deze bevraging werd een therapeutenlijst opgesteld welke beschikbaar is via de portaalsite van de huisartsenvereniging. In enkele muisklikken kunnen huisartsen één of enkele geschikte psychotherapeuten terugvinden.
- In Turnhout worden de huisartsen sterk gecoacht. Op geregelde tijdstippen worden vormingen georganiseerd voor huisartsen rond relevante thema's (GGZ in de regio, werking CAW de Kempen, preventieproject rond slaapmiddelengebruik). Tijdens deze vormingen is er voldoende tijd om in kleine groepjes ervaringen uit te wisselen. Daarnaast vindt er na elke patiëntenbegeleiding een telefonisch overleg plaats tussen de ELP en de huisarts.
- Dankzij de inschakeling in het aanmeldingsteam zijn de ELP goed ingebed in het Netwerk GGZ de Kempen. Hierdoor verloopt de verwijzing naar de tweede en de derde lijn vlotter.

##### 5.2.7.2 *De aandachtspunten volgens de jaarverslagen van pilootproject Turnhout*

- Door de inschakeling van de ELP in het aanmeldingsteam blijft er weinig tijd over voor het geven van kortdurende begeleiding.
- Het kortdurend werken (1 à 2 sessies) brengt in verhouding een grote hoeveelheid administratie en registratie met zich mee. In Turnhout worden veel patiënten verwezen, waardoor veel verslaggeving noodzakelijk is. De tijd die de ELP spenderen aan administratie en registratie gaat ten koste van het andere werk (begeleiding, preventiewerk, etc.).
- De werkmiddelen zijn onvoldoende gezien de uitgebreidheid van het werkingsgebied en de inschakeling van de ELP in het aanmeldingsteam.
- Bij het uitstippelen van een verder hulpverleningstraject worden patiënten met voldoende financiële draagkracht verwezen naar privéhulpverlening. Wanneer dit geen optie is en verwijzing naar de gesubsidieerde hulpverlening nodig is, botst de ELP op wachtlijsten. Zowel de eerstelijnsvoorzieningen als de meer gespecialiseerde diensten kampen met wachtlijsten die tot enkele maanden kunnen oplopen. Naar vroegdetectie en vroeginterventie toe is dit weinig bevorderlijk.

- De inbedding in het aanmeldingsteam is niet evident. De ELP kunnen daardoor slechts 60% van hun tijd spenderen aan het begeleiden van patiënten. Hierdoor ligt de werkdruk hoog: de ELP kloppen geregeld overuren en moeten flexibel zijn om de verschillende taken te kunnen uitvoeren. Daarom ook werd de keuze gemaakt om het aanbieden van meer dan 2 behandelsessies zoveel mogelijk te beperken en om preventieprojecten uit te werken. In het laatste werkjaar werd tevens beslist om de ELP niet langer in te bedden in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ de Kempen.
- Er is nood aan een goed elektronisch registratiesysteem: niet te uitgebreid maar voldoende om de meest relevante patiëntgegevens mee te registreren.

### 5.2.7.3 De tevredenheid van de huisartsen in Turnhout

Project Turnhout voerde bij de leden van de huisartsenkring (ingevuld door 100 huisartsen) een bevraging uit om te peilen naar de tevredenheid van de huisartsen over de ELPF-werking. We beschrijven kort de voornaamste resultaten:

- 63% van de huisartsen is op de hoogte van de ELPF-werking.
- 80% van de huisartsen die eerder patiënten verwezen, is tevreden over de manier waarop de ELP werkt.
- 88% van de huisartsen die het ELPF-project kennen, vindt dit een meerwaarde voor de eigen praktijk.

## 6 De resultaten van de eerste klankbordgroep met experts

De volgende paragraaf geeft per stelling een overzicht van de bedenkingen die tijdens de discussies in de eerste klankbordgroep aan bod kwamen. Naast de vier stellingen werden nog enkele andere belangrijke aspecten betreffende de uitbouw van de ELPF aangeraakt. Zo werd er ook gediscussieerd over (1) de doelgroep, (2) de opleidingsnoden, (3) de inbedding, (4) de financiering van de ELP en (5) de uitwerking van de ELPF in Nederland. De laatste paragrafen bieden een overzicht van de bedenkingen die over deze aspecten werden geformuleerd. De bedenkingen die geformuleerd werden door de deelnemers van de klankbordgroep vatten we hierbij samen. We spreken ons niet uit over het draagvlak voor de geformuleerde suggesties.

### 6.1 Stelling 1

***“Tussen grootsteden en meer landelijke gemeenten bestaat er een verschil in doelgroep en positionering van de ELPF. Grootsteden vragen om een meer gediversifieerde invulling van de ELPF.”***

Kwetsbare en allochtone doelgroepen komen niet alleen in grootsteden voor, maar ook in kleinere steden en landelijke gemeenten. In grootsteden zien de ELP wel aanzienlijk meer kansarmen en allochtonen dan in de landelijke gemeenten.

- Kansarmen zijn een moeilijk publiek. Ze koesteren veel angst en wantrouwen ten aanzien van psychologische hulp.
- Ook bij allochtone doelgroepen wordt de ELP geconfronteerd met meerdere drempels: taalbarrière, cultuurverschillen en een wantrouwige houding ten aanzien van de GGZ.

- ELP uit alle regio's (grootstedelijk en landelijk) geven aan dat ze financieel kwetsbare mensen bereiken en richten zich ook vooral op deze doelgroep. De bedenking rees hier dat de ELP ook mensen die niet tot de kansgroepen behoren, moet bereiken. De focus op kwetsbaren mag er niet voor zorgen dat deze mensen op wachtlijsten terecht komen.
- In grootsteden zijn er meer mensen die in extreme armoede leven – asielzoekers die in procedure zijn en nog niet over geldige papieren beschikken, mensen die met niets in orde zijn, ver onder de armoedegrens leven en sociaal uitgesloten worden. Deze mensen kunnen momenteel nergens terecht. Hulpverleners wachten graag met het opstarten van een behandeling tot het nodige papierwerk in orde is, maar vaak is het probleem tegen dan geëscaleerd.

De zorg voor allochtonen vraagt om een specifieke aanpak.

- Zorg voor allochtonen houdt echter meer in dan werken met een tolk. Het hebben van een psychisch probleem heeft in een andere cultuur een geheel andere betekenis. De zorg van allochtonen vraagt dan ook om cultuursensitieve zorgmodellen.
- Sommige allochtonen zijn gemotiveerd om deel te nemen aan groepsessies eerder dan aan individuele sessies, omdat ze dan geen persoonlijke zaken hoeven te vertellen. Niettemin pikt de patiënt tijdens groepsessies zaken op die helpend kunnen zijn. Bovendien zijn groepsessies kostenefficiënt. Een belangrijke voorwaarde is wel dat de taal aangepast is aan de groep, zoniet haken mensen af.
- In Schotland ontwikkelde Jim White voor kwetsbare groepen een laagdrempelige groepstherapie waar goede resultaten mee werden geboekt. In regio's met veel allochtonen kan hier meer gebruik van worden gemaakt.

Landelijke gemeenten beschikken over een beperkt GGZ-aanbod.

- Een grootstedelijke context beschikt over een groot GGZ-netwerk. Dit heeft als voordeel dat de ELP patiënten snel kunnen verwijzen en meer kortdurend kunnen werken. Ook voor de vele andere taken die in het kader van de ELPF gerealiseerd dienen te worden, kan de ELP beroep doen op andere actoren.
- In landelijke gemeenten is er vaak een minder groot GGZ-netwerk voorhanden en is er daarom minder gelegenheid tot verwijzing. De ELP moeten de patiënt daar langer zelf opvolgen. Bovendien kan er weinig of niet worden afgestemd met andere actoren. De ELP moet bijna alle taken zelf klaren en komt zwaar onder druk te staan.
- Het mag niet de taak van de ELP zijn om tekorten in het GGZ-aanbod op te vangen.

Ongeacht de regio, moet de ELP op een plaats werken die goed bereikbaar is, laagdrempelig is en waar de anonimiteit gegarandeerd wordt.

- De ELP moet dus niet in een drukke winkelstraat zitten, maar wel in de kern van de stad, zodat deze goed bereikbaar is met het openbaar vervoer.

Laagdrempeligheid kan leiden tot "no shows".

- Een neveneffect van de laagdrempeligheid is echter dat er geregeld "no shows" zijn – mensen die niet komen opdagen. Patiënten moeten de gemaakte afspraak respecteren en de ELP tijdig verwittigen indien ze niet kunnen komen. Als je dit als ELP of als huisarts goed aan de patiënt uitlegt, wordt hier rekening mee gehouden.

De algemene doelstellingen van de ELPF dienen voor alle regio's hetzelfde te zijn.

- Er moet een duidelijke lijn in de opdracht zitten.
- Afhankelijk van de regionale inbedding en na afstemming met het bestaande netwerk van actoren zal het takenpakket van de ELP er in elke regio automatisch anders gaan uitzien. In grootsteden kunnen ELP vaak terugvallen op een groot netwerk van actoren en hoeven ze dus niet alle taken zelf te vervullen: bepaalde opdrachten kunnen worden doorgeschoven naar andere partners.
- De verhouding tussen de verschillende taken van de ELP wordt ook sterk bepaald door de vraag van de regio. Zo is de vraag naar groepsessies vaak groter in steden dan in kleine gemeenten.

## 6.2 Stelling 2

***“Het is een kerntaak van de ELP om patiënten te begeleiden en daarbij gebruik te maken van kortdurende evidence-based interventies.”***

Bij patiëntenbegeleiding is generalistische zorg van groot belang.

- Het is belangrijk dat er een goede visie wordt uitgewerkt over wat er precies verstaan wordt onder een kortdurende generalistische behandeling. Generalistisch werken is immers helemaal wat anders dan specialistisch werken. Het doel van generalistisch werken is om mensen zoveel mogelijk in hun krachten te zetten en zelfredzaamheid te bevorderen.
- Generalistische zorg heeft in de eerste drie sessies spectaculaire effecten, ook bij mensen met een iets ernstigere problematiek. De ELP bevestigen dat ze veel mensen met een kortdurende behandeling kunnen verder helpen.
- Intervisie en supervisie zijn belangrijk om ervaringen uit te wisselen.

Daarnaast zijn ook diagnostiek en detectie van cruciaal belang.

- Tijdens begeleiding moet de ELP een goede kijk hebben op de hulpvraag van de patiënt en snel kunnen in schatten wanneer anderen uit het netwerk ingeschakeld moeten worden voor de behandeling. De ELP houdt zich dus in eerste instantie bezig met diagnose, detectie en verwijzing. Dit geldt vooral voor regio's die over een uitgebreid zorgaanbod beschikken.
- Het is belangrijk dat de ELP tijdens de diagnose en detectie gebruik maakt van goede instrumenten en het KOP-model om een heldere beschrijving van het probleem te kunnen geven. Tevens moet bij de diagnostiek niet alleen gekeken worden naar de klachten van de patiënt, maar ook naar de krachten.

Snelle en juiste verwijzing is noodzakelijk bij complexe problematiek.

- Het getrapte zorgmodel is belangrijk.
- Echter, wanneer een regio over een beperkt zorgaanbod beschikt, is verwijzing geen evidentie. Om de leemten in het GGZ-aanbod op te vullen, zijn ELP in deze regio's geneigd om langere begeleidingen aan te bieden. Hetzelfde geldt voor gemeenten waar de CGG kampen met wachtlijsten.
- Het mag echter niet de taak van de ELP zijn om tekorten in het GGZ-aanbod op te vangen.
- Bij kwetsbare groepen is verwijzing minder eenvoudig. Zij worden vaak alsmear verwezen, terwijl dit net een doelgroep is die zeer wantrouwig staat tegenover de GGZ.
- Bij crisissituaties is het belangrijk dat de bestaande vormen van crisishulp worden ingeschakeld in plaats van dat de ELP zelf crisishulp verleent.

### 6.3 Stelling 3

***“Het is belangrijk dat de ELP een goede monitoring en registratie hanteert over: problematiek, interventies en outcome. Kort en goed, dit wil zeggen: in verhouding met het kortdurende tijdsbestek van de interventies.”***

Registratie en monitoring zijn belangrijk om diverse redenen.

- Een registratie-instrument kan verschillende doeleinden hebben: informatie delen met de huisarts, bepalen of een behandeling in de eerste of de tweede lijn aangewezen is, de aangeboden behandeling registreren, vooruitgang opvolgen, ... Het is belangrijk om vooraf te bepalen waarvoor het instrument moet dienen en om dit goed te faseren.
- Een van de belangrijkste functies van het registratie-instrument is het terugkoppelen van informatie naar de huisarts. Deze moet immers weten of zijn patiënt zich bij de ELP heeft aangemeld, welke behandeling hij heeft gekregen en of zijn toestand nadien is verbeterd. Vroeg of laat gaat de patiënt terug naar de huisarts en dient deze hiervan op de hoogte te zijn. Door het registratie-instrument in te bedden in Vitalink, gebeurt deze terugkoppeling automatisch.
- Het kan ook een meerwaarde zijn om in het registratie-instrument enkele eenvoudige online vragenlijsten (bv. de SCID online) op te nemen. Dit laat enerzijds toe om vlug te screenen – de ELP beschikt dan over bepaalde gegevens alvorens de behandeling start. Anderzijds geven de resultaten feedback over het therapeutisch proces wat de werkefficiëntie sterk kan verhogen. Een belangrijke kanttekening is wel dat vragenlijsten niet van alle patiënten kunnen worden afgenomen (moeilijk bij anderstaligen, mensen die niet kunnen lezen, ...).
- Registratie kan ook voor de patiënt betekenisvol zijn wanneer aan hem iets gegeven wordt waar hij iets aan heeft.

Het registratiesysteem moet ingebed zijn in een bestaand systeem.

- Er moet sowieso een nieuw registratiemodel ontwikkeld worden voor de ELPF, maar het moet ingebed zijn in een bestaand registratiemodel, zoals het EPD of Vitalink. Men mag niet de fout maken om een apart elektronisch registratiemodel te ontwikkelen.

Keep it simple.

- Er is nood aan een eenvoudig registratiesysteem dat bovendien toelaat om op een veilige manier gegevens te delen met andere zorgverstrekkers.
- Kort en goed moet ook in werkelijkheid kort en goed zijn.
- Opletten dus bij het vertalen van registratie-instrumenten van de tweede lijn naar de eerste lijn. De ELP maken nu geregeld gebruik van het EPD. Het wordt als een meerwaarde beschouwd omdat het de zorgcontinuïteit bevordert, maar het is in zijn huidige vorm te gespecialiseerd om in het kader van de ELPF te gebruiken. Het EPD meet vooral klachten, terwijl binnen de eerste lijn ook copingmechanismen en gezondheidsgedrag geregistreerd moeten worden. Bovendien kruipt er veel tijd in om het EPD in te vullen. Het moet dus herwerkt worden op maat van de ELPF.

Informed consent is echter van groot belang.

- De patiënt moet goed weten wat er allemaal geregistreerd wordt, wie toegang heeft tot deze gegevens en hoe lang deze bewaard blijven.
- Voor bepaalde doelgroepen is het echter moeilijk om een registratie te doen (bv., voor ouderen, anderstaligen, vluchtelingen). Bij ouderen moeten de nodige registratiegegevens via

mantelzorgers bekomen worden. Veel vluchtelingen staan wantrouwig tegenover registratie-instrumenten en willen in dat geval liever geen behandeling. Registratie mag geen voorwaarde zijn om zorg te krijgen, zoniet zullen bepaalde doelgroepen niet bereikt worden. Het is belangrijk om uitzonderingen mogelijk te maken. Eventueel kan met een informed consent gewerkt worden.

#### 6.4 Stelling 4

***“De ELP heeft een gediversifieerd takenpakket: patiënten begeleiden, de huisarts ondersteunen in zijn GGZ opdracht, deskundigheidsbevordering van andere disciplines in de eerste lijn...”***

- Vanuit het Agentschap lag de nadruk nu vooral op kortdurende behandeling.
- In het kader van de ELPF moeten diverse taken gerealiseerd worden. Dit betekent echter niet dat iedere ELP al deze taken op zich moet nemen. Het diverse takenpakket is te breed voor één persoon. De ELP kan immers niet alles doen. Elke deeltaak neemt tijd in beslag – tijd die ten koste gaat van de begeleidingen. Het is belangrijk dat de ELP binnen het lokale netwerk zoveel mogelijk samenwerkt met andere actoren en geen “lonely wolfe” wordt. Hij moet bepaalde taken kunnen doorschuiven.
- Het is daarom van cruciaal belang dat de ELP is ingebed in het bestaande netwerk van andere eerstelijnsactoren. Een goed netwerk is een voorwaarde om de ELPF goed te kunnen uitbouwen.
- Enkel en alleen patiënten begeleiden is belastend en zal leiden tot een grote turn-over van de ELP. Andere taken geven de nodige ademruimte en zijn daarom belangrijk.

Netwerkvorming is een andere uitermate belangrijke kerntaak van de ELP.

- Veel van de kernopdrachten die in het kader van de ELPF gerealiseerd dienen te worden, kunnen worden opgenomen door andere actoren in het netwerk. Op de eerste lijn bestaat er immers al heel wat.
- Netwerkvorming is een cruciale taak van de ELP om overlap in het zorgaanbod te vermijden en een goede afstemming tussen lokale actoren te garanderen. Het is daarom belangrijk dat alle actoren uit het netwerk enkele keren per jaar samenkomen.
- Ook de tweede lijn moet mee opgenomen worden in het netwerk. Een goede samenwerking met de tweede lijn is nodig om een dichotomie tussen beide te vermijden – ze moeten elkaar immers aanvullen.
- In netwerking kruipt veel tijd. Het is belangrijk om te bekijken hoe netwerking vorm kan krijgen en gefinancierd kan worden. Wanneer in de financiering geen budget voor overleg wordt voorzien, is de kans klein dat een goed netwerk kan worden opgebouwd.
- Om tussen verschillende partners informatie te delen is het belangrijk dat eenzelfde taal gebruikt wordt. Eventueel kan beroep gedaan worden op het ICF (internationaal classificatiesysteem van functioneren) om een gedeelde taal te ontwikkelen.
- Regelmatig overleg met het netwerk is ook nodig om problemen in de regio aan andere partners te signaleren: bijvoorbeeld wanneer er binnen bepaalde doelgroepen veel problemen voorkomen, wanneer er tekorten zijn in het bestaande zorgaanbod, ... Alleen dan kunnen problemen structureel worden aangepakt.
- Belangrijk: Wanneer het lokale netwerk ontoereikend is om de zorgvraag te beantwoorden, zal de ELP sterk onder druk komen te staan.

Naast begeleiding zijn ook andere taken van belang.

- Een belangrijke taak is de deskundigheidsbevordering van huisartsen: hen leren wanneer ze patiënten naar de ELP kunnen verwijzen en hen tools aanreiken om zelf bepaalde patiënten op weg te helpen. Dit kan via groepsessies en psycho-educatieve programma's.
- Deskundigheidsbevordering vraagt in het begin mogelijk veel tijd, maar dit neemt af eens de huisartsen de nodige deskundigheid verworven hebben.
- Ook groepsessies en huisbezoeken behoren tot de taak van de ELP. Vooral voor kwetsbare groepen is outreachend werken belangrijk. Momenteel gebeurt dit weinig omdat hiervoor onvoldoende tijd is.

Bij het opstellen van het takenpakket voor de ELPF moet rekening worden gehouden met de herstructurering in het kader van Artikel 107.

- Afstemming met Artikel 107 is nu onvoldoende gebeurd.
- Ook de betrokkenheid van de ELP binnen het patiëntenoverleg was eerder uitzondering dan regel.

Het is niet de taak van de ELP om structurele tekorten in de tweede lijn op te vangen.

- Veel ouderen hebben milde chronische problemen en nood aan langdurige opvolging. Vaak staan zij weigerachtig tegenover de twee lijn. Outreachend werken via de huisartsenpraktijk, is voor hen noodzakelijk. De CGG in Vlaanderen hebben momenteel niet de middelen om outreachend te werken, waardoor deze doelgroep vaak bij de ELP terechtkomt. De ELP heeft echter niet de tijd om deze taak op te nemen. Het is daarom belangrijk dat de mogelijkheid om outreachend te werken in de tweede lijn versterkt wordt.
- Om alle taken goed te kunnen vervullen, is een aangepaste opleiding broodnodig.

## **6.5 Andere aspecten betreffende de ELPF**

Doelgroep

- De ELPF is momenteel exclusief gericht op volwassenen en niet op kinderen en jongeren. Het zorgnetwerk van kinderen en jongeren is een heel ander netwerk dan dat van volwassenen (het CLB, Kind & Gezin, ...) – er zijn andere disciplines bij betrokken.
- Het is o.a. de bedoeling dat de ELPF mensen bereikt die normaal gezien niet de weg naar de GGZ vinden. Het is belangrijk dat zij overtuigd worden van de meerwaarde van GGZ.
- Het is belangrijk om aandacht te hebben voor mensen die een medisch probleem ervaren en daardoor een grote klap krijgen. Ook deze mensen moeten bereikt worden.

Opleiding en profiel ELP

- De ELP heeft een geheel ander profiel dan de tweedelijstherapeuten. Het is een must om een specifieke opleiding voor de ELP uit te werken los van de bestaande therapieopleidingen. Een ELP moet immers heel andere vaardigheden hebben en werkt vanuit een ander behandelmodel. De behandeltechnieken uit de tweede lijn kunnen ook niet zomaar ingekort en toegepast worden in de eerste lijn. Er dient vooral generalistisch (i.e., transdiagnostisch en transtherapeutisch) gewerkt te worden en er moet gewerkt worden vanuit een gezondheidsmodel in plaats van vanuit een klachtenmodel. Naast het individualistisch werken, moet de ELP ook groepsessies geven en samenwerken met anderen (huisartsen, naasten, mantelzorgers, ...). Ook het werken met kansarmen en mensen van allochtone afkomst moeten belangrijke thema's in de opleiding zijn.



- Het is mogelijk een misvatting om te denken dat enkel masters in de psychologie geschikt zijn voor de functie van ELP. De bachelor toegepaste psychologie is minder specialistisch en sluit volgens enkelen net beter aan bij het profiel van de ELP.
- Een psychotherapieopleiding is niet noodzakelijk voor de ELP. In tegendeel, het kan zelfs contraproductief werken. De opleiding moet specifiek generalistisch zijn.
- Is vijf jaar ervaring noodzakelijk? Mensen met veel ervaring lijden vaak aan het 'hulpverlenerssyndroom' – ze kunnen het geven van langdurige behandelingen moeilijk loslaten. Mits de nodige supervisie en ondersteuning, kan een pas afgestudeerd iemand de rol van ELP ook vervullen. Echter, supervisie is niet altijd mogelijk, omdat er vaak snel beslissingen genomen moeten worden.
- De omschakeling van psychotherapeuten uit de tweede lijn naar de eerste lijn mag niet onderschat worden. In de eerste lijn wordt er meer gewerkt met gezonde mensen en dit vraagt een heel andere visie en attitude.

#### Inbedding

- Het is op zich een meerwaarde dat de ELP in de huisartsenpraktijk zit. Iedereen heeft een huisarts, maar niet iedereen heeft een CGG of een CAW in de buurt. Binnen de huisartsenpraktijk zal de bekendheid van de ELP ook veel groter zijn. Tevens kan de ELP de huisarts gemakkelijk ondersteunen bij het behandelen van psychosomatische problemen.
- Echter, niet iedereen is het hiermee eens. Het is niet omdat de ELP en de huisarts beiden partners zijn op de eerste lijn, dat de ELP in de huisartsenpraktijk moet worden ingepland. Inbedding in een huisartsenpraktijk heeft immers ook nadelen: de ELP kan minder beroep doen op intervisie, supervisie, en ondersteuning van een groep.
- Er zijn verschillende mogelijkheden qua inbedding en misschien is het wel een goed idee om deze verschillende opties open te houden.
- Waar de ELP ook is ingebed, het is hoe dan ook belangrijk dat de ELP voldoende tijd investeert in bekendmaking.

#### Financiering

- Onder de betrokkenen heerst de bezorgdheid dat de financieringsmethode een sterke stempel zal drukken op de implementatie van de ELPF.
- Voor veel mensen zijn de behandelsessies te duur. Het is daarom belangrijk om na te denken over terugbetaling.
- Er werd voorgesteld om voor de ELPF een forfaitair systeem uit te werken – volgens het model van getrapte zorg, middelen toekennen naargelang de nood.
- Financiële middelen kunnen efficiënt worden ingezet wanneer voldoende aan netwerking wordt gedaan en een goed model van getrapte zorg wordt uitgewerkt.
- Het is een optie om voor de ELPF eenzelfde financiële regeling te gebruiken als voor de CGG.
- Er werd geopperd dat terugbetaling door het RIZIV netwerkvorming kan tegenwerken.

## In Nederland

- De Nederlandse huisartsen werken met een beslisboom om te bepalen of het probleem van hun patiënt al dan niet kortdurend kan worden behandeld.
- Voor de registratie werd een light versie van het EPD ontwikkeld op basis van het KOP-model. Dit instrument monitort tevens de effecten van de behandeling (i.e., ROM, routing outcome measurement). Vóór het eerste gesprek moet de patiënt een klachtenlijst en een copinglijst invullen. Bij het intake gesprek worden de resultaten van de vragenlijst besproken. Na de behandeling vult de patiënt deze vragenlijsten opnieuw in om te bepalen of de klachten zijn afgenomen en de copingvaardigheden zijn toegenomen. In het begin stonden veel ELP hier huiverachtig tegenover, maar nadien bleek het helpend te zijn. Het laat immers toe om in een vroeg stadium te bepalen of de patiënt al dan niet in de eerste lijn behandeld kan worden. Daarnaast geeft het feedback over de aangeboden behandeling.
- Om ouderen met milde chronische problemen te begeleiden, werd recent een nieuwe functie uitgewerkt: de POH (i.e., praktijkondersteuner huisarts). Dit is een maatschappelijk werker of een psychiatrisch verpleegkundige die een langdurige behandeling aanbiedt. De duur van elke behandelsessie is echter ingekort tot 20 minuten. Er worden dus meer maar kortere sessies gegeven.

## Meer algemene bedenkingen

- Er heerst een grote bezorgdheid over het verder verloop van de ELPF na 2014. De ELPF mag immers geen pop-up systeem worden.
- Op de volgende klankbordgroep zouden ook huisartsen aanwezig moeten zijn.
- Als de ELPF verder gezet wordt, is bekendmaking een absolute must. Zowel de zichtbaarheid van de ELP bij patiënten als bij andere actoren in de zorgsector moeten verhoogd worden.

## 7 De resultaten van de tweede klankbordgroep met experts

De volgende paragraaf geeft per stelling een puntsgewijs overzicht van de bedenkingen die tijdens de tweede klankbordgroep aan bod kwamen. Naast de 4 stellingen werden nog enkele andere belangrijke aspecten betreffende de inrichting van de ELPF aangeraakt. Zo werd er onder meer gediscussieerd over het vereiste diploma van de ELP, het belang van arbeidsrehabilitatie (i.e., mensen met psychische problemen opnieuw aan het werk krijgen) en de verwijzers naar de ELP. De laatste paragrafen bieden een overzicht van de bedenkingen die betreffende deze aspecten werden geformuleerd.

### 7.1 Stelling 1

***“Een terugbetalingssysteem voor de ELP houdt de zorg betaalbaar en toegankelijk – er worden middelen toegekend volgens de principes van getrapte zorg.”***

Terugbetaling is noodzakelijk

- Om mensen niet uit te sluiten, is terugbetaling van de ELP noodzakelijk. Een van de doelstellingen van de ELPF is immers bereikbare en toegankelijke dienstverlening aanbieden. Het systeem moet voor iedereen betaalbaar zijn. Echter, betaalbaarheid staat niet altijd synoniem voor toegankelijkheid. De ELP is toegankelijk mede doordat hij de stap naar meer gespecialiseerde hulp verkleint.

- Binnen de pilootprojecten zijn de ELP ingebed in een bestaande voorziening en worden de lonen van de ELP door de Vlaamse overheid uitbetaald. De ELP rekenen naargelang het inkomen van de patiënt 0 of 9 EUR per consult. Op termijn moet voor de ELP een ander financieringsmodel uitgewerkt worden.
- Een 0 euro tarief voor kansarmen is niet altijd noodzakelijk. Sommigen betalen graag een bepaald bedrag zelf. Ze vinden dit belangrijk voor hun eigenwaarde. Het zou een meerwaarde zijn als de ELP naast het 0 en 9 euro tarief ook het 4 euro tarief kon toepassen.
- De terugbetaling van zelfstandige ELP is nodig – ook zij moeten betaalbaar en toegankelijk zijn voor kansarmen. Zoniet ontstaat er een behandelkloof waarbij kwetsbare patiënten enkel terecht kunnen bij een ELP verbonden aan het CAW, terwijl de meer gegoede patiënten ook bij een duurder privé ELP terecht kunnen. Echter, volgens sommige deelnemers zal een terugbetaling van zelfstandige ELP deze behandelkloof niet dichten.
- De gemeenschappen hebben weinig middelen, dus wellicht dient het geld vanuit het RIZIV te komen.

#### Een forfaitaire terugbetaling of een terugbetaling per prestatie

- Binnen een **forfaitair systeem** wordt voor elke voorziening een inschatting gemaakt van de kostprijs van de geleverde zorg. Dit gebeurt meestal op basis van het aantal behandelde patiënten in de jaren voordien. Vervolgens ontvangt de voorziening waar de ELP is ingebed een vast forfaitair bedrag dat deze kostprijs grotendeels vergoed.
- Bij een **betaling per prestatie** ontvangt de ELP een financiële vergoeding per geleverde prestatie.
- Voor- en nadelen van een terugbetaling per prestatie:
  - Ook zelfstandige psychologen kunnen een terugbetaling krijgen.
  - De kwaliteit van de geleverde hulpverlening kan minder goed gecontroleerd worden.
  - Er ontstaat mogelijk concurrentie tussen de ELP.
  - Het valt op voorhand moeilijk in te schatten waar een prestatiefinanciering zal eindigen – er kan een explosie aan hulpvragen voor de ELP ontstaan waardoor de kosten de pan uit swingen.
- Voor- en nadelen van een forfaitair terugbetalingssysteem:
  - De ELP is structureel ingebed in een voorziening en kan hierdoor de vele ELPF taken (netwerking, verwijzing, intervisie, overleg, bijscholing, coaching van andere hulpverleners, etc.) beter vervullen.
  - De kosten kunnen vooraf beter worden ingeschat.
- Een terugbetaling van de ELP zal een invloed hebben op het aantal verwijzingen naar de tweede en derde lijn, het gebruik van psychofarmaca, etc. Bij de uitwerking van een forfaitair systeem moeten dus ook de terugbetaling van en de afspraken met andere zorgverstrekkers (psychiaters, apothekers, etc.) herbekeken worden.
- Zorgverstrekkers werkzaam binnen een systeem met prestatiefinanciering (bv., apothekers) geven aan dat dergelijk terugbetalingssysteem in de praktijk niet werkt. Het is belangrijk om een ander financieringsmodel uit te werken en om extra middelen te zoeken zodat alle eerstelijns werkers terugbetaald kunnen worden. Andere beroepsgroepen zoals de ergotherapeuten ijveren immers ook voor terugbetaling.
- Om zoveel mogelijk doelgroepen te bereiken, is een gediversifieerd terugbetalingssysteem nodig. Een forfaitair systeem zal een bepaalde doelgroep wel en andere doelgroepen niet bereiken.

Hetzelfde geldt voor een terugbetaling per geleverde prestatie. Een combinatie van verschillende financieringssystemen is het meest aangewezen.

- Het is belangrijk om een minimaal terugbetalingssysteem in gang te zetten – het is toch niet mogelijk om op de behoeften van alle doelgroepen in te spelen. Naar later toe, wanneer de ELPF breder wordt uitgerold, moet er nagedacht worden over een bijsturing van dit minimale financieringsmodel.
- ELP zouden een vergoeding moeten krijgen wanneer ze samenwerken met andere zorgverstrekkers om netwerking en multidisciplinaire zorg te stimuleren.
- Bij de uitwerking van een terugbetalingssysteem moeten het functieprofiel en het takenpakket van de ELP goed gedefinieerd worden om zo de kwaliteit van de geleverde en terugbetaalde zorg te kunnen controleren en garanderen.

## 7.2 Stelling 2

### ***“Ook privétherapeuten moeten een rol spelen binnen de ELPF.”***

- Privétherapeuten spelen nu ook al een belangrijke rol in de eerste lijn.
- Privétherapeuten kunnen een rol spelen binnen de ELPF, maar dienen aan een aantal kwaliteitsvereisten te voldoen. Niet iedere privétherapeut komt immers in aanmerking om als ELP te werken.
  - Je moet als ELP de nodige ervaring hebben, want er komt veel op je af. Een ELP moet snel en gericht beslissingen kunnen en durven nemen.
  - Een ELP heeft bij voorkeur een ELP opleiding genoten. Privétherapeuten zijn geschoold in het geven van langdurige behandeling. Ze hebben tijd nodig om kortdurend en generalistisch te leren werken.
  - De ELP is ingebed in een netwerk. Het is niet voldoende voor de ELP om de sociale kaart van de regio te kennen. De ELP moet de zorgpartners ook persoonlijk kennen zodat hij hen (indien nodig) kan aanspreken voor raad en advies. Een dergelijk netwerk is nodig ter bescherming van de ELP, als klankbord, als vangnet, voor intervisie, etc.
  - De ELP moet samenwerken met de verwijzende huisarts. Huisartsen die samenwerken met privétherapeuten krijgen vaak geen feedback over hun patiënt – het gevoel ontstaat dat ze hun patiënt volledig uit handen hebben gegeven. Huisartsen die samenwerken met ELP in loondienst worden meer betrokken bij de therapeutische begeleiding van de patiënt. De huisarts geeft advies en beslist mee over het zorgtraject van zijn patiënt.
- Het is belangrijk om het functieprofiel, het takenpakket, de doelgroep en de opleidingsvereisten van de ELP duidelijk uit te schrijven, zoniet ontstaat er een wildgroei aan ELP zonder enig kader.
- Momenteel staat het aantal ELP niet in verhouding tot de grote hulpvraag. Om de grote vraag naar de ELP te kunnen beantwoorden, moeten privétherapeuten mee betrokken worden. Om het aantal nodige ELP in Vlaanderen te bepalen, is een behoeftebepaling nodig. Dit kan eventueel door een inschatting te maken van het aantal huisartsen in Vlaanderen dat beroep wenst te doen op een ELP.

### 7.3 Stelling 3

***“De ELPF is een belangrijke schakel binnen de zorgnetwerken die in het kader van Artikel 107 worden opgezet.”***

- Het is niet de bedoeling dat ziekenhuizen een dienst ELPF oprichten – de doelstelling van Artikel 107 is immers “vermaatschappelijking van de zorg”. De ELP moet een plaats krijgen in de maatschappij en niet binnen de muren van het ziekenhuis.
- De uitwerking van de ELPF dient rekening te houden met Artikel 107. Binnen Artikel 107 heeft functie 1 en dan voornamelijk functie 1B immers veel raakvlakken met de ELPF. Ook vroegdetectie, vroeginterventie en het verwijzen van patiënten voor psycho-educatieve sessies zijn belangrijke onderdelen van functie 1. De ELPF is dus bijna onderdeel van functie 1B.
- De ELP kent het bestaande zorgaanbod in de regio en bepaalt met welke zorg de patiënt het meest geholpen is – de ELP heeft dus een belangrijke schakelfunctie. Dit betekent echter niet dat de ELP onderdeel moet zijn van de zorgnetwerken die in het kader van Artikel 107 werden opgezet – hij moet wel uitdrukkelijk samenwerken met deze netwerken.
- De ELP kan een rol spelen in de adviestelefoon waarnaar hulpverleners uit de eerste lijn kunnen bellen voor informatie en advies.
- Er zijn grote overeenkomsten tussen de opdracht van de ELP en deze van het aanmeldingsteam binnen Artikel 107. Beiden bepalen of een verwijzing van een patiënt vereist is. Echter, in sommige regio’s mag de ELP zelf geen patiënten verwijzen. De ELP moet eerst verwijzen naar het aanmeldingsteam – vervolgens gebeurt daar de verwijzing. Het aanmeldingsteam is met andere woorden een extra schakel in de verwijzing. Volgens velen kan dit niet de bedoeling zijn – de ELP moet patiënten rechtstreeks kunnen verwijzen. Het is daarbij belangrijk dat de ELP en het aanmeldingsteam goede afspraken maken met betrekking tot de verwijzing van patiënten.
- De ELP zou ondergebracht moeten worden binnen functie 1B van Artikel 107.
- De ELP moet onderdeel zijn van het zorgnetwerk, maar mag niet gelijk gesteld worden met het aanmeldingsteam. De ELPF mag geen dispatch functie worden.
- Er is een verschil tussen de ELPF en de eerstelijns-GGZ. De eerstelijns-GGZ is breder dan de ELPF en omvat ook de CAW en de OCMW – zij vangen mensen met een chronische problematiek op die niet passen binnen een klassieke tweede of derde lijn. De ELP moet vooral kortdurend werken en patiënten met een chronische problematiek rechtstreeks verwijzen naar het CAW of het OCMW.
- Soms zijn er wachtlijsten in de tweede lijn en is het niet mogelijk om patiënten door te verwijzen. In dat geval worden patiënten best in de eerste lijn verder behandeld – ook al is dit niet helemaal aangewezen.

### 7.4 Stelling 4

***“De ELP bereikt een brede doelgroep van patiënten met psychische problemen - kansarmen maar ook kinderen, jongeren, chronisch zieken en ouderen behoren tot de doelgroep.”***

- Deze doegroepen hebben de grootste noden, maar het staat haaks op de beschikbare middelen.
- Iedereen moet beroep kunnen doen op de ELP – ook kinderen en jongeren. Gezinsmaterie komt toch binnen bij de ELP – het zou een gemiste kans zijn om de ELPF te beperken tot volwassenen.

- Er is nood aan een generalist die alle doelgroepen voor zijn rekening neemt. Zoniet wordt er opnieuw een onderscheid gecreëerd tussen kinder- en volwassenpsychologen, terwijl deze opdeling in de praktijk vaag en artificieel is. Zo werkt een kinderpsycholoog vaak met volwassenen en omgekeerd.
- Het is budgettair niet evident om de nood van alle doelgroepen te beantwoorden. Bij een tekort aan financiële middelen is het belangrijk om prioriteit te geven aan doelgroepen met de grootste nood.
- De inbedding van de ELPF bepaalt welke doelgroep bereikt wordt. Zelfstandige ELP bereiken een andere doelgroep dan ELP die ingebed zijn binnen een CAW. Om jongeren te bereiken, kan de ELP worden ingebed in het CLB of binnen de school setting.
- Het is belangrijk om de ELPF in zoveel mogelijk verschillende settings in te bedden, dit om een zo breed mogelijke doelgroep te bereiken.
- Er zijn grenzen aan generalistisch werken. Eén persoon kan onmogelijk alle kennis met betrekking tot deze verschillende doelgroepen beheersen. Elke doelgroep vraagt immers om een andere deskundigheid, een andere affiniteit, andere methodieken en technieken. Elke doelgroep heeft ook zijn eigen zorgnetwerk – zo bestaat het zorgnetwerk voor kinderen en jongeren uit volledig andere actoren dan het zorgnetwerk voor volwassenen. Het vraagt veel tijd om deze verschillende actoren te leren kennen en hiermee samen te werken.
- De ELP moet over een aantal generieke basiscompetenties beschikken die in de opleiding worden aangeleerd. Wanneer de ELP nadien aan de slag gaat, zullen zijn competenties zich verder ontwikkelen in functie van de lokale noden en in functie van de eigen sterktes. Het is dus mogelijk dat bepaalde specifieke competenties niet door alle ELP worden ontwikkeld – bijvoorbeeld sommige ELP voelen zich geroepen om groepsessies te geven andere dan weer niet.
- Mensen met ernstige psychiatrische problemen in ontwikkeling zijn een zeer belangrijke doelgroep. Zij zijn moeilijk bereikbaar en vallen meestal uit de boot.
- Ook mensen met een chronische, somatische ziekte vallen vaak uit de boot – zij zijn niet geneigd om de stap naar de GGZ te zetten, omdat ze van oordeel zijn dat ze louter een lichamelijk aandoening hebben. Het is belangrijk om ook voor deze doelgroep een toegangspoort tot de ELP te creëren, want bij deze doelgroep kan je zeer preventief werken.
- Echter, niet iedereen vindt dat chronisch somatische ziekten tot de doelgroep van de ELP moet horen. Vaak wordt er via andere kanalen aandacht besteed aan hun psychosociale noden.
- Ook patiënten van het CAW die een psychische problematiek hebben en niet gemotiveerd zijn om psychische hulp te zoeken, behoren tot de doelgroep van de ELP. Zij vragen overigens om een minder klassieke aanpak – een outreachende en aanklampende benadering.
- In project Brussel bestaat de doelgroep vooral uit zij die de weg naar de hulpverlening niet vinden. Vaak zijn dit patiënten met een ernstige problematiek. In 4 à 5 sessies probeert de ELP deze patiënten te motiveren om de stap naar de tweede lijn te zetten.

## 7.5 Andere aspecten betreffende de ELPF

Eén aanbod ELPF voor heel Vlaanderen?

- Eén aanbod ELPF uitwerken voor heel Vlaanderen is geen goede strategie. In de plaats moet het aanbod van de ELPF aangepast zijn aan de lokale noden, want deze zijn immers voor elke

regio anders. Zo kampen sommige regio's met wachtlijsten in de tweede lijn, terwijl andere regio's geen wachtlijsten hebben. De noden moeten daarom per gemeente bekeken worden.

Kunnen naast klinisch psychologen ook professionelen met een ander diploma een rol spelen binnen de ELPF?

- Volgens sommigen beschikken ook psychiatrisch verpleegkundigen met ervaring in psychiatrische ziekenhuizen en mobiele crisisteams over de nodige kwaliteiten om de functie van ELP te vervullen. Anderen geven aan dat psychiatrisch verpleegkundigen de ELP kunnen bijstaan, maar zelf niet als ELP kunnen werken.
- Maatschappelijke werkers werkzaam in het aanmeldingsteam verrichten deels dezelfde taken als de ELP. Zij kunnen mogelijks ook bepaalde taken binnen de ELPF opnemen.
- Ook ergotherapeuten kunnen een rol binnen de ELPF spelen.

Bepaalde interventies verdienen meer aandacht

- Het belang van **arbeidsrehabilitatie** (i.e., mensen met psychische problemen weer aan het werk krijgen) wordt in Vlaanderen vaak over het hoofd gezien. Het is belangrijk om hier in de toekomst meer op in te zetten – onderzoek toont immers aan dat arbeid het welzijn van mensen bevordert.
- Binnen Vlaanderen verdienen **e-therapy** en **blended therapy** een boost.

Hoe komen mensen best bij de ELP terecht?

- De huisarts is een belangrijke verwijzer – de huisarts coördineert immers de zorg van zijn patiënten.
- Maar patiënten komen ook via andere kanalen tot bij de ELP. Het is belangrijk om de verschillende toegangspoorten open te houden.
- Daarnaast is ook rechtstreekse toegang tot de ELP van groot belang. Mensen moeten op eigen initiatief naar de ELP kunnen gaan.





## Hoofdstuk 6

### Globale evaluatie van de zeven pilootprojecten

In dit hoofdstuk maken we op basis van de onderzoeksresultaten een globale evaluatie van de 7 pilootprojecten. Voor elk project belichten we volgende aspecten:

- Doelgroep en problematiek
- Kortdurende begeleiding
- No shows en drop-out
- Wachtijd
- Crisisinterventies
- Verwijzing
- Groepsaanbod
- Laagdrempelig
- Samenwerking met de huisarts
- Terugkoppeling van informatie
- Coaching van huisartsen en andere klinische partners
- Samenwerking met andere klinische partners
- Inbedding en aanmeldingsprocedure
- Werking, aansturing en omkadering
- Tevredenheid patiënten
- Succesfactoren
- Knelpunten

#### 1 Globale evaluatie pilootproject Aalst

##### 1.1 Doelgroep en problematiek

In Aalst richten de ELP zich noch tot bepaalde doelgroepen zoals kansarmen, noch maken ze gebruik van bepaalde exclusiecriteria. Er wordt een generalistische visie gehanteerd waarbij men iedereen wil helpen. Dit heeft als gevolg dat de patiëntengroep van Aalst heterogeen is qua problematiek en financiële draagkracht.

Uit de jaarverslagen blijkt dat in Aalst ongeveer 30% van de patiënten gratis bij de ELP op consult kwam. Dit betekent echter niet dat slechts een kwart van de patiënten tot de kansarme doelgroep behoort. Veel mensen met weinig financiële draagkracht staan er immers op om toch het 9 EUR-tarief te betalen. Volgens project Aalst beschikt een groot deel van de patiënten over voldoende middelen om beroep te kunnen doen op de reguliere hulpverlening. Het valt tevens op dat veel van de patiënten die zich aanmelden uit de zorgsector, de welzijnssector (bv., verpleegkundigen, thuisverzorgers) of het onderwijs komen met als belangrijkste aanmeldingsklacht depressie en burn-out.

Volgens de jaarverslagen zijn psychische problemen, relatieproblemen en verwerkingsproblemen de drie voornaamste aanmeldingsklachten. Ook de registratiefiches bevestigen dat de meeste patiënten

kampen met aanpassingsproblemen en 1/3<sup>de</sup> relationele problemen heeft. Daarnaast komen angstproblemen, slaapproblemen, aandachtsproblemen, hooggevoeligheid en eenzaamheid vaak voor.

De scores op de BSI geven aan dat de patiënten in Aalst – net als de patiënten in de meeste andere projecten – in vergelijking met een klinische referentiegroep boven gemiddeld scoren. Zowel het aantal aanwezige symptomen als de ernst van de aanwezige symptomen liggen in vergelijking met een klinische referentiegroep boven het gemiddelde. De patiëntenpopulatie van Aalst scoort hoger op de somatische klachtenschaal dan de patiënten van de andere projecten. Project Aalst geeft aan dat veel klinische partners in de regio (bv., CAW, CLB, etc.) kampen met wachtlijsten en geneigd zijn om hun patiënten naar de ELP door te verwijzen. Het kan echter niet de bedoeling zijn dat de ELP de doelgroep van de andere partners overneemt.

Volgens de klinische partners van Aalst hebben patiënten met een chronische problematiek weinig baat bij een kortdurende behandeling. De ELP kan de problematiek mee helpen stabiliseren, maar de huisarts neemt best de opvolging op zich.

## **1.2 Kortdurende begeleiding**

De ELP van Aalst behandelen op jaarbasis 200 patiënten en geven meer dan 500 behandelsessies. Deze aantallen zijn van dezelfde grote orde dan het aantal begeleide patiënten en het aantal gegeven sessies binnen de projecten Brussel, Maasmechelen, Pajottenland en Poperinge.

Gemiddeld genomen geven de ELP van Aalst een drietal behandelsessies per patiënt. Slechts in uitzonderlijke gevallen worden meer dan vijf behandelsessies gegeven. De jaarverslagen bevestigen dat ongeveer 90% van de begeleidingen in maximaal vijf sessies wordt afgerond. Tot nog toe ontving geen enkele patiënt meer dan tien behandelsessies.

Tijdens de begeleidingen doen de ELP vooral aan oriëntering, motiverende gespreksvoering, psycho-educatie en psychologische behandeling met een kortdurende aanpak. Volgens de klinische partners hanteren de ELP meestal een generalistische aanpak die gericht is op het voorkomen van meer complexe problemen en het herstel van evenwicht. Daarbij wordt sterk de nadruk gelegd op begeleide zelfhulp. Qua methodiek maken de ELP van Aalst vaak gebruik van het KOP-model. Het wordt beschouwd als een sterk model dat toelaat om een brede waaier aan problemen in kaart te brengen. Assessment doen de ELP zelden en er wordt weinig gebruik gemaakt van vragenlijsten.

## **1.3 No shows en drop-out**

In Aalst komt ongeveer 10% van de aangemelde patiënten niet opdagen voor zijn eerste afspraak. Dit percentage is eerder laag en vergelijkbaar met het percentage no shows in de projecten de Kempen, Maasmechelen en het Pajottenland. Het beperkt aantal no shows is volgens de ELP te danken aan de korte wachttijd. Ook het percentage patiënten dat tijdens de ELP-behandeling afhaakt ligt in Aalst rond de 10% en is vergelijkbaar met de mate van uitval binnen de projecten Brussel, de Kempen en het Pajottenland. Patiënten die niet komen opdagen voor een gesprek, worden door de ELP gecontacteerd om te polsen naar de achterliggende redenen.

#### **1.4 Wachtijd**

Binnen project Aalst is de wachttijd voor een begeleiding kort: patiënten die zich aanmelden kunnen meestal binnen de week – en in geval van crisis binnen de 48 uren – bij de ELP terecht. De ELP van Aalst hebben ook geen wachtlijst.

#### **1.5 Crisisinterventies**

Voor het opvangen van acute crisissituaties zijn volgens project Aalst de PAAZ en het CGG meer aangewezen dan de ELP. Daartoe werd de samenwerking tussen de ELP en de PAAZ ook versterkt. De ELP kan wel inspringen bij crisissituaties die zich voordoen in de huisartsenpraktijk en de huisarts ondersteunen bij het nemen van beslissingen betreffende de verdere aanpak.

#### **1.6 Verwijzing**

Volgens de klinische partners verloopt de doorstroming naar gespecialiseerde zorg met de komst van de ELP veel vlotter. De ELP kan snel inschatten of verdere hulpverlening vereist is en helpt om een gerichte verwijzing te doen. De ELP streven ernaar om de patiënt op slechts één wachtlijst te zetten – en wel op deze wachtlijst die de meest passende hulp biedt.

In praktijk verloopt verwijzing soms moeilijk omwille van wachtlijsten. Zowel voor het CGG als voor privétherapeuten is er in Aalst een wachtperiode. De verwijzing wordt verder bemoeilijkt doordat sommige klinische partners exclusiecriteria hanteren. Patiënten komen dan vaak terug bij de huisarts terecht.

Volgens de jaarverslagen ligt het percentage patiënten dat in Aalst wordt verwezen naar een andere klinische partner op 20%. De resultaten afkomstig van de registratiefiches geven echter aan dat 70% van de patiënten door de ELP wordt verwezen naar meer gepaste zorg wat in vergelijking met de andere pilootprojecten veel is. Het is niet duidelijk waarom de gegevens van de jaarverslagen en de registratiefiches zo ver uit elkaar liggen.

De ELP van Aalst verwijst door naar diverse partners zoals: privétherapeuten, Kind & Gezind, het CAW, etc. Er wordt vaker verwezen naar de tweede lijn dan naar de eerste lijn. Bij verwijzing naar de tweede lijn, houden de ELP rekening met de financiële situatie van de patiënt. Zo worden patiënten met minder middelen verwezen naar het CGG, terwijl patiënten met voldoende financiële draagkracht vaker worden verwezen naar een privépsycholoog of -psychiater.

#### **1.7 Groepsaanbod**

Doordat het aantal patiëntenbegeleidingen hoog ligt, is het uitbouwen van een groepsaanbod niet evident. Niettemin werd er de afgelopen jaren sterk geïnvesteerd in het uitwerken van groepsessies rond specifieke klachten waarvoor in de regio nog geen aanbod bestond. Zo organiseerden de ELP vormingen rond slaapproblemen, het leren omgaan met stress en het leren verwerken van een borstkankerdiagnose. De ervaring leert dat het groepsaanbod heel geschikt is voor mensen die zich minder thuis voelen in een individueel contact bij een hulpverlener. Voor deze doelgroep is de stap naar het groepsaanbod sneller gezet.

### **1.8 Laagdrempelig**

Voor veel patiënten in Aalst ligt de drempel om naar de ELP te gaan laag en dit om diverse redenen. De ELP bieden consultatie aan op neutrale locaties die voor patiënten goed bereikbaar zijn en wanneer nodig doen de ELP huisbezoeken. Nergens in of rond de consultatieruimte hangt een bordje met de melding “psycholoog”. Het feit dat de huisarts patiënten naar de ELP verwijst en hen vooraf goed uitlegt wat de ELP precies doet, scherpt het vertrouwen. Ook de lage kostprijs opent deuren voor mensen met financiële moeilijkheden. De ELP organiseren behandeling in het Nederlands, het Frans en het Engels; en indien de patiënt geen van deze talen machtig is, wordt er een tolk ingeschakeld.

### **1.9 Samenwerking met de huisarts**

De ELP van Aalst proberen huisartsen zoveel mogelijk bij de begeleidingen te betrekken. Voorafgaand aan het eerste patiëntengesprek, neemt de ELP contact op met de behandelende huisarts om meer informatie te verkrijgen over de specifieke problematiek van de patiënt. Tijdens de begeleiding en bij verwijzing wordt er ook zoveel mogelijk afgestemd met de huisarts. Na afronding van de begeleiding contacteert de ELP de huisarts en bespreekt kort hoe de begeleiding verlopen is. Uit de registratiefiches blijkt dat de ELP in Aalst voor meer dan 90% van de patiënten overlegt met de huisarts. Dergelijk overleg verloopt volgens de huisartsen weinig gestructureerd – het vindt eerder in de wandelgangen plaats.

De huisartsen van Aalst zijn zeer enthousiast over hun samenwerking met de ELP. Vaak staan zij met de rug tegen de muur als ze geconfronteerd worden met een patiënt met een zware psychologische problematiek. Naar eigen zeggen hebben huisartsen noch de tijd noch de competenties om dergelijke problemen aan te pakken. Nu kan de ELP snel ter hulp schieten en samen met de patiënt een behandeling uitzoeken. Bovendien heeft de huisarts met de komst van de ELP een goed behandelalternatief voor medicatie. De ELP wordt door de betrokken huisartsen als verlichtend ervaren.

### **1.10 Terugkoppeling van informatie**

Uit de resultaten van de jaarverslagen blijkt dat Aalst voor meer dan 90% van de patiënten informatie naar de huisarts terugkoppelt. Er worden in hoofdzaak informatie met betrekking tot de aanvankelijke klachten met de huisarts gedeeld. Huisartsen geven echter aan dat ze ook andere informatie betreffende de begeleiding bij de ELP wensen te ontvangen (i.e., of de patiënt werd verwezen, naar wie de patiënt werd verwezen, welke begeleiding de patiënt bij de ELP kreeg, etc.). Het is belangrijk dat de huisarts op deze informatie kan terugvallen bij een nieuwe episode.

### **1.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

Naast het geven van begeleiding is het ondersteunen van andere klinische partners – zoals huisartsen – een belangrijke taak binnen de ELPF. Echter, door de grote vraag naar begeleidingen is het niet eenvoudig voor de ELP om deze taak te vervullen. De coachende functie vervult de ELP enerzijds door nauw samen te werken met de huisarts. Dankzij deze wisselwerking leren huisartsen veel bij over psychische problemen: ze hebben meer oog voor psychosociale problemen bij hun patiënten en leren hoe ze bepaalde problemen zelf kunnen aanpakken. Anderzijds organiseerde project Aalst de afgelopen werkjaren een aantal vormingen specifiek voor huisartsen. Zo werd er een vorming rond het KOP-model en een vorming rond depressie en burn-out georganiseerd.

### 1.12 Samenwerking met andere klinische partners

De klinische partners geven in de tevredenheidsbevraging aan dat de samenwerking met de ELP goed verloopt. Het feit dat de ELP zeer snel werd ingeburgerd zonder veel weerstand in het werkveld toont aan dat er een grote nood is aan de ELPF. Vernieuwing leidt bij actoren in het veld immers vaak tot verzet.

Volgens de klinische partners stimuleert de ELP de samenwerking binnen zowel de eerste lijn als met de tweede lijn. Doordat de ELP patiënten verwijst en geregeld met de partners over verwezen patiënten overlegt, leren partners elkaars werk, deskundigheid en competenties kennen.

### 1.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure

De ELP van Aalst biedt nu patiëntconsulten aan op diverse locaties waaronder ook in een huisartsenpraktijk en een huisartsenwachtpost. Sommige klinische partners zien een inbedding in een huisartsenpraktijk als een meerwaarde, want voor patiënten is de huisarts neutraal terrein. Bovendien kunnen patiënten ongemerkt een bezoek aan de ELP brengen zonder dat buitenstaanders weten dat ze naar een psycholoog gaan. Volgens andere klinische partners is het niet ideaal om de ELP in de huisartsenpraktijk te vestigen. De ELP wordt door de praktijk dan als “hun” psycholoog beschouwd wat andere verwijzers ervan weerhoudt om patiënten door te verwijzen.

In Aalst is de huisarts de voornaamste aanmelder (ongeveer 90%), maar patiënten kunnen ook op eigen initiatief naar de ELP komen of via een andere klinische partner worden aangemeld. In de praktijk gebeurt dit echter weinig.

### 1.14 Werking, aansturing en omkadering

Project Aalst krijgt van de Vlaamse overheid middelen ter beschikking om één voltijds ELP aan te stellen. Bijkomend kan Aalst beroep doen op 0,5 VTE ELP die gedetacheerd wordt vanuit het CGG. Dit is echter niet voldoende om tegemoet te komen aan de grote vraag in de regio. Project Aalst moet steeds op de rem staan qua bekendmaking om zo een overrompeling van de ELP te voorkomen. Om binnen zorgregio Aalst een voldoende groot aanbod te kunnen voorzien, zijn volgens de leden van de stuurgroep 6 à 7 ELP nodig.

Veel werk met betrekking tot de aansturing en de omkadering van het project (onthaal, administratie, overleg, etc.) wordt nu geheel vrijwillig door de leden van de stuurgroep gedragen. Ook de netwerking – wat een belangrijke opdracht is binnen de ELPF – wordt opgenomen door de stuurgroepleden tegen een bescheiden vergoeding. Dit alles volstaat volgens veel betrokkenen niet. Met het oog op een verdere uitrol van de ELPF binnen Vlaanderen is het belangrijk om voldoende middelen te voorzien voor aansturing, coördinatie, netwerking en ondersteuning – zonet is het noodzakelijk dat de ELP ingebed wordt in een bestaande dienst (bv. CGG, CAW) wat mogelijks de herkenbaarheid en laagdrempeligheid van de ELPF ondermijnt.

### 1.15 Tevredenheid patiënten

De patiënten van Aalst zijn zeer tevreden over hun begeleiding bij de ELP. Op een schaal gaande van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (helemaal tevreden) bedroeg de gemiddelde tevredenheid 9. De ELP van

Aalst stralen volgens patiënten rust uit, tonen begrip en respect, en zijn meelevend, geduldig en ruimdenkend. De ELP luisteren naar mensen zonder een oordeel te vellen. De ELP zijn in staat om klachten te benoemen en deze in een breder perspectief te plaatsen. Ze laten patiënten anders naar hun problemen kijken wat leidt tot nieuwe inzichten. De ELP overlopen met hun patiënten de mogelijke oplossingen en reiken hen de nodige handvaten, tips en tools aan waarmee ze zelf aan de slag kunnen.

Veel patiënten van Aalst lieten weten dat ze de ELP zouden aanbevelen aan familie, vrienden of collega's met psychische problemen. Redenen om de ELP aan te bevelen zijn onder meer de lage kostprijs; de zachte, respectvolle, betrouwbare, accurate en inzichtelijke aanpak van de ELP; de mogelijkheid om snel op consult te kunnen komen zonder maanden te hoeven wachten; de lage drempel en de goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van de ELP. De ELP is vooral een aanrader voor mensen die weerhoudend of sceptisch staan tegenover psychologische hulp. De ELP is voor hen een goede manier om kennis te maken met psychische hulp. Het is een eerste geleidelijke stap naar meer gespecialiseerde hulp op lange termijn.

### **1.16 Succesfactoren**

Project Aalst is in enkele jaren tijd uitgegroeid tot een sterk merk en een betrouwbare partner in het zorglandschap. Steeds meer mensen – inclusief de klinische partners – zijn overtuigd van de meerwaarde van de ELP.

De ELP van Aalst behandelen op jaarbasis veel patiënten en geven veel behandelsessies. Ondanks de grote vraag, slagen de ELP er in om de wachttijd voor een begeleiding kort te houden. Hierdoor is het aantal no shows en drop-outs in Aalst beperkt.

Ondanks de hoge werkdruk investeerde Aalst de afgelopen jaren sterk in het uitwerken van groepsessies rond specifieke klachten waarvoor in de regio nog geen aanbod bestond. Aalst behoort tot de weinige projecten die deze ELPF-doelstelling in de praktijk wist te brengen.

De ELP van Aalst investeren ook veel tijd in hun samenwerking met de huisartsen. Er wordt veel overlegd met de huisarts en de ELP werkten een aantal vormingssessies ter ondersteuning uit.

Het feit dat de ELP in Aalst gehuisvest is op meerdere locaties – en dus niet enkel in een welbepaalde huisartsenpraktijk – is een meerwaarde. Voor veel patiënten is de huisartsenpraktijk neutraal terrein en dus laagdrempelig. Sommige huisartsen vinden het echter nefast om de ELP onder te brengen in één welbepaalde huisartsenpraktijk. Als huisartsen zelf geen onderdeel zijn van deze praktijk voelen ze immers weerstand om hun patiënten naar de ELP door te verwijzen.

### **1.17 Knelpunten**

Binnen zorgregio Aalst zijn de ELP slachtoffer van het eigen succes. Steeds meer mensen zijn overtuigd van de meerwaarde van de ELP wat leidt tot een groeiende vraag. Anderhalve ELP is echter niet voldoende om de grote vraag in de regio te dekken waardoor de ELP onder immense druk komen te staan. De ELP trachten zo efficiënt mogelijk te werken, maar zijn van mening dat de kwaliteit van zorg niet mag leiden onder het ontoereikende aanbod.

Veel klinische partners in de regio kampen overigens met wachtlijsten en/of hanteren exclusiecriteria waardoor passende hulpverlening niet altijd tot stand komt en patiënten finaal weer bij de huisarts terecht komen. We merken wel op dat de ELP van Aalst in vergelijking met de andere projecten een zeer

groot percentage patiënten verwijst naar andere zorgverstrekkers. Mogelijks zorgt het grote aantal verwijzingen er net voor dat gespecialiseerde hulpverlening soms moeilijk tot stand komt.

De ELP is in zijn huidige vorm zeer kwetsbaar. Bij ziekte van één ELP valt alles stil wat meteen zwaar doorweegt op de werking en de continuïteit van de hulpverlening.

Met de huidige financiële middelen is het overigens moeilijk om de verschillende andere kerntaken van de ELPF waar te maken: netwerken, het coachen van andere partners, administratie, etc.

Bovendien zijn er momenteel onvoldoende middelen voorzien voor de aansturing, coördinatie en omkadering van het project. Deze taken worden nu vrijwillig opgenomen door de leden van de stuurgroep wat verre van ideaal is. Er is nood aan een professionele leidinggevende kracht om het project in goede banen te leiden.

Hoewel de ELP van Aalst over voldoende geschikte competenties beschikken, hebben ze ook nood aan meer ruimte en budget voor opleiding en vorming op maat van de problematiek waarmee ze geconfronteerd worden. Zo zou het een meerwaarde zijn mocht de ELP enkele opleidingen rond diagnostiek kunnen volgen.

De ELP signaleren een grote nood aan intervisie en supervisie om casuïstiek te bespreken. Tijdens de vele overlegmomenten wordt er vooral aandacht besteed aan structurele, praktische en conceptuele zaken – voor casuïstiek blijft er meestal geen tijd over. De ELP ervaren dit als een groot gemis.

## **2 Globale evaluatie pilootproject Brussel**

### **2.1 Doelgroep en problematiek**

Project Brussel richt zich vooral op kwetsbare groepen – mensen die moeilijk de weg vinden naar de GGZ en/of niet terecht kunnen in het reguliere GGZ-circuit. In vergelijking met het Vlaamse doelpubliek is het Brusselse doelpubliek meer verstedelijkt. Brussel wordt ook gekenmerkt door tweetaligheid en er is een grote diversiteit in cultuur wat vraagt om een cultuursensitieve aanpak. Patiënten van allochtone afkomst hebben het Nederlands vaak niet als moedertaal en kunnen zich daarom minder goed uitdrukken. Wanneer de ELP hun problematiek bovendien louter vanuit een Westerse invalshoek benaderen, kunnen patiënten afhaken.

Volgens de registratiefiches meldt de helft van de patiënten stemmingsproblemen en aanpassingsproblemen; 40% heeft relationele problemen en een kwart heeft angstproblemen. De resultaten van de BSI tonen tevens aan dat de Brusselse patiënten meer pathologie vertonen dan de patiënten uit de andere pilootprojecten. In vergelijking met een klinische referentiegroep scoort de patiëntenpopulatie van Brussel hoog op de BSI terwijl de patiëntenpopulaties van de andere pilootprojecten gemiddeld scoren. Ook op de angstschaal en de fobische klachtenschaal van de BSI scoren de Brusselse patiënten hoger dan de patiënten uit de andere pilootprojecten.

Zowel patiënten met acute problemen als patiënten met chronische problemen komen bij de ELP terecht. De ELP geven echter aan dat voor patiënten met een chronische problematiek een kortdurend traject bij de ELP weinig geschikt is.

## **2.2 Kortdurende begeleiding**

De ELP van Brussel behandelen op jaarbasis ongeveer 200 patiënten en geven meer dan 600 behandelsessies. Gemiddeld genomen geven de ELP vier behandelsessies per patiënt en wordt ongeveer 90% van de begeleidingen binnen de vijf behandelsessies afgerond. Het percentage patiënten dat meer dan 10 consulten krijgt, ligt in Brussel iets hoger dan in de andere projecten (6% vs. 0%).

Net als in de andere projecten doen de Brusselse ELP tijdens de begeleiding vooral aan oriëntering, indicatiestelling en motiverende gespreksvoering; en geven kortdurende begeleiding. De ELP doen ook regelmatig aan diagnosestelling, maar maken hiervoor zelden gebruik van diagnostische instrumenten. Vragenlijsten zijn volgens de Brusselse ELP minder geschikt om het dynamische aspect van de problematiek te vatten en zijn daarenboven weinig cultuurgevoelig.

Veel patiënten in Brussel hebben een multiproblematiek. De ELP gaan hier elk op een andere manier mee om. Sommige ELP vinden het moeilijk om op één probleem te focussen en daarmee aan de slag te gaan. In de plaats proberen zij verbanden te leggen tussen de diverse problemen om zo de veerkracht van mensen te versterken. Andere ELP focussen wel op één probleem en proberen daar via een kortdurende interventie succes te boeken.

## **2.3 No shows en drop-out**

In Brussel komt iets meer dan 20% van de aangemelde patiënten niet opdagen voor de eerste afspraak. In vergelijking met de andere pilootprojecten is dit percentage hoog. Mogelijks ligt de lange wachtperiode mee aan de basis van het hoge percentage no shows. Vaak zijn het ook mannen die niet naar hun eerste afspraak komen. Dit is vooral het geval wanneer de ELP een vrouw is. Het aantal patiënten dat tijdens de ELP-behandeling afhaakt ligt rond de 10% en is vergelijkbaar met het percentage drop-out in Aalst, de Kempen en het Pajottenland.

Om het aantal “no shows” in te perken vragen huisartsen aan hun patiënten om tijdig te verwittigen indien ze niet naar hun afspraak met de ELP kunnen komen. Huisartsenpraktijken die over een secretariaat beschikken, hebben de gewoonte om de patiënt ter herinnering daags voor de afspraak te bellen. Patiënten die niet komen opdagen, worden de dag zelf door de ELP opgebeld. De ELP doen hun best om patiënten die het moeilijk hebben en niet komen opdagen niet los te laten.

## **2.4 Wachtijd**

In de meeste huisartsenpraktijken overstijgt de vraag het aanbod en is de ELP genoodzaakt om met wachtlijsten te werken. Het komt soms voor dat patiënten 1 à 2 maanden moeten wachten vooraleer ze bij de ELP terecht kunnen. In enkele andere huisartsenpraktijken is de vraag naar begeleiding veel lager en wordt de ELP soms zelfs onderbenut.

## **2.5 Crisisinterventies**

In Brussel deden de ELP de afgelopen drie werkjaren slechts een tiental crisisinterventies. In vergelijking met de Kempen, Turnhout en Maasmechelen is dit weinig. Een crisis wordt in Brussel gedefinieerd als een niet geplande interventie. Het gaat hier om situaties die geen weken kunnen wachten alvorens



behandeld te worden: een suïcideverhaal, iemand die op straat is aangevallen, een sterfgeval in de familie, een ongewenste zwangerschap, etc.

Doordat de ELP slechts één dag per week of soms zelf één dag om de twee weken in de huisartsenpraktijk aanwezig is, is het quasi onmogelijk om een ongepland consult bij de ELP te regelen. De Brusselse ELP zijn bijgevolg moeilijk inzetbaar tijdens crisissituaties. In sommige huisartsenpraktijk werd dan ook besloten om de crisisinterventies over te laten aan de huisartsen.

## **2.6 Verwijzing**

In Brussel wordt 44% van de patiënten verwezen. Rekening houdend met de ernst van de problematiek in Brussel en vergeleken met het percentage verwijzingen in de andere pilootprojecten is dit weinig. Deze cijfers tonen aan dat de Brusselse ELP een groot deel van de problemen met een kortdurend begeleidingstraject kunnen opvangen.

Formeel werd afgesproken dat de ELP zelf geen verwijzingen doen. De ELP adviseren de huisarts en/of gaan in onderling overleg met de huisarts over tot een geschikte verwijzing. Het is uiteindelijk de huisarts die de verwijzing moet organiseren. In de praktijk blijkt dat huisartsen hier nog niet helemaal klaar voor zijn; ze zijn onvoldoende vertrouwd met het werkkterrein van de GGZ, waardoor de ELP toch vaak overgaan tot verwijzing. Bovendien hebben patiënten via de ELP soms betere toegang tot gespecialiseerde hulpverlening.

Patiënten worden in Brussel vooral verwezen naar het CGG. Doordat de ELP gedetacheerd zijn vanuit een CGG, kunnen zij patiënten die nood hebben aan tweedelijnszorg soms zelf vanuit het CGG verder behandelen. Dit verlaagt voor patiënten de drempel naar meer gespecialiseerde zorg en heeft bijkomend als voordeel dat er bij het CGG geen intakegesprek meer moet gebeuren.

De ELP van Brussel geven aan dat een snelle doorstroom naar vervolghulp soms moeilijk realiseerbaar is. Vooral de verwijzing naar het Franstalige GGZ-netwerk verloopt moeizaam doordat verschillende organisaties met wachtlijsten kampen. De ELP geeft dan toch soms tweedelijnszorg in afwachting tot patiënten kunnen worden verwezen. Bovendien is het vaak moeilijk om kwetsbare en slecht bereikbare groepen door te verwijzen naar meer gespecialiseerde zorg. Voor hen is de stap naar de GGZ te groot. Project Brussel stelt zich de vraag of de ELP aan deze groepen niet beter een langdurige behandeling aanbieden.

## **2.7 Groepaanbod**

De ELP van Brussel geven zelden of nooit groepsessies omdat ze hiervoor geen tijd hebben. Wel organiseren enkele andere zorgpartners binnen project Brussel groepsessies. Zo heeft een van de wijkgezondheidscentra een psycholoog in dienst genomen die psycho-educatieve groepsessies geeft rond stress en angst. Ook het wijkgezondheidscentrum de Brug is bezig met het uitwerken van een groepaanbod.

De ELP alsook de klinische partners vinden dat groepsessies een belangrijke preventieve functie vervullen. Voor sommige patiënten is zelfs de stap naar de ELP een stap te ver. Ze vinden het moeilijk om de ELP te vertrouwen en zien er ook de meerwaarde niet van in. Voor hen kan een alternatief aanbod zoals groepsessies zinvol zijn. Tijdens dergelijke sessies maken patiënten kennis met de ELP en geraken zo geleidelijk aan vertrouwd met de GGZ.

## **2.8 Laagdrempelig**

In Brussel bieden de ELP consultaties aan in de huisartsenpraktijk wat drempelverlagend werkt. De huisartsenpraktijk is voor veel mensen een vertrouwde en weinig stigmatiserende plek en bereikt daardoor kwetsbare doelgroepen die niet open staan voor psychologische hulp.

Toch is de drempel om naar de ELP te gaan voor sommige patiënten nog te hoog. In dergelijke gevallen besluiten huisartsen om eerst zelf twee aaneensluitende consultaties aan te bieden vooraleer de patiënt door te verwijzen naar de ELP. Volgens verschillende ELP kan de drempel nog verder verlaagd worden door ook consultaties zonder afspraak mogelijk te maken en door de ELP in te bedden in andere eerstelijnssettings (bv., daklozenorganisaties).

Ook de lage kostprijs werkt drempelverlagend. Mensen stellen gezondheidszorg vaak uit omwille van financiële problemen. Daarom wordt de kostprijs voor een consultatie bij de ELP bewust laag gehouden. Het percentage patiënten met een behartenswaardige situatie ligt in Brussel aanzienlijk hoger dan in de andere pilootprojecten: voor meer dan de helft van de patiënten (59%) wordt in Brussel geen honorarium aangerekend.

## **2.9 Samenwerking met de huisarts**

De aard van de samenwerking met de huisarts is in elke huisartsenpraktijk anders. In sommige praktijken wordt de ELP als een volwaardig teamlid beschouwd; in andere praktijken maakt de ELP niet echt deel uit van het team.

Niettemin zijn huisartsen enthousiast over de ELP. Dankzij de komst van de ELP kunnen huisartsen patiënten met emotionele problemen naar de ELP verwijzen wat de werkdruk verlicht. Daarnaast zorgt de ELP ervoor dat huisartsen meer oog hebben voor psychosociale en psychosomatische problemen bij hun patiënten. Voor veel patiënten overleggen de ELP met de huisarts. Dankzij dit overleg krijgen beide partijen meer zicht op elkaars werk en neemt het vertrouwen van huisartsen in het CGG toe.

## **2.10 Terugkoppeling van informatie**

Voor meer dan 90% van de patiënten koppelen de Brusselse ELP informatie terug naar de huisarts. Er wordt in hoofdzaak informatie uitgewisseld die betrekking heeft op de aanvankelijke klachten van de patiënt. Over het aantal gegeven behandelsessies, de gestelde diagnose, de aangeboden behandeling en het resultaat van de behandeling wordt volgens de huisartsen minder systematisch teruggekoppeld. Nochtans zijn huisartsen graag op de hoogte van de aangeboden behandeling en het resultaat hiervan.

Huisartsen geven aan dat ook bij verwijzing naar meer gespecialiseerde GGZ feedback vanuit het CGG, de psychiatrische ziekenhuizen en psychotherapeuten noodzakelijk is. Het zou bovendien wenselijk zijn dat deze feedback schriftelijk gegeven wordt en gelinkt kan worden aan het EMD van de huisarts. Voor huisartsen is het immers belangrijk om het zorgtraject van de patient goed te monitoren.

## **2.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

In Brussel worden veel overlegmomenten georganiseerd tussen alle ELP en alle huisartsen samen. Huisartsen worden tevens gehonoreerd om aan deze overlegmomenten deel te nemen. In het begin

werden tijdens deze momenten vooral praktische zaken besproken. Ondertussen worden er steeds meer casussen besproken en wordt er expertise uitgewisseld.

De mate van overleg tussen de huisarts en de ELP binnen een huisartsenpraktijk verschilt van setting tot setting. Bepaalde huisartsenpraktijken organiseren op vaste momenten intervisies; in andere praktijken gebeurt overleg over bepaalde casussen in de wandelgangen. Hoe dan ook, doordat de ELP in hetzelfde gebouw zit als de huisarts, kan casusbespreking gemakkelijk plaats vinden. Dit is een grote sterkte, want dergelijke besprekingen zijn voor huisartsen leerrijk.

Over patiënten die niet in behandeling bij de ELP zijn of zullen komen geven de ELP weinig of geen advies. Dit neemt veel tijd in beslag en de ELP vinden het bovendien moeilijk om een uitspraak te doen over een patiënt zonder deze zelf gezien te hebben.

Vormingen over psychische problemen organiseren de ELP niet voor huisartsen. Dit is zowel voor de ELP als voor de huisartsen te belastend.

## **2.12 Samenwerking met andere klinische partners**

Volgens de klinische partners en de projecthouder werken de ELP in Brussel weinig samen met andere eerstelijnsvoorzieningen en is er nood aan meer afstemming met het algemeen welzijnswerk. Het is belangrijk om te bekijken welke opdrachten zij kunnen opnemen. Daarnaast moet ook de samenwerking met het Franstalige zorgcircuit meer worden uitgebouwd. Het landschap moet verder in kaart worden gebracht, zodat de ELP ook Franstalige patiënten gericht kunnen verwijzen.

## **2.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure**

De ELP van Brussel bieden consult aan in 9 Nederlandstalige huisartsenpraktijken (i.e., 4 solopraktijken, 2 groepspraktijken, 3 wijkgezondheidscentra en 1 multidisciplinaire groepspraktijk) met in het totaal 25 betrokken huisartsen. Sommige klinische partners argumenteren dat een ELP ingebed in een groepspraktijk meer patiënten bereikt dan een ELP in een solopraktijk en om deze reden zinvoller is. Zoals eerder vermeld werkt de inbedding van de ELP in de huisartsenpraktijk voor veel doelgroepen laagdrempelig. Dit is vooral het geval voor allochtone vrouwen. Zij krijgen niet altijd de toelating van hun man om naar een CGG te gaan. Een ELP die bij de huisarts zetelt wordt als minder bedreigend beschouwd.

In Brussel kunnen patiënten enkel door de huisartsen die deel uitmaken van het project bij de ELP worden aangemeld. Ook dit is volgens de ELP een belangrijk aandachtspunt, want niet iedereen beschikt over een vaste huisarts. Vaak hebben de meest kwetsbare doelgroepen geen vaste huisarts en mislopen net zij toegang tot de ELP. Huisartsen verschillen onderling ook sterk van elkaar qua manier van aanmelden. Sommige huisartsen zijn geneigd om al hun patiënten met psychische problemen (ongeacht de ernst) naar de ELP door te verwijzen. Andere huisartsen maken zelf al een soort triage en verwijzen patiënten met ernstige klachten rechtstreeks door naar de tweede of de derde lijn. Gegeven de lange wachtperiode bij de ELP, valt deze laatste werkwijze te verkiezen.

### **2.14 Werking, aansturing en omkadering**

In Brussel wordt één voltijdse ELP functie verdeeld over 10 medewerkers die gedetacheerd worden vanuit het CGG. Doordat het werk verdeeld wordt over 10 ELP, kunnen er meerdere huisartsen bediend worden en is het werk van de ELP minder belastend. Bovendien is intervisie tussen de ELP mogelijk.

Elke ELP geeft een halve dag per week of één dag om de twee weken consult in de huisartsenpraktijk. Deze manier van werken maakt het moeilijk om de zorgcontinuïteit te garanderen. In één praktijk is de huisarts net om die reden geneigd om zelf de behandeling van psychische problemen op te nemen.

De detachering vanuit het CGG is volgens de ELP en de huisartsen een meerwaarde. De ELP kunnen beroep op de multidisciplinaire equipe van het CGG voor raad en advies. Daarnaast wordt de expertise van de tweede lijn zo naar de eerste lijn gebracht en ontstaat er een rechtstreekse link tussen de huisarts en de curatieve zorg.

Om de zes weken kunnen huisartsen en hun ELP een intervisie organiseren (die dan ook gehonoreerd wordt). In het begin werden deze intervisies vooral gebruikt voor kennismaking, onderlinge afstemming en het maken van praktische afspraken. Bij de opstart was er immers veel onduidelijkheid over de werking van de ELPF. Ondertussen is er tijdens de intervisies ook ruimte vrij gekomen voor het bespreken van casussen. Hoewel de intervisies niet altijd even efficiënt verlopen (wat te wijten is aan de grootte van de groep), zijn ze voor de meeste huisartsen en ELP wel leerrijk.

In Brussel is er geen ondersteuning qua administratie, telefonisch onthaal en boekhouding wat het werk van de ELP bemoeilijkt (bv., telefoongesprekken tijdens consultaties). Binnen de ELPF werd er overigens geen tijd voorzien voor administratie. De ELP zijn genoodzaakt om een deel van hun tijd als tweedelijnswerker aan de administratie van het eerstelijnswerk te spenderen.

### **2.15 Tevredenheid patiënten**

Ook de patiënten van Brussel zijn tevreden over hun consult bij de ELP. Op een schaal gaande van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (helemaal tevreden) bedroeg de gemiddelde tevredenheid 8,7.

De Brusselse patiënten geven aan dat de ELP een meerwaarde is. Praten met een buitenstaander helpt om problemen van een afstand te bekijken. Vrienden of familie zijn soms te veel betrokken partij en kunnen moeilijk afstand nemen van de situatie. Voor veel patiënten zijn de ELP de eerste persoon waaraan ze hun problemen toevertrouwen. Patiënten hebben vertrouwen in de ELP en het gevoel dat het klikt, waardoor ze met hen vrijuit over hun emoties en problemen durven praten. De ELP luisteren en proberen hun patiënten te begrijpen. Ze zijn open, respectvol, steunend, geruststellend en niet veroordelend tijdens de gesprekken. De ELP kaarten de juiste onderwerpen aan en stellen vragen die tot nadenken stemmen. Mensen worden zich meer bewust van zichzelf doordat de ELP soms bepaalde verbanden opmerken die patiënten zelf niet ziet.

### **2.16 Succesfactoren**

De Brusselse ELP behandelen jaarlijks ongeveer 200 patiënten wat zeer veel is. Hoewel de Brusselse patiënten meer pathologie vertonen en ook vaker met een multiproblematiek kampen dan de patiënten uit de andere projecten, slagen de ELP erin om het kortdurende karakter van de begeleidingen goed te

bewaken en veel problemen in de eerste lijn op te vangen. Slechts 10% van de patiënten ontvangt meer dan 5 behandelsessies en 44% wordt verwezen.

Patiënten die niet voor een afspraak komen opdagen, worden door de ELP niet losgelaten. De ELP belt hen op en probeert hen te motiveren om een nieuwe afspraak te maken.

In Brussel wordt één VTE verdeeld over 10 ELP. Op deze manier kunnen meerdere huisartsen rechtstreeks bediend worden en blijft de werkbelasting voor de ELP hanteerbaar. Bovendien is intervisie tussen de ELP onderling mogelijk.

Doordat de Brusselse ELP gedetacheerd worden vanuit het CGG, kunnen zij patiënten die nood hebben aan gespecialiseerde hulpverlening soms in het CGG verder behandelen. De ELP kunnen tevens beroep doen op de multidisciplinaire equipe van het CGG voor raad en advies.

De Brusselse ELP bieden consult aan in de huisartsenpraktijk wat door patiënten als zeer laagdrempelig ervaren wordt. Via deze aanpak worden veel kwetsbare mensen bereikt die anders nooit GGZ zouden overwegen. Doordat de ELP in hetzelfde gebouw zit als de huisarts, is er overigens meer gelegenheid voor casusoverleg.

Intervisieoverleg werd van bij de aanvang van het project aangemoedigd door het project Brussel. Huisartsen worden gehonoreerd om hun deelname aan deze overlegmomenten te bekrachtigen. In het begin werd het overleg vooral gebruikt om praktische zaken te bespreken, maar ondertussen is er ook ruimte voor casuïstiekbespreking wat voor alle partijen heel leerrijk is.

## **2.17 Knelpunten**

Het grote succes van de ELPF leidt tot een overbevraging, maar het aantal VTE neemt niet toe. Bijgevolg zijn veel ELP verplicht om met wachtlijsten te werken. De wachttijd tussen aanmelding en behandeling kan soms oplopen tot één à twee maanden wat voor een eerstelijnsvoorziening niet kan. De overbevraging van de ELP geldt bovendien niet binnen alle huisartsenpraktijken. In sommige praktijken overstijgt de vraag het aanbod; in andere praktijken wordt de ELP onderbenut.

Van alle projecten is het percentage no shows in Brussel het hoogst. 20% van de aangemelde patiënten komt niet opdagen voor de eerste afspraak. Mogelijks zit de lange wachttijd hier mee voor iets tussen.

Omdat het aantal werkuren van de ELP beperkt is, wordt soms een selectie gemaakt van patiënten die naar de ELP worden verwezen. Vooral patiënten voor wie het reguliere zorgcircuit te duur is, worden bij de ELP aangemeld. Deze selectie is echter niet gemakkelijk om te maken. Bovendien is het niet de bedoeling om met de ELP enkel in te spelen op de financiële drempel van een psycholoogbezoek.

Doordat één VTE ELP verdeeld wordt over 10 ELP, zit elke ELP slechts een halve dag per week of één dag om de twee weken in de huisartsenpraktijk. Dit maakt het moeilijk om ongeplande crisisinterventies te doen en de zorgcontinuïteit te garanderen.

De Brusselse ELP focussen zich exclusief op begeleiding en houden weinig of geen tijd over om te netwerken. De klinische partners geven ook aan dat er weinig afstemming is tussen de ELP en andere eerstelijnsvoorzieningen. Ook de samenwerking met het Franstalige GGZ-netwerk dient nog verder uitgebouwd te worden.

In Brussel verloopt de verwijzing naar het Franstalige GGZ-netwerk moeizaam – deels omdat de kennis van de Franstalige sociale kaart nog niet optimaal is en deels omdat de Franstalige partners kampen met

wachlijsten. De ELP geven tevens aan dat het verwijzen van kwetsbare patiënten vaak moeilijk verloopt, omdat de stap naar gespecialiseerde zorg voor hen soms te groot is.

Wanneer een patiënt door de ELP wordt verwezen, vindt er vaak geen terugkoppeling van informatie plaats naar de ELP of de huisarts. Beide actoren ervaren dit als een groot gemis.

Hoewel de inbedding van de ELP in de huisartsenpraktijk doorgaans als laagdrempelig wordt ervaren, vallen sommige kwetsbare groepen via deze formule uit de boot. De meest kwetsbare mensen hebben vaak geen huisarts en mislopen zo de kans om bij de ELP te worden aangemeld. Om ook hen te bereiken, is een inbedding in andere eerstelijnsorganisaties nodig. Daarnaast is er veel vraag naar begeleiding na de werkuren. Het zou daarom een meerwaarde zijn als de ELP ook na 18u consult mogen geven.

Net als in de meeste andere projecten kunnen de Brusselse ELP geen beroep doen op administratieve ondersteuning wat als een groot tekort ervaren wordt.

Volgens de ELP is nood aan meer middelen voor vorming; e ELP steken nu veel tijd in opzoekwerk.

### **3 Globale evaluatie pilootproject de Kempen**

#### **3.1 Doelgroep en problematiek**

Project de Kempen richt zich in de eerste plaats op kwetsbare groepen die onvoldoende kapitaalcrachtig zijn om een privétherapeut te betalen. Deze criteria worden in de praktijk vrij strikt toegepast doordat de ELP niet rechtstreeks toegankelijk is voor patiënten. Uit de resultaten van de jaarverslagen blijkt dat in de Kempen een derde van de patiënten gratis bij de ELP op consult komt en 2/3<sup>de</sup> het 9 EUR-tarief betaalt. De ELP geeft aan dat het werken met kwetsbare doelgroepen vrij arbeidsintensief is, omdat er meer aanklappend gewerkt moet worden.

De ELP behandelt in principe enkel volwassen patiënten die ouder zijn dan 18 jaar. Wanneer er occasioneel toch een jongere wordt aangemeld, voert de ELP eenmalig een gesprek om de aard van de problematiek in te schatten en de jongere vervolgens gepast door te verwijzen binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn.

De problematiek waarmee patiënten tot bij de ELP komen, is heterogeen van aard. Problemen die frequent voorkomen zijn: angstklachten, depressieve klachten, relationele problemen en gezinsproblematiek, werk- en studieproblemen, lichamelijke klachten en chronische pijn. De resultaten van de BSI tonen aan dat de ernst van de aanwezige symptomen van de Kempense patiënten tegenover een klinische referentiegroep bovengemiddeld is. De ELP geeft aan dat hij soms patiënten over de vloer krijgt die eigenlijk in de tweede lijn of de derde lijn thuishoren, maar daar niet binnen geraken omwille van exclusiecriteria of een hoge caseload. De Kempense patiënten scoren bovendien hoger op de somatische klachtenschaal dan patiënten uit de andere projecten.

#### **3.2 Kortdurende begeleiding**

De ELP van de Kempen behandelt op jaarbasis een 50-tal patiënten en geeft ongeveer 200 behandelsessies. Deze aantallen liggen een stuk lager dan in de andere pilootprojecten het geval is. Dit komt omdat de functie van de ELP in de Kempen is opgesplitst. De ELP draait twee dagen per week mee in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen. Het aanmeldingsteam vormt de toegangspoort

tot het ganse GGZ-aanbod voor volwassenen in de regio: alle nieuwe hulpvragen worden aangemeld via één centraal telefoonnummer. Een patiënt kan zich met andere woorden niet zelf aanmelden voor de GGZ; enkel een verwijzer kan dit doen. Het aanmeldingsteam doet de screening en triage van de hulpvraag van patiënten en zorgt voor een verwijzing binnen of buiten het netwerk. Daarnaast geeft het aanmeldingsteam advies en ondersteuning aan andere zorgverstrekkers in de regio. Binnen het aanmeldingsteam staat de ELP vooral in voor de screening en de triage van patiënten. De overige drie dagen werkt de ELP in het onthaalteam van het CAW de Kempen en geeft daar kortdurende begeleidingen en neemt deel aan teamvergaderingen en intervisies.

In de Kempen geeft de ELP gemiddeld genomen 3 sessies per patiënt. In vergelijking met de andere projecten, zijn er in de Kempen iets meer patiënten die een langer begeleidingstraject bij de ELP doorlopen: 13% van de patiënten ontvangt 6 tot 10 behandlesessies en een kleine 8% krijgt meer dan 10 sessies. Dit laatste gebeurt meestal in het kader van een overbruggingstraject tussen de ELP en meer gespecialiseerde hulpverlening.

Bij aanmelding doet de ELP in de eerste plaats een uitvoerige intake om te achterhalen wat er bij de patiënt allemaal speelt. Vervolgens stemt de ELP de aanpak af op de noden en de wensen van de patiënt. De ELP maakt daarbij gebruik van heel uiteenlopende methoden: relaxatietraining, cognitieve gedragstherapie, het KOP-model, systeemtherapie, schemagerichte therapie, psycho-educatie, etc. Van online tools en diagnostische instrumenten maakt de ELP weinig of geen gebruik.

### **3.3 Wachtijd**

In de Kempen is de wachttijd voor een eerste gesprek vrij kort: patiënten kunnen meestal een week of twee weken na verwijzing bij de ELP terecht.

### **3.4 No shows en drop-out**

10% van de aangemelde patiënten komt niet opdagen voor zijn eerste afspraak en 10% haakt tijdens de ELP-behandeling af. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de mate van no show en drop out in de projecten Aalst, Maasmechelen en het Pajottenland.

### **3.5 Crisisinterventies**

In de Kempen is het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen mede verantwoordelijk voor het geven van crisisgesprekken. Deze opdracht wordt niet opgenomen door de ELP, maar door een andere medewerker binnen het team. Binnen het onthaalteam van het CAW doet de ELP wel crisisgesprekken. Uit de jaarverslagen blijkt dat de ELP in de afgelopen drie werkjaren een 30-tal crisisinterventies deed.

### **3.6 Verwijzing**

De registratiefiches tonen aan dat het percentage patiënten dat wordt verwezen in de Kempen vrij laag ligt: slechts één op drie patiënten wordt doorgestuurd naar een andere voorziening. De overige patiënten zijn dus met een kortdurende begeleiding bij de ELP gebaat. De ELP verwijst in gelijke mate door naar de eerste en de tweede lijn. De belangrijkste klinische partners waar de ELP naar verwijst zijn het CGG, het CAW, en de PAAZ.

### **3.7 Groepsaanbod**

De ELP van de Kempen organiseert geen groepsaanbod. In de regio zijn er heel wat andere organisaties die groepsessies geven rond allerlei thema's toegespitst op bepaalde doelgroepen. Zo geeft een psycholoog van het CAW in de regio de "goed-gevoel-stoel" groepsessies om de weerbaarheid van maatschappelijk kwetsbare mensen te versterken.

### **3.8 Laagdrempelig**

Laagdrempelig betekent in de Kempen vooral dat er betaalbare deskundige hulp wordt aangeboden aan mensen met minder financiële draagkracht.

### **3.9 Samenwerking met de huisarts**

Binnen project de Kempen werkt de ELP zo vaak als mogelijk met de huisarts samen. Ongeacht de aanmelder, wordt de huisarts (mits toestemming van de patiënt) op de hoogte gesteld van de opstart van de begeleiding en na afronding van de begeleiding probeert de ELP nuttige patiëntinformatie terug te koppelen naar de huisarts.

### **3.10 Terugkoppeling van informatie**

Het terugkoppelen van informatie gebeurt echter niet voor alle patiënten. Uit de registratiegegevens blijkt dat voor slechts 68% van de patiënten informatie naar de huisarts wordt teruggekoppeld. Deze terugkoppeling is bovendien minimaal: er wordt weinig ingegaan op de specifieke problematiek van de patiënt om het vertrouwen van de patiënt niet te schaden.

### **3.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

Het adviseren en ondersteunen van huisartsen en andere klinische partners behoort tot de taak van het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen, maar wordt niet opgenomen door de ELP zelf; andere medewerkers uit het team zijn hiervoor verantwoordelijk, omdat zij in de praktijk sneller bereikbaar zijn. De ELP van de Kempen behandelt in de praktijk dus zelden of nooit adviesvragen van huisartsen. Wel organiseert de ELP intervisiemomenten voor maatschappelijk werkers van het OCMW om hen casus- en themagericht te coachen in hun werk.

### **3.12 Samenwerking met andere klinische partners**

De inbedding van de ELP in het aanmeldingsteam van Netwerk GGZ Kempen en het onthaalteam van het CAW is volgens het project bevorderlijk voor de samenwerking met de klinische partners uit de regio: het versterkt de verbinding tussen de eerste en de tweede lijn en maakt afstemming met diverse actoren mogelijk waardoor overlap in het aanbod vermeden kan worden.



### 3.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure

De ELP is in de Kempen niet rechtstreeks toegankelijk voor patiënten; een consult is enkel mogelijk na verwijzing door de huisarts, het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen of het onthaalteam van het CAW. De huisarts is daarbij de prioritaire aanmelder. De helft van de patiënten komt via de huisarts bij de ELP terecht. De huisarts doet de eerste triage en verwijst patiënten met milde tot matige problematiek door naar de ELP en patiënten met ernstige klachten naar het aanmeldingsteam.

Belangrijk: enkel niet-kapitaalkrachtige patiënten worden naar de ELP verwezen. De Kempense huisartsen baseren zich voor deze eerste triage op een beslisboom. Vervolgens neemt de ELP telefonisch contact op met de patiënt, bepaalt of een consult vereist is en plant (indien nodig) een afspraak met de patiënt in. De meeste aanmeldingen verlopen via deze weg en de ELP geeft aan dat de huisartsen goed kunnen inschatten welke patiënten al dan niet geschikt zijn voor kortdurende behandeling bij de ELP. Het komt slechts zelden voor dat de ELP oordeelt dat een patiënt andere hulp nodig heeft en verwijst naar het aanmeldingsteam.

### 3.14 Werking, aansturing en omkadering

Project de Kempen heeft middelen ter beschikking om één voltijds ELP aan te stellen wat onvoldoende is om de ELPF performant te maken. Ook in de Kempen staat de steeds groter wordende vraag naar begeleiding niet in verhouding tot het beperkt aantal uren dat de ELP kan besteden aan begeleiding. Er is nood aan een uitbreiding van de ELPF, zodat meerdere regio's in de Kempen gebruik kunnen maken van de ELP.

Dankzij de inbedding van de ELP in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen en het onthaalteam van het CAW staat de ELP er in de praktijk niet alleen voor. Wanneer de ELP ziek of met vakantie is, kan er beroep gedaan worden op een van de twee teams om mogelijke vragen op te volgen. Op deze manier wordt de werkkwaliteit van de ELP bewaakt en de continuïteit in de zorg gegarandeerd.

Voor het bespreken van casussen kan de ELP binnen project de Kempen aansluiten bij verschillende reeds bestaande intervisiegroepen van het CAW. Een nadeel van deze formule is dat de ELP veel tijd steekt in overleg waardoor er minder tijd overblijft voor begeleiding.

De ELP kunnen niet rekenen op IT-ondersteuning, omdat het agenda-, registratie- en dossiersysteem van de ELP niet compatibel is met dat van het CAW. De ELP geeft ook aan dat de veelvuldige administratie leidt tot een hoge werkdruk.

### 3.15 Tevredenheid patiënten

De patiënten binnen project de Kempen zijn zeer tevreden over hun ervaring met de ELP. Op een schaal gaande van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (uiterst tevreden) bedraagt de gemiddelde tevredenheid 9,2. Patiënten vinden de ELP een meerwaarde omdat hij begrip en respect toont en discreet is. De ELP geeft een gevoel van vertrouwen, neemt de tijd om naar mensen te luisteren, laat mensen uitspreken en neemt problemen serieus. Dankzij het gesprek met de ELP krijgen patiënten meer inzicht in hun problemen, hebben ze minder het gevoel er alleen voor te staan en leren patiënten hoe ze hun problemen zelf kunnen aanpakken. De ELP zorgt ook voor verdere zorg indien nodig en legt daartoe de nodige contacten. Bovendien verlaagt de lage kostprijs voor velen de drempel om de stap te zetten.

### **3.16 Succesfactoren**

Door inbedding in de structuur van CAW de Kempen als eerstelijnsdienst enerzijds en door inbedding in het ruimere netwerk GGZ Kempen anderzijds is er een goede en vlotte verwijzing mogelijk over de verschillende lijnen heen, wat de kloof tussen de eerste en de tweede lijn dicht. Op deze manier kan er getrapte zorg aangeboden worden. De ELP heeft vanuit zijn positie ook een goed overzicht van de sociale kaart.

Dankzij deze inbedding in beide organisaties kan er ook meer continuïteit in de zorg gegarandeerd worden: wanneer de ELP ziek is of in vakantie kan een medewerker van het CAW of het netwerk GGZ Kempen mogelijke vragen opvolgen.

Doordat de ELP centraal gepositioneerd is binnen het GGZ-netwerk is een goede afstemming met andere zorgactoren mogelijk, waardoor overlap in het aanbod vermeden wordt. In de Kempen neemt de ELP weinig taken op die reeds door andere zorgactoren verzorgd worden.

In vergelijking met de andere projecten geeft de ELP van de Kempen iets meer behandelsessies per patiënt. Zo geeft de ELP vaker 6 à 10 consultatiesessies. Veel patiënten zijn hierdoor met enkel en alleen een kortdurend begeleidingstraject verder geholpen. Een verwijzing naar meer gespecialiseerde zorg is voor veel patiënten niet meer nodig, waardoor de tweede en de derde lijn ontlast worden. Naast volwassenen, behandelt de ELP van de Kempen occasioneel – wanneer hier nood aan is – ook jongeren.

De wachttijd voor een eerste gesprek is vrij kort: patiënten kunnen meestal 1 of 2 weken na aanmelding bij de ELP terecht.

De ELP brengt GGZ-expertise binnen op de eerste lijn doordat hij deelneemt aan de teamvergaderingen van het CAW en geregeld intervisiemomenten organiseert voor maatschappelijk werkers van het OCMW. Daardoor kan een deel van de klachten die vroeger vanuit het CAW en het OCMW zouden doorvloeien naar de tweede of de derde lijn nu op de eerste lijn worden opgevolgd.

De ELP van project de Kempen werkt nauw samen met de ELP van project Turnhout wat als een grote sterkte ervaren wordt.

### **3.17 Knelpunten**

De inbedding van de ELP binnen het aanmeldingsteam is niet helemaal in lijn met het eerstelijnsgedachtengoed gezien de ELP op deze manier achter de toegangspoort tot de tweede lijn zit. Het zou beter zijn om de ELP in te bedden in een bestaande eerstelijnsstructuur. Daarnaast zouden patiënten ook zelf een afspraak bij de ELP moeten kunnen maken. Dit wordt nu niet gedaan om een overrompeling van de ELP te vermijden.

Meedraaien in het aanmeldingsteam vraagt een grote tijdsinvestering van de ELP (2 volle dagen/16 uur per week). Deze investering maakt dat er minder tijd overblijft om patiënten te begeleiden. Bijgevolg is het huidige aanbod ontoereikend om de grote vraag naar begeleidingen te beantwoorden. Daarnaast is er een toenemende vraag naar begeleiding van buiten de regio en krijgt de ELP vaak patiënten over de vloer die in principe de verantwoordelijkheid zijn van andere eerstelijnspartners. Deze partners geven aan zelf niet over voldoende tijd en/of over de juiste kennis en vaardigheden te beschikken om deze patiënten op te volgen en schuiven daarom hun patiënten door naar de ELP. Dit alles zorgt voor een hoge werkbelasting en vraagt meer mankracht. Het is een optie om in de toekomst vrijgevestigde

psychologen mee als ELP te laten werken. Echter, dan moet er wel een vorm van tegemoetkoming of terugbetaling uitgedacht worden.

1 VTE is tevens ontoereikend om de vele andere opdrachten uit te voeren. Voor het ondersteunen van andere eerstelijnsverleners, het uitwerken van een groepsaanbod of een preventiewerking blijft er weinig of geen tijd over. De ELP van de Kempen kan ook niet rekenen op de nodige administratieve en logistieke ondersteuning, wat de hoge werkdruk verder in de hand werkt.

Hoewel huisartsen de voornaamste verwijzer zijn, vindt in de Kempen weinig samenwerking plaats tussen de ELP en de huisartsen. Huisartsen zijn vragende partij om meer beroep te kunnen doen op de ELP – dit voor coaching, vorming en overleg. De ELP koppelt ook weinig informatie terug naar de huisarts. Het kan een optie zijn om de ELP meer in te bedden in een huisartsenpraktijk of om alleszins vaker overleg te plannen tussen de ELP en de betrokken huisartsen. Dit kan eventueel via de LOK-groepen. Huisartsen vinden het immers belangrijk dat ze samen met de psycholoog één team vormen en op dezelfde lijn zitten.

Hoewel project de Kempen zich in eerste instantie richt op mensen die onvoldoende kapitaalkrachtig zijn, heerst het gevoel dat de kansarme doelgroep onvoldoende bereikt wordt. Deze doelgroep stapt niet gauw naar de huisarts en is aldus minder in de gelegenheid om naar de ELP te worden verwezen. Kwetsbare patiënten die zich bij de ELP aanmelden, volgen vaak slechts 2 à 3 behandelsessies en komen nadien niet meer op consult.

Wat de kostprijs betreft vindt de ELP het jammer dat hij enkel het 0 of 9 EUR-tarief kan toepassen. Het 4 EUR-tarief is voor de meeste patiënten betaalbaar en leidt tegelijk tot meer inzet en therapietrouw dan de gratis consulten.

Andere verbeterpunten zijn een verhoogde aandacht voor patiënten met chronische problemen. Het hebben van een chronische ziekte heeft immers een grote impact op het leven van mensen. Door deze patiëntengroep de nodige vaardigheden bij te brengen, kunnen zij ondanks hun medische toestand toch een kwaliteitsvol leven leiden. Binnen de regio is de ondersteuning van chronisch zieken nog een blinde vlek. Het zou een taak voor de ELP kunnen zijn om zich toe te leggen op deze patiëntengroep.

In de Kempen lopen er in de eerste lijn veel GGZ-gerelateerde projecten (ELPF-project, Artikel 107, project GGZ en armoede) welke de verantwoordelijkheid zijn van verschillende zorgactoren. Hierdoor is het voor externen niet altijd duidelijk bij wie ze voor wat terecht kunnen. De gemeenschappelijke elementen en de verschillende verantwoordelijkheden moeten alsmaar herhaald worden wat weinig efficiënt en tijdrovend is.

In de Kempen wordt laagdrempeligheid in hoofdzaak gelijkgesteld aan het aanbieden van betaalbare deskundige hulp. Door het beperkte aanbod aan begeleidingen wordt de doelgroep sterk afgebakend en behandelt de ELP vooral kwetsbare groepen die weinig kapitaalkrachtig zijn. Laagdrempelige zorg moet echter meer zijn dan dat. Hoewel de hoge kostprijs voor veel patiënten een belangrijke reden is om een therapeutische behandeling niet op te starten, zijn er ook andere barrières die een rol spelen en aandacht verdienen: goede bereikbaarheid, geen stigmatiserende setting, etc.

## **4 Globale evaluatie pilootproject Maasmechelen**

### **4.1 Doelgroep en problematiek**

Binnen project Maasmechelen bestaat de doelgroep uitsluitend uit volwassenen – ouderen en kinderen worden niet door de ELP behandeld. Er wordt niet specifiek gefocust op kwetsbare doelgroepen, maar de ELP probeert hen wel zoveel mogelijk te betrekken. Kwetsbare groepen die frequent in behandeling komen, zijn: eerste- en tweedegeneratie allochtonen, asielzoekers, vluchtelingen en kansarmen.

In Maasmechelen treden vooral aanpassingsproblemen (stress, werkgerelateerde problemen), stemmingsproblemen en relationele problemen op de voorgrond. Zwaardere en/of langdurige problemen zoals zelfdoding, verslaving, psychiatrische problemen en chronische ziekte komen niet bij de ELP terecht, maar worden meteen verwezen naar de tweede lijn. In vergelijking met een klinische referentiegroep is de mate van psychopathologie in de patiëntenpopulatie van Maasmechelen gemiddeld en de ernst van de aanwezige symptomen bovengemiddeld.

### **4.2 Kortdurende begeleiding**

Gemiddeld genomen behandelt de ELP van Maasmechelen een 200-tal patiënten per werkjaar en geeft meer dan 400 behandelsessies. Binnen project Maasmechelen werd besloten om maximaal 5 behandelsessies per patiënt aan te bieden. Uit de registratiefiches blijkt dat de ELP gemiddeld genomen drie behandelsessies geeft en dat ongeveer 90% van de begeleidingen effectief binnen de 5 sessies wordt afgerond. Geen van de patiënten ontvangt meer dan 10 sessies.

Tijdens de behandelsessies kijkt de ELP vooral in de breedte en niet in de diepte naar de aangemelde problematiek. Aan de hand van het KOP-model wordt de problematiek gekaderd zodat de patiënt meer inzicht krijgt in de eigen problemen. Dit model laat hen tevens zien welke aspecten van het probleem ze zelf kunnen aanpakken. Om het kortdurende aspect van de begeleiding te bewaken, wordt vervolgens aan de patiënt gevraagd wat de precieze hulpvraag is en waar hij aan wil werken. De ELP maakt vaak gebruik van psycho-educatie, kortdurende interventies en begeleidde zelfhulp om de zelfredzaamheid van patiënten te verhogen. Als de ELP het gevoel heeft dat de problematiek vrij ernstig is, doet zij een diagnostisch onderzoek en een indicatiestelling. Op diagnostische instrumenten doet de ELP zelden beroep, omdat ze hier weinig vertrouwd mee is en niet de tijd heeft om zich hierin bij te scholen. Patiënten voor wie de stap te groot is, probeert de ELP via motiverende gespreksvoering aan te moedigen.

### **4.3 Wachtijd**

Het hoge aantal aanmeldingen en de vele crisisinterventies zorgen voor een lange wachtijd. Dit komt onder meer omdat er weinig alternatieven zijn in de regio op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Voor 70% van de aanmeldingen bedroeg de tijd tussen aanmelding en intake maximaal drie weken. Voor 16% van de aanmeldingen echter liep de wachtijd op tot meer dan vier weken wat veel te lang is binnen de eerstelijnszorg. In de eerste lijn mag er in principe geen wachtijd zijn – mensen moeten er snel terecht kunnen voor advies. Nogal wat patiënten haken af wanneer ze te lang moeten wachten.

#### **4.4 No shows en drop-out**

In Maasmechelen komt ongeveer 10% van de aangemelde patiënten niet voor zijn eerste afspraak opdagen. Dit is vergelijkbaar met de mate van no show in Aalst, de Kempen en het Pajottenland. Het aantal patiënten dat tijdens de ELP-behandeling afhaakt ligt in Maasmechelen wel hoog – bijna 20% van de patiënten haakt af tijdens het zorgtraject bij de ELP, terwijl in de andere projecten slechts 10% uitvalt. De ELP geeft aan dat de lange wachttijd hier mee aan de basis ligt.

Wanneer iemand een kwartier na afspraak niet op het consult aanwezig is, belt de ELP deze persoon op om te achterhalen wat de reden hiervan is. Daarnaast wordt ook de huisarts op de hoogte gebracht, zodat hij dit ter sprake kan brengen wanneer de patiënt een volgende keer op consult komt.

#### **4.5 Crisisinterventies**

Elke werkdag is er in de agenda van de ELP een crisisplek beschikbaar. Deze plek wordt gebruikt wanneer de huisarts een patiënt in crisis op consult heeft en hier zelf geen raad mee weet of wanneer een patiënt eerder al bij de ELP op consult kwam. In deze gevallen, wordt geprobeerd om binnen 48 uur een afspraak bij de ELP te regelen. In de afgelopen drie werkjaren deed de ELP een 140-tal van deze interventies. In feite gaat het hier niet om echte crisissituaties waarbij onmiddellijke verwijzing naar de correcte hulpvoorziening aangewezen is. Dergelijke gevallen worden meestal verwezen naar de crisisplaatsen die door het CGG worden aangeboden en niet naar de ELP.

#### **4.6 Verwijzing**

In Maasmechelen wordt iets meer dan de helft van de patiënten verwezen (59%) wat veel meer is dan in Brussel, Poperinge, de Kempen en het Pajottenland. De ELP van Maasmechelen verwijzen vooral door naar het CGG, naar heterogene partners (i.e., categorie andere) en naar privétherapeuten. Wanneer een patiënt wordt verwezen naar de tweede lijn en er daar een wachtperiode is, wordt er geen overbruggingshulp aangeboden.

#### **4.7 Groepsaanbod**

Als antwoord op de hoge werkdruk en de steeds langer wordende wachttijden, werkte de ELP in 2014 een groepsaanbod uit. Zo werden er een aantal groepsessies rond “piekeren”, “Fit in je Hoofd” en “omgaan met stress” gegeven. Dit nam veel tijd van de ELP in beslag (i.e., bepalen van noden en doelgroep, inhoudelijke uitwerking, bekendmaking, etc.) en leverde jammer genoeg niet het gewenste resultaat op. De instroom van patiënten kwam nauwelijks op gang: zowel voor patiënten als voor huisartsen als verwijzer bleek de drempel voor een groepsessie te hoog. In de toekomst wordt extra geïnvesteerd in het motiveren van verwijzers om meer patiënten aan te melden voor het groepsaanbod.

#### **4.8 Laagdrempelig**

Project Maasmechelen biedt laagdrempelige, vlot bereikbare en kwalitatief goede psychologische hulpverlening. Vooral het feit dat de verwijzing naar de ELP altijd via de huisarts verloopt, werkt drempelverlagend. Bovendien hebben huisartsen toegang tot de digitale agenda van de ELP en kunnen zij rechtstreeks een eerste afspraak vastleggen. Op deze manier hoeven patiënten deze stap niet zelf te

zetten. Daarnaast neemt ook het kortdurende aspect bij veel mensen het taboe weg om naar de psycholoog te gaan. Mensen leren dat het oké is om naar een psycholoog te gaan wanneer ze zich even niet goed voelen. De lage kostprijs vergroot de toegankelijkheid van de ELP. In Maasmechelen kreeg 15% van de patiënten gratis consult. De ELP geeft wel aan dat de taal van de patiënt soms een drempel vormt. Sommige anderstaligen kunnen met behulp van een tolk door de ELP geholpen worden, maar dit loopt niet altijd even vlot.

#### **4.9 Samenwerking met de huisarts**

De resultaten van de tevredenheidsbevraging tonen dat de klinische partners zeer tevreden zijn over hun samenwerking met de ELP. Meer dan de helft van de patiënten die bij de huisarts op consult komt, vertoont psychosomatische klachten. Voorheen wisten huisartsen vaak niet hoe ze hiermee moesten omgaan. Mensen werden dikwijls naar huis gestuurd met een pilletje of een vaag advies. Nu kunnen huisartsen hun patiënten naar de ELP verwijzen. Doordat de ELP dagelijks een crisisplek beschikbaar houdt, kunnen huisartsen bovendien snel verwijzen indien een eerste gesprek dringend is. Ook is telefonisch overleg mogelijk om een inschatting te maken van de meest aangewezen hulp. De huisarts krijgt zo de nodige ondersteuning om psychische klachten deels zelf te behandelen. Op deze manier verbetert de ELP de eerstelijnszorg en wordt laagdrempelige zorg volgens het model van getrapte zorg gestimuleerd.

#### **4.10 Terugkoppeling van informatie**

In principe stuurt de ELP na afronding van elke ELPF-begeleiding alsook bij verwijzing een kort verslag naar de huisarts over de aangeboden behandeling, het eindresultaat en de gemaakte vervolgfafspraken. Dit verslag wordt via Medimail doorgestuurd en komt zo rechtstreeks in het patiëntendossier terecht. Door de hoge werkdruk van de ELP gebeurt deze terugkoppeling in de praktijk echter laattijdig of soms zelfs helemaal niet. Hierdoor zijn huisartsen weinig in de mogelijkheid om hun patiënten mee te sturen wat tot frustraties leidt. De registratiegegevens geven wel aan dat de ELP van Maasmechelen voor 90% van de patiënten informatie met de huisarts deelt. Wanneer een patiënt naar het CGG wordt verwezen, worden noch de huisarts noch de ELP geïnformeerd over hoe de begeleiding daar verloopt.

#### **4.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

De ELP van Maasmechelen organiseerde diverse vormingen voor klinische partners. Voor de dienst gezins- en thuiszorg van het OCMW gaf de ELP een vorming over het verhogen van assertiviteit, zelfzorg en zelfredzaamheid. Deze vorming werd als positief ervaren en creëerde een gelijkaardige vraag bij andere diensten binnen de eerste lijn. Daarnaast gaf de ELP ook voordrachten aan huisartsen over erectiestoornissen en aan Similes over het omgaan met depressie in de thuissituatie. De ELP wil graag meer van dergelijke initiatieven organiseren, maar heeft hier momenteel niet de tijd voor.

#### **4.12 Samenwerking met andere klinische partners**

De ELP van Maasmechelen probeert met diverse klinische partners samen te werken en hen te ondersteunen. Zo is er een nauwe samenwerking tussen de ELP en het CGG doordat de ELP wekelijks aanwezig is op het multidisciplinair teamoverleg van het CGG en geregeld deelneemt aan

intervisiemomenten van het CGG. Deze samenwerking bevordert de overdracht van patiënten na verwijzing naar het CGG. Patiënten die bij de ELP op intake gingen, hoeven bijvoorbeeld geen nieuw intakegesprek in het CGG te doen. Dankzij deze samenwerking is ook het onderscheid tussen de eerste en de tweede lijn voor de betrokkenen veel duidelijker (i.e., welke problematiek hoort thuis in de eerste lijn en welke in de tweede lijn). Bovendien stimuleert de aanwezigheid van de ELP het CGG alsook andere tweedelijnsorganisaties om efficiënter te werken en hun aanbod op bepaalde terreinen te verbeteren.

De ELP overlegt ook met het CAW en het OCMW, en denkt daarbij mee na over de behandeling van bepaalde casussen en bekijkt of een verwijzing naar haar noodzakelijk is.

Voor de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen werkt de ELP meestal samen met het CGG en het CAW, omdat deze laatste specifieke projecten hebben voor deze doelgroep. Om kansarmen op een laagdrempelige manier te bereiken, werkt de ELP samen met SOMA (i.e., een organisatie voor kansarmen). Een keer per maand gaat de ELP in het huis van SOMA lunchen zodat bezoekers met haar een praatje kunnen maken.

Om de sociale kaart van Maasmechelen uit te breiden, investeerde de ELP ook in een goede samenwerking met de zelfstandige psychologen uit de regio. De vrijgevestigde psychologen werden in kaart gebracht om zo beter zicht te krijgen op hun expertise, manier van werken en kostprijs. Er werd tevens een kennismakingsoverleg georganiseerd om elkaar persoonlijk te leren kennen.

#### **4.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure**

In Maasmechelen werd er bewust voor gekozen om de ELP niet in te bedden binnen een huisartsenpraktijk – dit om oneerlijke concurrentie en spanningen tussen de huisartsen onderling te vermijden. De ELP werkte de eerste twee werkjaren op drie verschillende locaties in drie gemeenten: namelijk in het sociaal huis, het medisch centrum en het eerstelijns huis in Lanaken. De inbedding van de ELP in het eerstelijns huis en het medisch centrum werd door patiënten als laagdrempelig ervaren, omdat deze locaties niet met psychische hulp geassocieerd worden. Het OCMW werkte voor sommige patiënten wel drempelverhogend. Het afwisselend werken op verschillende locaties was positief voor de bereikbaarheid van de ELP voor patiënten. Bovendien werd zo het contact met andere hulpverleners bevorderd. Na verloop van tijd zorgde de afwezigheid van een vaste uitvalsbasis bij de ELP voor een oncomfortabel gevoel. In het laatste werkjaar werd daarom beslist dat de ELP enkel nog patiënten ziet in het medisch centrum.

In Maasmechelen heeft de huisarts een bevoorrechte positie als aanmelder. Patiënten komen bijna uitsluitend (90%) via verwijzing van de huisarts bij de ELP terecht. Wanneer een andere aanmelder een patiënt wil verwijzen, moet dit via een huisarts verlopen. Om te bepalen of een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een ELP-begeleiding, maken huisartsen gebruik van een beslissingsboom.

#### **4.14 Werking, aansturing en omkadering**

Binnen het project heeft de ELP weinig structurele omkadering – de ELP heeft met andere woorden verantwoordelijkheden en taken die veel verder reiken dan de patiëntgebonden activiteiten. De ELP organiseert en bereidt de stuurgroep voor, staat in voor de administratie en verzorgt de terugkoppeling van informatie naar de huisartsen. Dit is niet de meest aangewezen manier van werken: mede hierdoor ligt de werkdruk van de ELP zeer hoog en blijft er veel werk liggen. Bovendien mist de ELP de

ondersteuning van een team, zijn er onvoldoende overlegmomenten met de andere ELP en ontbreken logistieke voorzieningen.

Ondertussen werd een extra kracht aangeworven om de ELP te ondersteunen bij de administratieve taken (bv., briefwisseling, bijhouden van registratie- en dossiergegevens, etc.). Ook de mogelijkheid om een privépsychologe in te schakelen om zo de werkdruk van de ELP te verminderen wordt onderzocht. Er wordt vooral gezocht naar bijkomende financiële middelen om het verschil in kostprijs (privétarief minus ELP-tarief) bij te passen.

#### **4.15 Tevredenheid patiënten**

De patiënten van Maasmechelen zijn net als de patiënten in de andere projecten zeer tevreden over hun contact met de ELP. Op een schaal gaande van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (uiterst tevreden) bedraagt de gemiddelde tevredenheid 8,7. Patiënten waarderen vooral het kortdurend karakter van de begeleiding. De ELP focust op de eigen krachten, op wat patiënten zelf kunnen doen zonder al teveel in te gaan op het verleden. Patiënten merken snel vooruitgang – ze zien dat ze bepaalde zaken in hun leven kunnen verbeteren, zonder compleet te moeten veranderen. Daarnaast vinden ze het vooral een meerwaarde dat ze hun verhaal aan een neutrale persoon kwijt kunnen – aan iemand die geen betrokken partij is en niet veroordelend is. Sommige zaken durven patiënten immers niet met familie of vrienden te bespreken. Patiënten hadden ook een goed gevoel bij de ELP: “het klikte” – ze kunnen haar vertrouwen en met haar over hun problemen praten. De ELP luistert aandachtig zonder te veroordelen, toont begrip, is oprecht geïnteresseerd en reikt oplossingen aan zonder deze op te dringen. Dit alles geeft patiënten het gevoel er niet alleen voor te staan en helpt hen om tot andere inzichten te komen.

#### **4.16 Succesfactoren**

Het feit dat het project gecoördineerd wordt door huisartsen wordt in de praktijk als een grote meerwaarde ervaren – de samenwerking en afstemming met de huisartsen loopt zeer goed en het ELPF-project is bij de huisartsen in de regio goed gekend. Meer dan de helft van de huisartsen in de regio meldt ook effectief patiënten aan bij de ELP.

De ELP investeert tevens veel tijd in het ondersteunen van de huisartsen: ze koppelt de nodige patiëntinformatie terug naar de huisarts, geeft voordrachten en huisartsen kunnen haar altijd telefonisch contacteren voor advies.

Project Maasmechelen kan rekenen op een ELP met veel enthousiasme, een grote motivatie en sterke competenties. De ELP gaat er 200% voor en steekt veel tijd en energie in het project – meer dan datgene waarvoor de overheid betaalt. Een blijk hiervan is dat de ELP van Maasmechelen de tijd nam om een groepsaanbod uit te werken mede als antwoord op de hoge werkdruk en de steeds langer wordende wachttijden.

Crisisinterventies worden door de ELP goed opgevangen: er wordt dagelijks een crisisplek vrijgehouden zodat huisartsen snel kunnen verwijzen indien een eerste gesprek dringend is. Patiënten die niet voor een begeleiding komen opdagen, worden door de ELP gecontacteerd en de behandelende huisarts wordt op de hoogte gebracht.

De ELP van Maasmechelen werkt bovendien nauw samen met de andere GGZ-partners in de regio en probeert hen ook zo goed mogelijk te ondersteunen. Ze neemt deel aan diverse overlegmomenten van



de CGG en overlegt ook geregeld met het CAW en het OCMW om hen het nodige advies te geven. De ELP geeft ook geregeld vormingen aan klinische partners in de regio. Bijkomend investeerde project Maasmechelen in een goede samenwerking met privétherapeuten – alle privétherapeuten werden in kaart gebracht en er wordt jaarlijks een overleg met hen georganiseerd.

De ELP zit ook mee aan de tafel bij het welzijnsoverleg van de gemeente om mee na te denken over de opstart van nieuwe GGZ-initiatieven. Dergelijke netwerking is noodzakelijk om het aanbod van de ELP optimaal af te stemmen op het bestaande aanbod in de regio.

Hoewel het afwisselend werken op verschillende locaties voor de ELP vermoeiend was, had dit wel een aantal onmiskenbare voordelen. Het maakte de ELP voor patiënten meer bereikbaar en het kwam ook de netwerking ten goede. De ELP leerde op korte tijd veel hulpverleners uit de regio persoonlijk kennen.

De stuurgroep van project Maasmechelen tracht de problemen die zich stellen zo goed mogelijk op te vangen door samen op zoek te gaan naar goede oplossingen. Zo wordt er actief gezocht naar oplossingen om de chronische overbelasting van de ELP te reduceren en het werk haalbaar te maken.

#### **4.17 Knelpunten**

Het belangrijkste aandachtspunt binnen project Maasmechelen is de hoge werkdruk. Het werkingsgebied van project Maasmechelen omvat drie gemeenten met een totaal bewonersaantal van 83.028. Het aanbod aan eerstelijnsvoorzieningen binnen de GGZ is daarenboven beperkt in de regio. De ELP heeft nu ruimte om een drietal dagen per week patiëntconsultaties aan te bieden. Dit volstaat echter niet om de patiënten komende van 60 à 70 huisartsen te begeleiden. Op dit moment wordt de ELP overspoeld met hulpvragen waardoor de wachttijd alsmaar langer wordt. In sommige gevallen loopt de wachttijd op tot 4 weken waardoor mensen afhaken. Eén fulltime ELP is als een druppel op een hete plaat. Het is absoluut noodzakelijk om een groter aantal ELP in te schakelen, zodat mensen snel geholpen kunnen worden.

Om het hoofd te bieden aan de lange wachttijden werkte de ELP groepssessies uit. Hoewel dit in se een sterke meerwaarde is, leverde het groepsaanbod niet het gewenste resultaat op. Slechts weinig patiënten schreven zich in voor de sessies. Het is belangrijk om zowel patiënten als hun verwijzers in de toekomst meer te motiveren.

Naast de grote vraag naar begeleidingen zijn er ook veel bijkomende taken die zorgen voor een chronische overbelasting van de ELP. De begeleidingen brengen immers veel administratie met zich mee, omdat de ELP in principe na afronding van elke begeleiding een kort verslag naar de huisarts stuurt. Dit laatste lukt door de hoge werkdruk van de ELP alsmaar minder goed wat bij de huisartsen leidt tot frustraties. Er is nood aan administratieve hulpmiddelen zoals een secretariaat, zodat de ELP haar tijd ten volle kan spenderen aan het klinische werk. Ook een goed systeem om patiëntgegevens mee te registreren ontbreekt. De ELP is verplicht om alle gegevens manueel bij te houden wat weinig comfortabel en inefficiënt is. Er moet dringend eenvormigheid en eenduidigheid komen betreffende de registratie.

Daarnaast moet de ELP steeds meer tijd vrijmaken voor overleg met andere klinische partners waardoor de individuele begeleidingen verder onder druk komen te staan. Kortom, de taken van de ELP zijn te veelomvattend. Het blijft een evenwichtsoefening om de tijd te verdelen tussen patiëntenbegeleidingen, deelname aan plaatselijke overlegplatformen en administratieve taken. Het is voor de ELP vaak moeilijk om op deze manier tot de essentie te komen.

Een vierde aandachtspunt is de solopositie van de ELP binnen dit project. Het zou beter zijn mocht de ELP meer structurele omkadering hebben. Het is een optie om de ELP op termijn in te bedden in een bestaande structuur zoals een huisartsenkring, een CGG, een provinciale groep, een SEL of LISTEL. Op deze manier heeft de ELP de nodige basisvoorzieningen ter beschikking zoals een eigen bureau, collega's om gedachten mee uit te wisselen, sociale contacten, etc. Op dit moment werkt de ELP altijd alleen – het gebeurt soms dat ze een hele dag buiten de patiënten niemand ziet. De solopositie van de ELP is bovendien een erg kwetsbare positie voor zowel de ELP zelf als voor het project in zijn geheel. Als de ELP afwezig is wegens vakantie of ziekte is er geen opvang voorzien voor de patiënten en blijven ook andere taken liggen. Patiënten komen opnieuw bij de huisarts terecht en bij terugkomst van de ELP moet het werk ingehaald worden waardoor een verhoogde werkdruk ontstaat.

Project Maasmechelen streeft ernaar om begeleidingen zo snel mogelijk – binnen de 5 sessies – af te ronden. Dit heeft tot gevolg dat sommige patiënten die mogelijks baat hebben bij een kortdurend traject van 6 à 10 behandelsessies worden verwezen. In vergelijking met de andere projecten ligt het aantal verwijzingen in Maasmechelen vrij hoog. De ELP geeft ook aan dat er geen overbruggingshulp wordt aangeboden wanneer een patiënt in de tweede lijn op een wachtlijst terecht komt. Het is belangrijk om goed op te volgen of patiënten uiteindelijk geholpen zijn.

## **5 Globale evaluatie pilootproject het Pajottenland**

### **5.1 Doelgroep en problematiek**

Binnen project het Pajottenland is in principe iedereen tussen 6 en 100 jaar bij de ELP welkom. Echter, om wachtlijsten te vermijden, werd in samenspraak met de huisartsen de doelgroep enigszins afgebakend. Mensen met een chronische, complexe psychiatrische of sociale problematiek worden door de huisarts rechtstreeks verwezen naar het CGG of het CAW en patiënten met voldoende financiële draagkracht worden verwezen naar een privétherapeut in plaats van naar de ELP.

Uit de BSI bevraging blijkt dat de mate van pathologie bij de patiëntengroep van het Pajottenland in vergelijking met een klinische normgroep bovengemiddeld is. De ernst van de aanwezige symptomen is vergeleken met een klinische referentiegroep gemiddeld. Daarmee is de problematiek van de patiëntenpopulatie in het Pajottenland iets minder uitgesproken dan in Aalst, Brussel, de Kempen en Maasmechelen. Problemen die het vaakst op de voorgrond treden zijn: aanpassingsproblemen (bv., levensfaseproblemen, stressklachten, werkproblemen, burn-out), stemmingsproblemen en relationele problemen.

Ouderen verdienen in het Pajottenland bijzondere aandacht, omdat het landelijke karakter van de regio een groot risico op vereenzaming met zich meebrengt. In de praktijk maken ouderen echter weinig gebruik van de ELP.

### **5.2 Kortdurende begeleiding**

De ELP van het Pajottenland behandelen op jaarbasis om en bij de 200 patiënten en geven meer dan 600 behandelsessies wat bijzonder veel is. Gemiddeld genomen krijgt een patiënt 3 behandelsessies bij de ELP. In vergelijking met de andere projecten doorlopen in het Pajottenland meer patiënten een iets

langer begeleidingstraject: zo blijkt uit de jaarverslagen dat 22% van de patiënten 6 tot 10 consulten ontvangt en 5% meer dan 10 consulten.

De ELP van het Pajottenland bieden tijdens de begeleidingen vooral kortdurende psychologische behandeling aan en motiveren patiënten tot noodzakelijke hulpverlening. Gezien de korte duur van de therapie, is het belangrijk dat de ELP de patiënten snel handvaten kunnen aanreiken en dus oplossingsgericht werken. De ELP vinden het KOP-model zeer geschikt om de problematiek van patiënten te analyseren en te structureren. Het model biedt mogelijkheden om op een andere manier naar de situatie te kijken en reikt zo oplossingen aan waarmee patiënten in de praktijk aan de slag kunnen. Wanneer mogelijk maken de ELP gebruik van begeleide zelfhulp (lectuur die aansluit bij de problematiek) en psycho-educatie. Patiënten worden zo geactiveerd en de verantwoordelijkheid wordt terug bij hen gelegd. Online interventies worden weinig gebruikt omdat patiënten hier vaak geen voorstander van zijn.

De ELP doen soms ook aan diagnosestelling hoewel ze dit minder belangrijk vinden. Daarvoor maken de ELP gebruik van diverse signaleringsinstrumenten (bv., BDI, 4DKL, SCL90 en OQ). Dergelijke instrumenten zijn niet alleen zinvol om problemen te detecteren, maar helpen ook om bepaalde thema's meer bespreekbaar te maken.

### **5.3 Wachtijd**

In het Pajottenland kunnen patiënten binnen de 2 à 4 weken na verwijzing bij de ELP terecht wat een vrij lange wachtpriode is. Het is belangrijk dat de ELP-behandeling sneller kan starten, maar om dit te realiseren moet de nodige capaciteit voorhanden zijn.

### **5.4 No shows en drop-out**

Ongeveer 10% van de aangemelde patiënten komt niet opdagen voor zijn eerste afspraak. Het aantal patiënten dat tijdens de ELP-behandeling afhaakt, ligt eveneens op 10%. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de mate van no show en drop-out in de andere projecten.

### **5.5 Crisisinterventies**

Crisissituaties worden in het Pajottenland minder goed opgevangen. In geval van crisis kan de begeleiding pas binnen de zeven dagen opgestart worden. De ELP stellen tevens vast dat mensen in crisis geregeld niet komen opdagen voor hun afspraak – mogelijks omdat de wachttijd te lang is. De ELP en de huisartsen hebben daarnaast elk een ander begrip van het woord "crisis" en andere verwachtingen ten aanzien van een crisisinterventie. Meer overleg en afstemming hierover is aangewezen om een effectief aanbod op het vlak van crisisinterventie te kunnen uitbouwen.

### **5.6 Verwijzing**

Van alle pilootprojecten ligt het percentage patiënten dat wordt verwezen naar meer gepaste hulpverlening in het Pajottenland het laagst: slechts 20% van de patiënten wordt verwezen. Dit betekent dat de ELP van het Pajottenland erin slagen om 80% van de aanmeldingen met kortdurende begeleiding op te vangen.

De ELP verwijzen de helft van hun patiënten door naar privétherapeuten, een kwart naar een psychiater en nog eens een kwart naar het CGG. Enkel patiënten met beperkte financiële draagkracht worden door de ELP naar het CGG verwezen. De ELP geven namelijk aan dat de doorstroom van patiënten naar het CGG moeilijk verloopt omwille van wachtlijsten. Het komt geregeld voor dat patiënten die door de ELP worden aangemeld op een wachtlijst terecht komen en tijdens deze periode in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen. Daarnaast hebben de ELP ook geen verwijs- en doorstromingsafspraken met het CGG – patiënten die door de ELP worden verwezen, moeten in het CGG opnieuw een intakegesprek doen.

Ook de verwijzing naar en de communicatie met de psychiaters verloopt moeilijk. Zo zijn er wachtlijsten en geen mogelijkheden om een structurele samenwerking met de psychiaters op te zetten wegens een tekort aan psychiaters in de regio.

Met het CAW heeft de ELP wel afspraken voor een versnelde doorstroming van patiënten. Bij verwijzing, wordt er een vergadering tussen de ELP en het CAW belegd om de nodige informatie uit te wisselen. Dit vraagt een grote tijdsinvestering van de ELP, maar komt wel tegemoet aan de wens van de patiënt om niet opnieuw eenzelfde intakegesprek te moeten voeren.

### **5.7 Groepsaanbod**

Project het Pajottenland vindt het organiseren van een groepsaanbod rond veelvoorkomende problemen zeer belangrijk. Ook de huisartsen beamen dat dit een meerwaarde kan zijn. De cursussen die nu door privétherapeuten worden aangeboden zijn soms zeer duur. De ELP organiseerden vanuit de SEL recent een infoavond rond slaapproblemen en een mindfulness training. In samenwerking met het CGG en het CAW gaven de ELP een cursus rond hoe omgaan met piekergedachten. De ervaring leert echter dat een ruime bekendmaking cruciaal is bij de organisatie van groepsessies. Bovendien vraagt het organiseren van een groepsaanbod een grote tijdsinvestering waar de ELP nu onvoldoende ruimte voor hebben. Ondersteuning van het OCMW of de SEL en samenwerking met andere GGZ-voorzieningen zijn daarom noodzakelijk.

### **5.8 Laagdrempelig**

Het ELPF-project tracht psychische hulpverlening laagdrempelig te maken voor inwoners van het Pajottenland die kampen met psychische problemen maar de stap naar de GGZ niet durven zetten. De prijs bedraagt 9 EUR per gesprek en in uitzonderlijke situaties worden consultaties gratis aangeboden. Zo komt 15% van de patiënten gratis op consult. De consultruimtes van de ELP bevinden zich op neutrale locaties (OCMW, bij de gemeente, etc.), dicht bij de woonplaats van de patiënt en vlot bereikbaar.

### **5.9 Samenwerking met de huisarts**

Van in het begin was duidelijk dat de ELP nauw moest samenwerken met de huisarts. De huisarts is de centrale figuur in de eerste lijn en is het best geplaatst om patiënten door te verwijzen. De aanmelding van patiënten verloopt in het Pajottenland daarom altijd via de huisarts.

De huisartsen ervaren de ELP als een belangrijke toegevoegde waarde. Dankzij de ELP is er op de eerste lijn een expert aanwezig op het vlak van psychische hulpverlening – een domein waarmee huisartsen

nog steeds weinig vertrouwd zijn. Met de komst van de ELP beschikken huisartsen tevens over een alternatieve niet-medicamenteuze behandeling van psychische klachten.

De samenwerking tussen de ELP en de huisartsen verloopt in het Pajottenland zeer goed. Uit de tevredenheidsbevraging blijkt overigens dat van alle projecten de klinische partners van het Pajottenland het meest tevreden zijn over hun samenwerking met de ELP. Beide actoren erkennen en respecteren elkaars werk en slagen erin om goed met elkaar te communiceren.

De huisartsen zijn voor de ELP meer dan enkel een verwijzer – ze worden gezien als een samenwerkende partner met duidelijke verwachtingen. Weliswaar verschillen deze verwachtingen van huisarts tot huisarts. Sommige huisartsen verwachten dat de ELP het psychisch probleem volledig overneemt. Andere huisartsen hechten belang aan overleg en een gezamenlijke opvolging. Een kleine minderheid van de huisartsen schoolt zich bij om de begeleiding van patiënten met psychische problemen zelf te kunnen opnemen. De ELP houden rekening met de voorkeur van elke huisarts.

De sterke samenwerking tussen de ELP en de huisartsen is mede te danken aan het feit dat de huisartsen van bij de opstart van het project actief betrokken werden. Zo is de huisartsenkring vertegenwoordigd in de stuurgroep van het project.

### **5.10 Terugkoppeling van informatie**

Hoewel informatie-uitwisseling en overleg tussen de ELP en de huisarts van groot belang zijn, is hier in de praktijk weinig tijd voor. Niettemin slagen de ELP erin om voor meer dan 90% van de patiënten informatie naar de huisarts terug te koppelen. De ELP doen overigens hun best om niet enkel over de identificatiegegevens en de aanvankelijke aanmeldingsklacht te communiceren, maar om ook de eindresultaten van het behandeltraject en de gemaakte vervolgafspraken met de huisarts te delen. Huisartsen ervaren deze terugkoppeling als zeer positief. Bij verwijzing naar andere GGZ-voorzieningen of privétherapeuten gebeurt dergelijke verslaggeving minder frequent.

Als de huisarts meer informatie wenst, kan hij steeds telefonisch contact opnemen met de ELP. Echter, het is niet altijd eenvoudig om tijd te vinden voor telefonisch overleg. Zowel de ELP als de huisarts zijn moeilijk te bereiken omdat ze vaak in consultatie zijn. De ELP ervaren bovendien de druk om ook buiten de werkuren telefonisch bereikbaar te zijn. Naar de toekomst toe, moet verder worden nagedacht over de inzet van moderne communicatiemiddelen en over de tijd die gespendeerd wordt aan overleg.

### **5.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

De ELP zetten sterk in op het sensibiliseren van huisartsen door op regelmatige basis informatiesessies te geven en permanent te investeren in de samenwerking met de huisartsen. Huisartsen geven echter aan geen nood te hebben aan vormingen over GGZ thema's. Huisartsen hebben al genoeg werk en zijn van mening dat ieder zijn eigen vakgebied heeft. Ze vinden het net handig dat ze patiënten met psychische klachten naar de ELP kunnen verwijzen. Bovendien zorgt de uitwisseling van informatie tussen de ELP en de huisarts ervoor dat huisartsen meer oog hebben voor psychische problemen en GGZ.

Huisartsen kunnen in het Pajottenland ook beroep doen op de ELP voor advies en overleg. Zo kunnen huisartsen een overleg met de ELP aanvragen om samen na te denken over een goede verwijzing van een bepaalde patiënt. In de praktijk wordt hier echter weinig gebruik van gemaakt.

Daarnaast hebben de ELP ook regelmatig overleg met de medewerkers van het CAW, het OCMW en het CLB om casuïstiek te bespreken.

### **5.12 Samenwerking met andere klinische partners**

De ELP gaven tijdens de interviews aan dat ze een goed contact hebben met de zorgverstrekkers die betrokken zijn bij andere GGZ-projecten in de regio, zoals het project psychiatrische thuiszorg, de therapeutische projecten en de initiatieven die in het kader van Artikel 107 plaatsvinden.

Om de samenwerking met de privétherapeuten uit de regio te versterken, wordt er jaarlijks een ronde tafel met hen georganiseerd.

### **5.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure**

De ELP bieden consultaties aan op 4 neutrale locaties verspreid in het Pajottenland: namelijk in het sociaal huis, bij de dienst thuiszorg, in een klooster (i.e., een lokaal dat ter beschikking gesteld wordt door het gemeentebestuur) en in het medisch centrum. Op deze manier zijn de ELP voor patiënten gemakkelijk te bereiken. Dankzij de neutrale locatie wordt een ELP-bezoek niet geassocieerd met psychische hulpverlening (wat belangrijk is voor sommige patiënten) noch gelinkt aan één huisartsenpraktijk in het bijzonder (wat belangrijk is voor sommige huisartsen).

In het Pajottenland kunnen enkel de huisartsen patiënten aanmelden. Binnen het project is men er namelijk van overtuigd dat de huisarts de best geplaatste figuur is om patiënten door te verwijzen. Door met een beperkte toegangspoort tot de ELP te werken, probeert het Pajottenland tevens een snelle verzadiging van het ELP-aanbod te voorkomen.

### **5.14 Werking, aansturing en omkadering**

In het Pajottenland werd er bewust voor gekozen om 1 VTE te verdelen over 2 ELP, zodat tussen beide ELP overleg mogelijk is. Elke ELP werkt op 2 locaties in het Pajottenland.

De ELP zelf zijn niet verbonden aan een bepaalde organisatie of praktijk. Dit heeft als voordeel dat de ELP onafhankelijk kunnen werken. Het nadeel is echter dat de ELP weinig contact hebben met andere hulpverleners en dat ze alle administratieve taken zelf moeten opnemen. Naast begeleiding nemen de ELP dus ook het telefonisch onthaal, de logistiek, het beheer van de agenda en de planning voor hun rekening. Dit vraagt de nodige flexibiliteit en organisatorische vaardigheden.

### **5.15 Tevredenheid patiënten**

De patiënten van het Pajottenland zijn zeer tevreden over hun contact met de ELP. De ELP kunnen volgens patiënten goed luisteren zonder een oordeel te vellen, tonen begrip en respect en nemen problemen serieus. Patiënten vinden het een meerwaarde dat ze gehoord worden – dat ze eindelijk de problemen waarmee ze soms al een leven lang worstelen met iemand kunnen delen. Dit geeft hen het gevoel deze problemen te kunnen loslaten. Patiënten hebben vertrouwen in de ELP en voelen zich snel bij hen op hun gemak.

De ELP bieden tevens snelle hulp gericht op de toekomst. Ze kunnen de gedachten en gevoelens van mensen goed herformuleren, geven een verklaring voor de klachten en brengen mensen tot nieuwe

inzichten. Daarnaast leren patiënten om hun problemen anders te benaderen en zoeken de ELP mee naar mogelijke oplossingen. De ELP geven bruikbare informatie en tips, waarmee patiënten ook thuis aan de slag kunnen. De ELP neemt de drempelvrees om naar een psycholoog te gaan weg, omdat hij op korte termijn beschikbaar is. Bij andere hulpverleningsinstanties ligt de drempel veel hoger – je kunt als patiënt een hele hoop uitvluchten bedenken die je ervan weerhouden om de stap naar zorg te zetten.

Ondanks de grote tevredenheid werden er enkele suggesties tot verbetering gedaan. Het zou een meerwaarde zijn, mochten de ELP op meerdere wekdagen consult aanbieden – en dus niet enkel op maandagen en dinsdagen. Daarnaast was er ook vraag naar consultatie na de werkuren. Sommige patiënten vonden ook dat ze lang moesten wachten vooraleer ze bij de ELP terecht konden. Er is dus grote nood aan een uitbreiding van het aanbod. Er is nood aan een betere communicatie over het aanbod in de regio – veel mensen hebben nu geen weet van het bestaan van de ELP.

### **5.16 Succesfactoren**

Een grote sterkte is dat alle GGZ-partners (zowel eerste, tweede als derde lijn) uit de regio alsook de huisartsen en de huisartsenkringen het project steunen. Iedereen staat tevens achter de keuze om de ELP dicht bij de huisarts te plaatsen. Dankzij deze gedeelde visie en sterke samenwerking werden de nieuwe ELP snel aanvaard en ingeburgerd waardoor de uitbouw van een kwaliteitsvolle psychische hulpverlening volgens het model van getrapte zorg in het Pajottenland mogelijk werd.

De samenwerking tussen de huisartsen en de ELP verloopt heel goed. De huisarts is in het Pajottenland meer dan een verwijzer van patiënten – hij wordt gezien als een samenwerkende partner. De ELP doen hun best om relevante patiëntinformatie naar de huisarts terug te koppelen, ze geven regelmatig vormingen aan huisartsen en huisartsen kunnen bij de ELP terecht voor advies.

Ook met de andere klinische partners hebben de ELP een goed contact. Zo overleggen de ELP geregeld met medewerkers van andere zorgvoorzieningen om casuïstiek te bespreken en wordt er jaarlijks een ronde tafel georganiseerd voor privétherapeuten uit de regio om elkaar beter te leren kennen.

De ELP van het Pajottenland geven op jaarbasis veel begeleidingen en slagen er in om een groot deel van hun patiënten met enkel en alleen kortdurende begeleiding op te vangen. Dit is een grote sterkte, omdat andere voorzieningen zo ontlast worden. Daarnaast organiseren de ELP ook groepsessies rond veel voorkomende problemen.

Het feit dat de ELP consult aanbieden op verschillende neutrale locaties in de regio is een sterkte. De ELP zijn zo voor patiënten goed te bereiken, een ELP-bezoek wordt niet automatisch gelinkt aan psychische hulpverlening en ook huisartsen ervaren geen barrière om patiënten door te verwijzen.

Het was een goede keuze om de functie te verdelen over 2 ELP. Op deze manier wordt de werklast verdeeld en is overleg tussen beide ELP mogelijk.

### **5.17 Knelpunten**

Net als vele andere regio's binnen dit onderzoek, wordt het Pajottenland gekenmerkt door een beperkt GGZ-aanbod dat bovendien slecht te bereiken is met het openbaar vervoer. Dit brengt een grote vraag naar begeleiding met zich mee die met de huidige capaciteit niet voldaan kan worden. De ELP zijn bijgevolg verplicht om met een wachtperiode te werken. Bij een reguliere aanmelding moeten patiënten soms tot 4 weken wachten voor een eerste gesprek en in geval van crisis loopt de wachttijd op tot 7

dagen. Voor een eerstelijnsvoorziening is dit veel te lang. Er is daarom nood aan een uitbreiding van het aanbod. Idealiter zijn de ELP ook op meerdere wekdagen en na de werkuren beschikbaar voor consultatie.

Daarnaast verstaan huisartsen en ELP elk iets anders onder een crisissituatie. Betere afspraken hierover zijn noodzakelijk om crisisinterventies in de toekomst beter te kunnen opvangen.

Een ander knelpunt is dat verschillende GGZ-partners in de regio – en dan vooral het CGG – met wachtlijsten kampen. Dit zorgt er voor dat verwijzing moeilijk verloopt. Patiënten die door de ELP naar het CGG worden verwezen, moeten vaak weken wachten op passende hulpverlening terwijl hun problemen verder escaleren. De ELP hebben ook geen doorstromingsafspraken met het CGG, waardoor patiënten bij aanmelding in het CGG opnieuw hetzelfde intakegesprek moeten ondergaan.

De GGZ-partners uit de regio zien de ELP als dé oplossing om hun wachtlijsten terug te dringen wat een verkeerde perceptie is. Het zijn niet de ELP die de wachtlijsten van de partners moeten wegwerken – het is net de samenwerking en de afstemming tussen de ELP en alle GGZ-partners die tot een oplossing moet leiden. Door de bestaande wachtlijsten bij de andere partners worden ook de ELP gedwongen om met wachtlijsten te werken wat niet de bedoeling kan zijn.

In het Pajottenland is er dus niet enkel nood aan voldoende ELP, maak ook het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen moet uitgebreid worden. In gemeenten met meer dan 10.000 inwoners zijn lokale antenneposten van de CGG en de CAW nodig. Een alternatieve oplossing is dat de ELP meer samenwerken met de privétherapeuten uit de regio.

Net als in de andere projecten worden de ELP van het Pajottenland belast met veel bijkomende taken. Een van deze taken is de terugkoppeling van patiëntinformatie van de ELP naar de huisarts. Hoewel huisartsen dit als een grote meerwaarde ervaren, blijft hier in de praktijk weinig tijd voor over. Het is daarom belangrijk dat er in de toekomst nagedacht wordt over een modern en veilig communicatiekanaal om informatie-uitwisseling tussen beide actoren te optimaliseren. Om de werkdruk verder te verminderen, is er tevens nood aan gebruiksvriendelijke screeningsinstrumenten en aan administratieve ondersteuning.

De ELP van het Pajottenland organiseerden een aantal groepssessies rond veelvoorkomende problemen wat op zich een sterkte is. Echter, doordat de ELP onvoldoende tijd hadden om deze sessies bij de doelgroep bekend te maken, was hiervoor slechts weinig interesse. Ondersteuning van een andere voorziening en een goede bekendmaking zijn noodzakelijk om het groepsaanbod tot een succes te maken.

## **6 Globale evaluatie pilootproject Poperinge**

### **6.1 Doelgroep en problematiek**

In Poperinge kan in principe iedereen die nood heeft aan psychische hulp beroep doen op de ELP – er zijn dus geen specifieke in- of exclusiecriteria. De ELP besteedt wel extra aandacht aan landbouwers, ouders, OCMW-cliënteel en kwetsbare groepen. Hoewel de ELP in principe geen kinderen behandelt, ziet de ELP in de praktijk jongeren vanaf 16 jaar omdat huisartsen hier een grote nood uiten.



Net als in de meeste andere pilootprojecten zijn de mate van psychopathologie en de ernst van de aanwezige symptomen in vergelijking met een klinische normgroep bovengemiddeld. De meest voorkomende klachten zijn aanpassingsproblemen, stemmingproblemen en relationele problemen.

## **6.2 Kortdurende begeleiding**

In Poperinge (waar de ELP voor 0,9 VTE in plaats van voor 1 VTE is aangesteld) behandelt de ELP jaarlijks 150 patiënten en biedt 400 behandelsessies aan wat zeer veel is.

Een patiënt ontvangt gemiddeld genomen 4 behandelsessies, ongeveer 90% van de begeleidingen wordt binnen de 5 sessies afgerond en geen enkele patiënt ontvangt meer dan 10 consulten.

Bij elke begeleiding gaat de ELP van start met het opmaken van een probleemsamenhang waarbij het KOP-model als kapstok wordt gebruikt. De ELP probeert vervolgens om de patiënt aan de hand van psycho-educatie meer inzicht te geven in de eigen problematiek en maakt gebruik van kortdurende interventies om de problemen aan te pakken. Soms doet de ELP ook aan assessment, maar gebruikt hiervoor zelden of nooit signaleringsinstrumenten.

## **6.3 Wachtijd**

In het begin van het project waren de wachttijden in Poperinge kort. De meeste patiënten konden binnen de week op consult komen. Door de stijgende vraag naar begeleidingen is de ELP sinds kort echter verplicht om met een wachtlijst te werken en mogelijk lopen de wachttijden in de toekomst verder op.

## **6.4 No shows en drop-out**

In Poperinge is het percentage no show en drop out uitermate laag. Slechts 3% van de patiënten die door een partner wordt aangemeld, komt niet opdagen voor de eerste afspraak en 1% valt tijdens de begeleiding zelf uit.

## **6.5 Crisisinterventies**

De ELP doet in de praktijk weinig of geen crisisinterventies, omdat deze taak wordt opgenomen door andere partners in de regio, zoals het CGG. Wanneer de ELP bij een patiënt een crisis vaststelt, zet ze de ELP-behandeling stop en voorziet in overleg met de huisarts een gepaste verwijzing.

## **6.6 Verwijzing**

De ELP van Poperinge slaagt erin om meer dan de helft van de aangemelde patiënten met kortdurende begeleiding verder te helpen. Slechts 40% van de patiënten wordt verwezen naar een andere klinische partner. De ELP verwijst patiënten daarbij iets vaker door naar een partner uit de eerstelijnszorg dan naar een partner uit de tweedelijnszorg. Bijna de helft van alle verwijzingen naar de tweede lijn, is naar het CGG. Een derde wordt verwezen naar uiteenlopende klinische partners zoals Boeren op een Kruispunt, het mobiele team, Kind & Gezin, de mutualiteit, een osteopaat, etc. Bij een verwijzing biedt

de ELP de nodige ondersteuning – ze belt eventueel om een afspraak te maken en neemt nadien contact op met de patiënt om te vragen hoe de verwijzing verliep.

### **6.7 Groepsaanbod**

De ELP van Poperinge geeft geen groepsaanbod, maar zou hier wel graag mee van start willen gaan. Er kunnen zo meerdere mensen tegelijk bereikt worden en mogelijk heeft de groepsdynamiek een positieve invloed op het herstel van de patiënten.

### **6.8 Laagdrempelig**

Diverse factoren zorgen ervoor dat de ELP-begeleidingen laagdrempelig zijn. De ELP is gehuisvest in het sociaal huis van Poperinge – een locatie die centraal gelegen en goed bereikbaar is. De locatie is niet gelinkt aan psychologische hulp. Het valt dus niet op dat patiënten op consult gaan bij een psycholoog. Bovendien is in Poperinge het eerste gesprek bij de ELP voor iedereen gratis. Dit overtuigt veel mensen ervan om toch een keer naar de ELP te gaan. Mensen in een behartenswaardige situatie mogen in de daaropvolgende sessies gratis op consultatie blijven komen. Dit laatste geldt voor ongeveer 40% van de behandelde patiënten.

### **6.9 Samenwerking met de huisarts**

In vergelijking met de andere projecten, werkt de ELP van Poperinge minder intens samen met de huisarts. Dit komt doordat de huisarts niet de voornaamste aanmelder van patiënten is. Meer dan de helft van de patiënten komt via een andere partner uit de eerste lijn bij de ELP terecht. Wanneer de aanmelding bij de ELP niet via de huisarts verloopt, brengt de ELP de huisarts wel op de hoogte van de opstart van de begeleiding – uiteraard enkel na toestemming van de patiënt.

De betrokken huisartsen vinden het een meerwaarde dat ze met de ELP kunnen samenwerken rond GGZ – een thema waar huisartsen niet zoveel kaas van hebben gegeten. De ELP helpt en stuurt bij waar nodig. Project Poperinge voerde zelf ook een bevraging uit bij 18 huisartsen om te peilen naar hun tevredenheid over de ELPF. Van de bevroegde huisartsen verwees de helft meermaals patiënten door naar de ELP. De huisartsen waren vooral tevreden over: (1) de wijze waarop ze patiënten kunnen aanmelden, (2) de korte wachttijden, (3) de screening, (4) de begeleiding en (5) de eventuele verwijzing.

### **6.10 Terugkoppeling van informatie**

De ELP koppelt voor meer dan 90% van de patiënten informatie terug naar de huisarts en maakt voor het doorsturen van patiëntverslagen gebruik van het programma Medimail. De doorgestuurde verslagen komen zo rechtstreeks in het medisch dossier van de patiënt terecht wat huisartsen als een grote meerwaarde ervaren. De timing van de verslaggeving is echter een aandachtspunt.

Wanneer een patiënt door een niet-medische of niet-psychologische dienst (bv., VDAB) bij de ELP terecht komt, wordt enkel informatie die relevant is voor de voorziening uitgewisseld. Bijvoorbeeld, de VDAB wordt op de hoogte gebracht over het feit dat de patiënt omwille van zijn problematiek tijdelijk niet kan werken of dat de patiënt nood heeft aan loopbaanbegeleiding. Andere informatie wordt beschouwd als privé en valt onder het beroepsgeheim.

### **6.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

De ELP van Poperinge neemt in diverse organisaties (i.e., psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische thuiszorg, woonzorgcentrum, OCMW) deel aan casusoverleg om advies te geven over specifieke casussen en mee na te denken over een passende hulpverlening. Daarnaast ondersteunt de ELP ook huisartsen met het nodige advies. Niettemin, zijn huisartsen vragende partij voor meer coaching over psychische problemen.

### **6.12 Samenwerking met andere klinische partners**

Om het GGZ-aanbod in de regio overzichtelijk te houden, proberen alle partners zoveel mogelijk binnen één netwerk samen te werken. In het begin werd er veel tijd gependend aan afstemming over het aanbod en de specifieke doelgroep van iedere voorziening om overlap tussen diensten te vermijden. Met het CAW bestaat de afspraak dat patiënten die door de ELP worden verwezen niet meer langs het onthaal hoeven te passeren.

Uit de tevredenheidsbevraging blijkt overigens dat de klinische partners in Poperinge zeer tevreden zijn over hun contact met de ELP. De aanwezigheid van de ELP werkt voor de partners rustgevend. Situaties waarin ze vroeger vastzaten, kunnen nu met de ELP besproken worden. Psychologische hulp wordt ook sneller ingeschakeld en partners hebben meer oog voor psychische problemen. Voorheen kregen patiënten met psychische klachten een lijst met adressen en telefoonnummers van GGZ-voorzieningen mee naar huis – nu kunnen partners de patiënt naar huis sturen met een afspraak bij de ELP. Dit maakt alles veel concreter voor patiënten.

De samenwerking met privétherapeuten verloopt momenteel minder goed. De ELP heeft weinig zicht op de aanwezige privétherapeuten in de regio en hun specialisatie. Een belangrijk werkpunt voor de ELP is dan ook een overzicht maken van het bestaande aanbod in het privélandschap.

### **6.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure**

De ELP is gehuisvest op twee locaties – namelijk in het sociaal huis van Poperinge en in dat van Diksmuide. Patiënten geven wel aan dat deze locaties met het openbaar vervoer minder goed bereikbaar zijn. In tegenstelling tot de andere pilootprojecten, kunnen alle hulpverleners werkzaam in de eerste lijn mensen bij de ELP aanmelden (i.e., huisartsen, medewerkers van het ziekenfonds, het OCMW, de thuiszorg en de welzijnssector) en ongeveer de helft van de patiënten wordt ook effectief door een andere hulpverlener dan de huisarts aangemeld. Om een maximale bereikbaarheid te garanderen, zijn er verschillende mogelijkheden om een afspraak bij de ELP te maken. Huisartsen en maatschappelijk werkers van het OCMW kunnen rechtstreeks een afspraak inplannen via een online agenda. Het is ook mogelijk om telefonisch een afspraak te maken via het onthaal van het sociaal huis of door rechtstreeks naar de ELP te bellen.

### **6.14 Werking, aansturing en omkadering**

In de eerste twee werkjaren werden de 0,9 VTE vervuld door 1 ELP. Vanaf het derde werkjaar werd de functie verdeeld over 2 ELP.

In Poperinge kan de ELP deelnemen aan intervisies en vormingen om de eigen competenties te verbeteren. Eén keer per maand vindt er een intervisie plaats met andere ELP (die geen onderdeel zijn van het project) en een psychiater. Indien relevant, kan de ELP ook de interne vormingen van het psychiatrisch ziekenhuis mee volgen. In de praktijk zijn er echter weinig vormingen die interessant zijn voor de ELP.

Hoewel de ELP gehuisvest is in het sociaal huis van Poperinge en dat van Diksmuide, is ze daar niet ingebed in het team en kan ze daarom geen beroep doen op het secretariaat. Bijgevolg komt alle administratie, patiëntregistratie en verslaggeving op de schouders de ELP terecht. Er is een grote nood aan administratieve versterking om de opvolging van patiënten en de samenwerking met de partners te verbeteren.

### **6.15 Tevredenheid patiënten**

De patiënten van Poperinge zijn zeer tevreden over de ELP. Dit blijkt uit de patiëntenbevraging en wordt ook bevestigd door de verwijzers. Volgens de patiënten behandelt de ELP hen met respect, respecteert ze hun privacy en neemt ze hun problemen serieus. De ELP neemt de tijd om te luisteren zonder zichzelf op te dringen, geeft patiënten duidelijke informatie over hun klachten en helpt hen om hun klachten te begrijpen. Daarnaast denkt de ELP mee na over de problemen van patiënten, reikt hen handvaten en tips aan om deze op te lossen en zorgt voor de nodige contacten wanneer meer hulp vereist is. Patiënten zouden de ELP aanbevelen aan vrienden of familie die psychologische hulp nodig hebben, omdat een bezoek aan de ELP geruststellend werkt en helpt – het maakt mensen sterker, zet hen weer op het juiste spoor en brengt rust. Ook de kostprijs is laag wat drempelverlagend werkt.

Ondanks de grote tevredenheid, deden de patiënten enkele suggesties tot verbetering. Het zou een meerwaarde zijn als de ELP aan huis kon komen. Ook zou de ELP op meerdere momenten – vooral buiten de werkuren – beschikbaar moeten zijn.

### **6.16 Succesfactoren**

In Poperinge weet de ELP een groot aantal patiënten te bereiken. Dit komt ondermeer doordat verschillende partners patiënten kunnen aanmelden en een eerste gesprek gratis wordt aangeboden.

De ELP behandelt niet alleen volwassenen – ook jongeren komen geregeld bij de ELP terecht.

Hoewel de huisartsen niet voornaamste aanmelder van patiënten is, zijn ze tevreden over het aanbod van de ELP. Vooral over de aanmeldingsprocedure, de korte wachttijd, de gegeven begeleiding en de mogelijkheid tot verwijzing zijn huisartsen tevreden.

De inbedding van de ELP in het GGZ-netwerk is een grote meerwaarde. Het zorgt voor de nodige afstemming en creëert voor de ELP die tijdens haar praktijkvoering vooral een solopositie bekleedt een vangnet.

In Poperinge is het aantal no shows en drop outs uitermate laag. Het is helaas niet duidelijk aan welke factoren deze positieve cijfers te danken zijn.

De ELP van Poperinge slaagt erin om 60% van de aangemelde patiënten met een kortdurende behandeling verder te helpen. Slechts 40% van de patiënten wordt verwezen naar een andere klinische

partner. Bij een verwijzing neemt de ELP nadien contact op met de patiënt om te vragen hoe de verwijzing verliep.

De ELP maakte ondanks de hoge werkbelasting tijd vrij voor het coachen van andere klinische partners zoals het OCMW, de psychiatrische thuiszorg, de huisarts, etc. De ELP neemt deel aan diverse overlegmomenten om mee na te denken over specifieke casussen.

### **6.17 Knelpunten**

Poperinge wordt gekenmerkt door een beperkte mobiliteit en veel schroom om over psychische problemen te praten. Bovendien zijn er in de regio weinig GGZ-voorzieningen die voor mensen betaalbaar en bereikbaar zijn. De ELP blijkt het enige alternatief te zijn, wat tot een overrompeling van de ELP leidt. Er worden wekelijks soms wel 30 behandelsessies ingepland waardoor de werkdruk hoog ligt.

Doordat de grote vraag momenteel het beperkte aanbod overstijgt, wordt de ELP verplicht om vooral in te zetten op individuele begeleidingen wat ten koste gaat van de andere opdrachten van de ELP die eveneens belangrijk zijn (groepssessies geven, de deskundigheidsbevordering bij huisartsen, etc.). De hoge werkbelasting dwingt de ELP overigens om met wachtlijsten te werken en de doelgroep af te bakenen.

Ook de nabijheid van de ELP blijkt een essentieel knelpunt. Weinig patiënten uit de naburige landelijke gemeenten vinden de weg naar de ELP. Een ruimere inzetbaarheid van de ELP met meerdere antenneposten is noodzakelijk.

Daarnaast komt passende hulpverlening vaak niet tot stand ondermeer door de moeilijk te overbruggen afstanden en door de wachtlijsten in het meer gespecialiseerde zorgcircuit. De ELP is er bovendien nog niet toegekomen om een goede samenwerking met de vrijgevestigde psychotherapeuten in de regio uit te bouwen.

Momenteel ontbreekt ook een eenvoudig elektronisch registratiesysteem. Dit maakt dat de ELP veel tijd steekt in het uitvoeren van administratieve taken – tijd die ten koste gaat van begeleidingen.

Er wordt onvoldoende voor de ELP zelf gezorgd. De ELP heeft nood aan supervisie, intervisie en gerichte vormingen. De ELP van Poperinge is in de mogelijkheid om deel te nemen aan vormingen die georganiseerd worden door het psychiatrisch ziekenhuis, maar deze zijn weinig relevant voor het eerstelijnswork.

## **7 Globale evaluatie pilootproject Turnhout**

### **7.1 Doelgroep en problematiek**

Project Turnhout richt zich vooral tot minder kapitaalkrachtigen met milde psychische problemen voor wie privéhulp financieel niet haalbaar is (bv., mensen die werkloos of in opleiding zijn). Het is de taak van de huisarts om de eerste filtering van patiënten te doen. Met de huisartsen werd afgesproken om patiënten met een zware of acute problematiek niet bij de ELP, maar bij het aanmeldingsteam van Netwerk GGZ Kempen aan te melden. Het opnemen van ernstige problematiek is voor de ELP te tijdsintensief.

De resultaten van de BSI tonen aan dat de mate van psychopathologie in de patiëntenpopulatie van Turnhout in vergelijking met een klinische referentiegroep – net als in de meeste andere projecten – bovengemiddeld is. Uit de registratiefiches blijkt dat 1/3<sup>de</sup> van de patiënten aanpassingsproblemen heeft; vaak gaat het om problemen die van sociale, financiële of fysische aard zijn. In vergelijking met de andere projecten komen stemmingsproblemen, relationele problemen en angstproblemen in Turnhout minder vaak voor.

## **7.2 Kortdurende begeleiding**

Net als in project de Kempen, vervullen de ELP van Turnhout twee rollen. Twee dagen per week werken ze in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen dat de toegangspoort vormt tot de meer gespecialiseerde zorg. Binnen het aanmeldingsteam is het de taak van de ELP om te bepalen naar welke zorgvoorziening een patiënt het best wordt verwezen en huisartsen te coachen. De overige drie dagen geven de ELP begeleidingen in het preventiecentrum.

Door de inschakeling van de ELP in het aanmeldingsteam blijft er weinig tijd over voor het geven van kortdurende begeleiding. De ELP van Turnhout behandelen dan ook veel minder patiënten dan de ELP van de andere pilootprojecten. Uit de cijfers van de jaarverslagen blijkt dat de ELP per werkjaar een 90-tal patiënten behandelen; dit is half zoveel dan in de andere pilootprojecten. Ook het aantal aangeboden consulten ligt in Turnhout veel lager dan in de andere pilootprojecten: 150 consulten in Turnhout versus 500 à 600 consulten in de andere projecten.

Doordat de ELP weinig tijd hebben voor het geven van kortdurende begeleiding, worden alle begeleidingen in maximaal 5 sessies afgerond. Het merendeel van de patiënten ontvangt 1 à 2 behandelingsessies. De klinische partners geven aan dat 1 à 2 gesprekken voor veel mensen te kortdurend is en dus niet volstaat. Heel wat partners zijn om die reden niet geneigd om hun patiënten bij de ELP aan te melden.

In Turnhout is het de voornaamste taak van de ELP om tijdens de kortdurende begeleiding patiënten gericht door te verwijzen naar een gepaste hulpvoorziening. De behandeling van de ELP beperkt zich dus meestal tot het afnemen van een uitgebreid intakegesprek om de hulpvraag van de patiënt te verhelderen en vervolgens een aanmeldingsverslag op te stellen. De ELP maken daarbij geregeld gebruik van diagnostische instrumenten (i.e., OQ-45, BSI, BDI, AUDIT, UCL) en het KOP-model. Het model wordt tijdens het intakegesprek samen met de patiënt opgesteld en eventueel bij het tweede gesprek verder uitgediept. Minder kapitaalkrachtigen kunnen rekenen op iets meer behandelingsessies bij de ELP, gezien de drempel naar privé-hulpverlening voor hen te hoog is. De ELP maken in deze gevallen vooral gebruik van psycho-educatie en oplossingsgerichte interventies.

## **7.3 Wachtijd**

Patiënten kunnen in Turnhout snel bij de ELP terecht: meestal binnen de week. Wanneer er nood is aan een snelle interventie en de wachttijd bij de ELP te lang is, worden patiënten meteen verwezen naar het aanmeldingsteam.

#### **7.4 No shows en drop-out**

In Turnhout zijn er weinig of geen no shows wat wellicht te danken is aan de korte wachttijd. Recent is het voor patiënten mogelijk om online een afspraak bij de ELP te maken. Sindsdien zijn no shows meer voorkomend. Doordat patiënten slechts 1 à 2 keer op gesprek komen, is het percentage patiënten dat tijdens het begeleidingstraject uitvalt miniem (2%). Wanneer een patiënt niet komt opdagen voor een consult, neemt de ELP telefonisch contact op om te vragen naar de achterliggende reden en wordt de huisarts op de hoogte gebracht.

#### **7.5 Crisisinterventies**

Crisissituaties worden in Turnhout opgenomen door het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen omdat zij daarvoor de meest aangewezen instantie zijn. Het aanmeldingsteam is voor huisartsen 24 uur op 24 bereikbaar en wordt geruggensteund door een multidisciplinair team.

#### **7.6 Verwijzing**

In Turnhout hebben de ELP vooral een dispatch functie – quasi alle patiënten (92%) worden door de ELP verwezen naar een andere voorziening. Dankzij de uitgebreide indicatiestelling van de ELP worden patiënten juist en snel verwezen. In de praktijk wordt er vooral verwezen naar tweedelijnspartners zoals de privéhulpverlening of het CGG en in mindere mate naar eerstelijnsvoorzieningen. Patiënten met voldoende financiële draagkracht worden verwezen naar een privétherapeut. De ELP geven in dat geval een drietal psychotherapeuten door, zodat de patiënt zelf kan kiezen bij wie hij op gesprek gaat. Patiënten die minder kapitaalkrchtig zijn, worden naar het CGG verwezen. Zowel de eerstelijnsvoorzieningen als de meer gespecialiseerde diensten kampen in Turnhout met wachtlijsten die tot enkele maanden kunnen oplopen.

De ELP vragen aan hun patiënten om te laten weten hoe de hulpverlening waarnaar ze werden verwezen verliep. Patiënten worden ook op het hart gedrukt dat ze altijd mogen terugkomen als ze niet tevreden zijn over de hulpverlening of wanneer zich later een nieuw probleem voordoet.

#### **7.7 Groepsaanbod**

De ELP van Turnhout geven geen groepssessies voor patiënten. Hiervoor hebben ze niet de tijd.

#### **7.8 Laagdrempelig**

In Turnhout bieden de ELP consultatie aan in het preventiecentrum. Deze ruimtes worden in het weekend gebruikt als huisartsenwachtpost en zijn dus zeer laagdrempelig. De meeste mensen zijn er al een keer geweest en kennen de locatie ook. De drempel wordt verder verlaagd doordat de huisartsen patiënten goed informeren over het aanbod van de ELP en door de lage kostprijs. De grote meerderheid van de patiënten (95%) betaalt voor de consultaties het 9 EUR-tarief. Het kortdurende begeleidingstraject (meestal 1 à 2 en maximaal 5 gesprekken) heeft voor patiënten ook een vrijblijvender karakter dan een lang traject met onduidelijk verloop. Om de drempel nog verder te verlagen wordt overwogen om in de toekomstige folders te maken om aan patiënten mee te geven.

## **7.9 Samenwerking met de huisarts**

Project Turnhout voerde bij de leden van de huisartsenkring een bevraging uit om te peilen naar de tevredenheid van de huisartsen over de ELPF-werking. Meer dan de helft van de huisartsen (63%) zijn op de hoogte van de ELPF. De grote meerderheid van deze huisartsen (88%) vinden het project ook een meerwaarde voor de eigen praktijk. Dankzij het project wordt in de huisartsenpraktijk meer aandacht besteed aan psychologische topics en ontstaat er een nauwere samenwerking tussen de huisarts en de GGZ. Van de huisartsen die patiënten bij de ELP aanmeldden, is het merendeel (80%) tevreden over de manier waarop de ELP werken.

Tijdens de tevredenheidsbevraging die in het kader van het huidig onderzoek georganiseerd werd, gaven de huisartsen wel aan dat er nood is aan meer communicatie en overleg met de ELP. Het beperkt aantal begeleidingen dat de ELP aanbieden (meestal slechts 1 à 2 sessies) weerhoudt huisartsen ervan om patiënten bij de ELP aan te melden.

## **7.10 Terugkoppeling van informatie**

Na elke patiëntenbegeleiding, stuurt de ELP een kort verslag naar de huisarts van de patiënt. Project Turnhout ontwikkelde daarvoor een gestandaardiseerde tool. De ELP neemt bij afronding van de begeleiding meestal ook telefonisch contact op met de behandelende huisarts.

Wanneer een patiënt door de ELP wordt verwezen naar een andere klinische partner, koppelt deze laatste meestal geen patiëntinformatie terug naar de ELP of huisarts. Zowel de huisartsen als de ELP zijn vragende partij naar meer terugkoppeling wanneer patiënten worden verwezen. Ze weten graag of hun patiënt al dan niet in de hulpvoorziening terecht kon en hoe de begeleiding daar verliep.

## **7.11 Coaching van huisartsen en andere klinische partners**

In Turnhout worden de huisartsen sterk gecoacht. Huisartsen kunnen terecht bij de ELP voor het nodige advies zodat ze patiënten met een lichte psychische problematiek zelf kunnen behandelen of een goede verwijzing kunnen doen. Op geregelde tijdstippen organiseren de ELP ook vormingen voor huisartsen rond relevante thema's (GGZ in de regio, werking CAW de Kempen, slaapmiddelengebruik).

Daarnaast geven de ELP geregeld consult aan andere partners uit het netwerk (CAW, OCMW, vertrouwenscentrum, justitiehuis, privétherapeuten, etc.) om casuïstiek te bespreken.

## **7.12 Samenwerking met andere klinische partners**

De klinische partners zijn heel tevreden over hun samenwerking met de ELP. De inbedding van de ELP in het aanmeldingsteam Netwerk GGZ Kempen versterkt de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn en maakt een complementaire samenwerking met de klinische partners uit de regio mogelijk. Dankzij de inbedding heeft de ELP tevens goed zicht op de sociale kaart. Er vond in Turnhout ook een uitgebreide bevraging plaats van alle privétherapeuten uit de regio om beter zicht te krijgen op hun specialisatie (doelgroep, problematiek en therapieachtergrond). Op basis van deze bevraging werd een therapeutenlijst opgesteld welke beschikbaar is via de portaalsite van de huisartsenvereniging.

In tegenstelling tot pilootproject de Kempen zijn de ELP van Turnhout minder nauw betrokken bij het CAW, wat als een gemis ervaren wordt.



### **7.13 Inbedding en aanmeldingsprocedure**

De ELP van Turnhout zijn deels ingebed in het aanmeldingsteam van Netwerk GGZ Kempen waar ze een triage functie vervullen en deels ingebed in het preventiecentrum van Turnhout waar ze begeleidingen geven.

Patiënten kunnen enkel na verwijzing door de huisarts bij de ELP terecht. Huisartsen kunnen telefonisch of online een afspraak voor hun patiënt bij de ELP inplannen of patiënten kunnen na verwijzing zelf contact opnemen met de ELP voor een afspraak. Huisartsen vullen voor de aangemelde patiënt een verwijfsbrief in en bezorgen deze vooraf aan de ELP.

### **7.14 Werking, aansturing en omkadering**

In de eerste werkjaren werd de 1 VTE vervuld door twee ELP, nadien werd de functie opgenomen door één ELP. De ELP bedienen 14 gemeentes waar in het totaal 167 huisartsen actief zijn.

Dankzij de inbedding in het preventiecentrum, kunnen de ELP beroep doen op inhoudelijke, logistieke, communicatieve en IT ondersteuning. Dit wordt als een succesfactor ervaren, omdat de ELP zich zo meer kunnen focussen op hun kerntaken: namelijk patiënten begeleiden, huisartsen ondersteunen en preventieprojecten voor het preventiecentrum uitwerken.

De inbedding in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ Kempen zorgt ervoor dat de ELP kunnen terugvallen op een team om te overleggen over bepaalde casussen. Toen de functie gedragen werd door twee ELP, konden zij onderling met elkaar overleggen over complexe casussen en mogelijke interventies wat als een grote meerwaarde ervaren werd. Niettemin rapporteren de ELP een grote nood aan intervisie en supervisie.

Het kortdurend werken (1 à 2 sessies) brengt in verhouding een grote hoeveelheid administratie en registratie met zich mee. In Turnhout worden quasi alle patiënten verwezen wat veel verslaggeving vraagt. De ELP geven aan dat de registratie en de administratie heel zwaar vallen. Blijven werken als ELP is op lange termijn niet haalbaar. Meer middelen zijn nodig om de ELP voldoende ademruimte te kunnen geven. De tijd die de ELP spenderen aan administratie en registratie gaat overigens ten koste van het andere werk (begeleiding, preventiewerk, etc.). De werkingsmiddelen zijn ook onvoldoende gezien de uitgebreidheid van het werkingsgebied en de inschakeling van de ELP in het aanmeldingsteam.

### **7.15 Tevredenheid patiënten**

Patiënten vinden de ELP een meerwaarde omdat ze de tijd nemen om te luisteren, zonder veroordelend te zijn. De ELP kunnen de problemen benoemen en helpen patiënten om meer inzicht te krijgen in de kern van hun probleem. Ze ondersteunen patiënten om op een meer realistische manier naar hun problemen te kijken en negatieve gedachten om te zetten naar positieve gedachten. De ELP zoeken ook mee naar goede oplossingen en naar geschikte hulp wanneer deze nodig blijkt.

### **7.16 Succesfactoren**

De inbedding van de ELP in het aanmeldingsteam Netwerk GGZ Kempen versterkt de samenwerking en de afstemming met andere klinische partners in de regio en maakt dat de ELP goed zicht hebben op de sociale kaart van de regio. Daarnaast zorgt het ervoor dat de ELP kunnen terugvallen op een heel team

van professionelen om te overleggen over bepaalde casussen. In de beginjaren werd de ELPF vervuld door 2 ELP wat onderling overleg tussen beide ELP mogelijk maakte.

Dankzij de inbedding in het preventiecentrum, kunnen de ELP rekenen op de medewerkers van het centrum voor inhoudelijke, logistieke, communicatieve en IT ondersteuning. De ELP hoeven zich minder bezig te houden met praktische zaken en kunnen meer tijd besteden aan het begeleiden van patiënten en het ondersteunen van huisartsen en klinische partners.

In de eerste werkjaren werd de functie gedragen door twee ELP wat als een grote meerwaarde ervaren werd. De ELP konden onderling met elkaar overleggen over complexe casussen en er kon meer continuïteit in de zorg gegarandeerd worden.

Project Turnhout stelde lijst op van alle privétherapeuten uit de regio met vermelding van hun specialisatie (doelgroep, problematiek en therapieachtergrond). Deze lijst is vrij toegankelijk en kan geraadpleegd worden op de portaalsite van de huisartsenvereniging.

De huisartsen van Turnhout beschouwen het ELPF-project als een meerwaarde. Ze kunnen patiënten met psychische klachten verwijzen en winnen zo aan consultatietijd. De samenwerking tussen de huisartsen en de ELP verloopt goed. Huisartsen beschouwen de ELP als collega's, die zorgvuldig werken, belangrijke informatie betreffende hun patiënt terugkoppelen, waar ze terecht kunnen voor advies en die geregeld informatiesessies geven.

Daarnaast investeren de ELP van Turnhout veel tijd in het ondersteunen en coachen van andere klinische partners uit de regio. Zij kunnen altijd bij de ELP terecht voor advies over bepaalde patiënten.

Doordat de ELP van Turnhout het aantal behandelsessies beperkt houdt, kunnen patiënten meestal binnen de week bij de ELP terecht. Dit zorgt er tevens voor dat het percentage no shows miniem is. Wanneer een patiënt niet komt opdagen voor een consult, onderneemt de ELP de nodige stappen om te achterhalen wat hiervoor de reden is en wordt ook de huisarts op de hoogte gebracht.

Dankzij de uitgebreide intake kunnen de ELP een goede inschatting maken van de problematiek en de patiënt meestal correct verwijzen. Patiënten komen bijgevolg meteen op de juiste plek terecht en worden niet van het kastje naar de muur gestuurd.

### **7.17 Knelpunten**

De inbedding van de ELP in het aanmeldingsteam is niet evident. De ELP kunnen daardoor slechts 60% van hun tijd spenderen aan het begeleiden van patiënten. Hierdoor ligt de werkdruk hoog: de ELP kloppen geregeld overuren en moeten flexibel zijn om de verschillende taken te kunnen uitvoeren. Daarom ook werd ervoor gekozen om het aantal behandelsessies voor de meeste patiënten te beperken tot twee. Echter, deze keuze maakt dat de ELP van Turnhout vooral een dispatch functie en weinig of geen patiënten verder helpen met kortdurende begeleiding. Quasi alle patiënten (92%) worden door de ELP verwezen naar een andere voorziening. Het is voor veel klinische partners ook niet duidelijk wat het verschil is tussen de ELP en de werking van het aanmeldingsteam, gezien beide een gelijkaardige taak opnemen: patiënten verwijzen naar gepaste zorg.

Dit maakt dat de ELP de tweede en de derde lijn helemaal niet ontlast. In de Kempen is de capaciteit van het GGZ-aanbod beperkt. Verschillende voorzieningen in Turnhout kampen met wachtlijsten die tot enkele maanden kunnen oplopen. Het moet dus de taak van de ELP zijn om met kortdurende begeleiding een verwijzing naar deze voorzieningen te voorkomen. Ook klinische partners geven aan dat de 1 à 2

gesprekken die de ELP aanbieden voor veel mensen niet volstaan en besluiten net daarom om geen patiënten bij de ELP aan te melden.

Project Turnhout heeft ondertussen hun manier van werken aangepast: de ELP zijn niet langer ingebed in het aanmeldingsteam van het Netwerk GGZ de Kempen en patiënten ontvangen indien nodig meer dan 2 behandelsessies.

Daarnaast is ook de beschikbaarheid een belangrijk aandachtspunt. Het aantal ELP moet veel beter afgestemd worden op de noden van de regio (bv., op het aantal actieve huisartsen). In Turnhout is één FTE te weinig om een gebied met 180 huisartsen te ondersteunen – daarvoor zijn minstens 2,5 FTE nodig. Als meerdere ELP voorhanden zijn, kunnen er ook consulten in de antenneposten van het preventiecentrum aangeboden worden. Dit zou de bereikbaarheid van de ELP voor veel mensen verhogen en wellicht de drempel verder verlagen.

De beperkte capaciteit zorgt bij de ELP ook voor een hoge werkdruk en maakt dat er weinig tijd overblijft om de andere kerntaken te vervullen (uitbouwen van groepsessies).

Er is nood aan een goed elektronisch registratiesysteem: niet te uitgebreid maar voldoende om de meest relevante patiëntgegevens mee te registreren.

Wanneer de ELPF in de toekomst verder in Vlaanderen wordt uitgerold, zou het zinvol zijn om: (1) een beroepsgroep op te richten met intervisiemogelijkheid, (2) opleidingen en vormingen specifiek voor de ELP te organiseren, (3) een platform voor good practices te creëren en (4) een systeem uit te werken voor de terugbetaling van erkende ELP.



## Hoofdstuk 7

### Conclusies en en aanbevelingen

Op basis van de doorlichting en evaluatie van de zeven projecten ELPF in de periode augustus 2012 tot juli 2015 komen we tot conclusies en aanbevelingen voor het beleid. Achtereenvolgens geven we een antwoord op vragen met betrekking tot volgende thema's:

- De kerntaken van de ELP
- De kortdurende behandeling
- Het functieprofiel van de ELP
- De situering van de ELP in het netwerk
- De samenwerking van de ELP met de huisarts
- De organisatie en financiering van de ELPF
- De waardering van de ELP

De tijdsspanne waarin het onderzoek plaatsvond gaf gelegenheid tot een grote evolutie in de praktijken en in de visies hier op. We ronden deze tekst af met een einddiscussie in de stuurgroepvergadering van 14 oktober 2015. We proberen hierbij een status quaestionis te geven die niet alleen rekening houdt met de vastgestelde resultaten van alle systematische bevragingen en evaluaties zoals weergegeven in dit rapport, maar ook met de evoluties in de praktijken en visies en de vooruitzichten van de projecten in hun omgeving.

Hierbij houden we ook rekening met de grote variatie tussen de projecten. Het onderscheid tussen de situering in een grootstedelijke context versus een kleinstedelijke of landelijke omgeving is hierbij vooral van belang, naast andere kenmerken van de regio zoals de nood aan en de vraag naar psychologische interventies en de aard van het bestaande aanbod.

#### 1 Conclusie

##### 1.1 De kerntaken van de ELP

In deze eerste rubriek focussen we op:

- De kerntaken van de ELP
- Welke plaats crisisinterventies hierin krijgen
- Welke plaats een groepsaanbod hierin heeft
- Hoe aangekeken wordt tegen verschillen tussen de regio's in het takenpakket

###### 1.1.1 De kerntaken van de ELP

De kerntaken van de ELP kunnen als volgt omschreven worden: kortdurende behandeling, detectie en verwijzing, psycho-educatie, coachen van eerstelijns werkers, netwerking met het oog op de ontwikkeling van een inhoudelijke sociale kaart van het GGZ hulpverleningsaanbod.

In de zeven projecten stellen we vast dat de ELP zich in hoofdzaak gericht hebben op het begeleiden van patiënten terwijl de andere taken meer op de achtergrond kwamen. Deze nadruk op de kortdurende

behandeling beantwoordt aan de opdracht van de overheid. Daarnaast spelen de grote nood op het terrein en wellicht ook de basisopleiding van de klinisch psycholoog een rol. De opleiding was immers tot nog toe vooral gericht op individuele hulpverlening en besteedde minder aandacht aan andere competenties zoals psycho-educatie en groepsgericht werken (zie opleidingsnoden, p. 163).

De individuele behandeling gaat noodzakelijkerwijze ook gepaard met een aantal administratieve en organisatorische taken zoals het registreren van gegevens van de assessment in het kader van de monitoring van de evoluties en evaluatie van de interventies bij iedere patiënt, een kort verslag schrijven voor de huisarts, een kort overleg met de huisarts, afspraken maken, etc. Deze taken zijn noodzakelijk voor een goede opvolging van de interventies en dienen bijgevolg ook de nodige aandacht te krijgen in de uitbouw van de ELPF en in de opleiding van ELP

Het feit dat in de zeven projecten vooral gevraagd werd naar individuele behandelingen kan te maken hebben met de beginsituatie, waarin huisartsen al de in hun praktijk aanwezige “probleemgevallen” bij de start van het project naar de ELP doorstuurden. Dit is mogelijk te wijten aan de ondoorzichtigheid van het GGZ-landschap voor de huisarts, waardoor de ELP voor de huisarts de ideale toegangspoort tot de GGZ werd. Deze toeloop kan in de loop van de tijd afnemen: enerzijds omdat huisartsen na verloop van tijd hun patiënten meer gespreid in de tijd zullen doorsturen. Anderzijds zal de sterke toeloop wellicht afnemen omdat de huisarts door de samenwerking met de ELP zelf ook een aantal kortdurende psychologische interventies in zijn consultatie leert opnemen al dan niet in overleg met de ELP. Afhankelijk van de lokale noden en van het aanwezige aanbod zal iedere ELP praktijk ook andere accenten kennen. In Brussel doen de ELP uitsluitend aan behandeling, in Aalst en Maasmechelen bieden de ELP ook groepsessies aan, in Poperinge besteedt de ELP veel tijd aan het ondersteunen van andere hulpverleners, etc.

Naast het begeleiden van patiënten, behoort netwerking in functie van de ontwikkeling van een inhoudelijke sociale kaart, tot de kerntaak van de ELP. Netwerking heeft als resultaat dat de ELP goed is afgestemd op de andere zorgverstrekkers in de regio. Het is een onontbeerlijke voorwaarde voor een goede werking van de ELPF en dit om volgende redenen:

- Het maakt een vlotte samenwerking met andere partners in de eerste, tweede en derde lijn mogelijk.
- Het bevordert de continuïteit in de zorg wanneer men – met respect voor de privacy en voor ethische principes – informatie deelt.
- Het garandeert een goede afstemming tussen lokale actoren waardoor overlap in het zorgaanbod wordt vermeden. Sommige ELPF-taken zoals bijvoorbeeld groepscursussen en psycho-educatie, worden mogelijks al door andere actoren in de regio opgenomen.
- Het draagt bij tot een goede afstemming van het aanbod op de noden in de regio.
- Het ontwikkelen van een netwerk voor intervisie, nascholing in functie van lokale behoeften draagt bij tot de deskundigheidsbevordering van de ELP.

### 1.1.2 Crisisinterventie

Uit het onderzoek bleek dat er in de praktijk verschillende interpretaties van het begrip ‘crisisinterventie’ gangbaar zijn. De stuurgroep wenst een duidelijk onderscheid te maken tussen de functie van ‘crisisinterventie’ enerzijds en een ‘dringende interventie’ anderzijds.

Crisisinterventie is vereist bij (soms) levensbedreigende situaties waarbij er onmiddellijk moet ingegrepen worden. De eerste opvang van dergelijke crisissituaties is de hoofdopdracht van specifieke

diensten zoals de PAAZ, een spoeddienst of mobiel team. Hierover zijn in iedere regio afspraken gemaakt. De ELPF heeft crisisinterventie in deze betekenis van het woord dus niet als kerntaak: de ELP is geen crisisinterventiedienst.

Dat neemt niet weg dat de ELP wel geconfronteerd wordt met crisissituaties die zich voordoen in de huisartspraktijk en waarbij hij de huisarts ondersteunt in zijn rol. Deze taak bestaat erin dat de ELP mensen in nood, die zich onaangemeld presenteren, ook verder helpt met een eerste dringend gesprek. Net zoals de huisarts zal de ELP in de context van kortdurende interventies, assessment en psycho-educatie ook acute crisissituaties op het spoor komen, bv. bij dreigend suicidegevaar, bij gevaar voor intrafamiliaal geweld en mishandeling van kinderen. Het is de taak van de ELP om deze levensbedreigende situaties te onderkennen en de passende interventies of een dringende verwijzing naar een crisisinterventiedienst in het lokale netwerk te realiseren. Aangezien mensen die nood hebben aan een dringend gesprek op heel korte termijn bij de ELP moeten terecht kunnen, is het belangrijk dat de ELP hiervoor ruimte in de agenda laat.

### 1.1.3 Een groepsbenadering

Een aanbod van psycho-educatie in groep kan zeker een meerwaarde zijn en betekent een verruiming van het aanbod in een getrapte zorg. Zeker wanneer dit aangekondigd wordt als een educatie initiatief of als een cursus verlaagt men hiermee de drempel. Topics die zich hier sterk toe lenen zijn: slaapproblemen, omgaan met negatieve gedachten en assertiviteit. Bovendien zijn groepsessies efficiënt: er kunnen veel meer personen tegelijk geholpen worden. Groepsessies dragen ertoe bij dat de wachtlijsten waarmee veel ELP kampen, verkort worden. Voor sommige deelnemers blijken ze bij te dragen tot empowerment en hoeft een verdere behandeling niet meer.

De meeste pilootprojecten kwamen er de afgelopen jaren echter niet toe om groepsessies uit te werken. Mogelijks is dit te wijten aan het gebrek aan ervaring in groepswerking van de betreffende psychologen. Projecten die hier wel toe kwamen, merkten dat dit in de praktijk soms minder vlot loopt dan verwacht. Vaak zijn er onvoldoende geïnteresseerden op het moment van de aankondiging. Dit kan te maken hebben met het feit dat men nog te weinig georganiseerd is in de regio. Een ruime bekendmaking en samenwerking met andere initiatieven is immers noodzakelijk bij de organisatie van groepsessies, vooral in de meer landelijke omgevingen.

### 1.1.4 Diversiteit in het takenpakket over de regio's heen

Het is belangrijk dat er een duidelijke lijn zit in de opdracht van de ELPF. Daarom is het noodzakelijk dat de algemene doelstellingen van de ELPF en het functieprofiel van de ELP voor iedere regio dezelfde zijn. Eén aanbod ELPF uitwerken en als een keurslijf opleggen voor alle regio's in Vlaanderen is echter geen goede strategie. Elke regio wordt immers gekenmerkt door een eigen doelgroep en een apart GGZ-aanbod. Het is belangrijk om de verhouding tussen de verschillende taken van de ELP te laten bepalen door de noden van de regio. Rekening houdend met de doelgroep van de regio en na afstemming met het bestaande zorgaanbod zal de concrete invulling van de ELPF in elke regio een eigen mix van de vooropgestelde ingrediënten uit het takenpakket en profiel bevatten.

Ter illustratie, in grootsteden is het GGZ-aanbod omvangrijker wat de ELP verplicht om meer tijd te investeren in netwerking om zo een goede aansluiting met het bestaande zorgaanbod te bewerkstelligen. In landelijke gemeenten is het GGZ-netwerk dikwijls verschaald door de schaalvergroting van diverse diensten, waardoor er minder gelegenheid is tot verwijzing. Meer

samenwerking met privétherapeuten is daar noodzakelijk en de ELP is er ook verplicht om veel taken zelf op te nemen (een groepsaanbod uitwerken, inspringen bij crisissituaties, preventie, etc.).

## 1.2 Kortdurende behandeling

In deze tweede rubriek gaan we dieper in op:

- Het aantal aangeboden sessies
- Wat begrepen wordt onder een kortdurende behandeling
- De doelgroep van de ELP
- De problematieken waarmee de ELP vooral te maken krijgt

### 1.2.1 Aantal sessies

De ELP bieden kortdurende interventies aan. Het onderzoek leert dat 80% van de patiënten minder dan 5 sessies ontving en 19% tussen de 5 en 10 sessies.

In project Turnhout ziet men de patiënten in slechts één of twee gesprekken die vooral bestaan uit verwijzing naar tweedelijnsvoorzieningen. Kortdurende behandeling in de zin van probleemoplossende benaderingen, komen hier weinig of niet aan bod. Dit weerhoudt klinische partners ervan om patiënten bij de ELP aan te melden. Een verwijzingsfunctie als hoofdopdracht riskeert de druk op de tweede lijn te verhogen. Dit was niet de bedoeling van de ELPF.

Een kleine minderheid (2%) van de patiënten ziet men in meer dan 10 sessies. Dit gebeurt vooral om de wachperiode voor meer gespecialiseerde of langdurige zorg te overbruggen, om patiënten hierop voor te bereiden of om verwijzing te voorkomen.

### 1.2.2 De kortdurende behandeling

Tijdens de behandeling doet de ELP in eerste instantie aan **assessment en detectie**. De ELP tracht zich een goed beeld te vormen van de hulpvraag en de ernst van de problematiek, en in te schatten of verwijzing naar meer gespecialiseerde hulpverlening vereist is. Daarbij kijkt de ELP niet alleen naar de klachten, maar ook naar de krachten van de patiënt.

Momenteel maakt de ELP voor de assessment weinig of geen gebruik van screenings- of specifieke meetinstrumenten ter ondersteuning van zijn probleemverheldering. Aangezien er zeer veel bruikbare instrumenten bestaan, die ook een plaats kunnen krijgen in de gezamenlijke probleemverheldering met de patiënt en de huisarts, kan dit kan er op wijzen dat de ELP een beperkte kennis heeft over deze instrumenten en hun rol in het assessment.

Indien een verwijzing aangewezen is, zorgt de ELP ervoor dat de patiënt meteen op de juiste plaats in het netwerk terecht komt. De ELP probeert de patiënt ook te motiveren en voor te bereiden op noodzakelijke behandelingen.

In tweede instantie, biedt de ELP een **kortdurende generalistische behandeling** aan. Het is van cruciaal belang dat de ELP zoveel mogelijk patiënten via kortdurende behandeling verder helpt, waardoor verergering van de klachten en problemen en bijgevolg ook de nood aan meer gespecialiseerde zorg vermeden kan worden. Het doel van de behandeling is de krachten van mensen aanspreken en hun zelfredzaamheid bevorderen. De ELP doet dit door de gedachten en gevoelens van mensen te



herformuleren en de klachten te herkadereën en te verklaren, zodat mensen meer inzicht krijgen in de eigen problematiek.

Veel ELP maken gebruik van het KOP-model om de klachten te analyseren en te structureren. Het model biedt mogelijkheden om op een andere manier naar de situatie te kijken, focust op de krachten en sterktes van patiënten en laat hen zien welke aspecten van het probleem ze zelf kunnen aanpakken.

Ten derde, begeleidt de ELP de patiënten in hun zoektocht naar mogelijke oplossingen en geeft **bruikbare informatie, advies en tips** waarmee patiënten zelfstandig aan de slag kunnen (bv., tips om het slaappatroon te verbeteren, om de communicatie met gezinsleden te verbeteren, om het hoofd te bieden aan stressvolle situaties, etc.). De ELP doet hiervoor beroep op elementen uit verschillende op wetenschappelijke kennis gebaseerde therapieën (cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, oplossingsgerichte therapie, schemagerichte therapie, etc.). Voorts gebruikt de ELP vaak psycho-educatie en begeleide zelfhulp (bv., de Fit in je Hoofd website; de website “HSP Vlaanderen” voor hooggevoelige personen; het boek “loslaten” van Rogiers & Van den Abbeele, 2013; het boek “je wordt wat je denkt” van Inge Rock, 2013). Andere technieken die de ELP hanteert zijn: de patiënt geruiststellen en waar mogelijk de problematiek benoemen als een normale levenscrisis, de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag uitleggen, ontspanningsoefeningen aanleren, negatieve gedachten uitdagen, etc. Online interventies gebruikt de ELP weinig of niet. De meeste ELP zijn nog weinig vertrouwd met wat goede online interventies zijn.

Opvallend is dat het door de onderzoekers gepresenteerde overzicht van kortdurende interventies, die in het eigen taalgebied reeds in Nederland gangbaar zijn, bij aanvang van de projecten door de meeste ELP niet gekend was. Gaandeweg kwam er meer bijscholing op gang waarbij men nieuwe technieken ging verwerven of oude technieken in het kortdurende kader ging plaatsen. Deze evolutie komt pas goed op gang en dient o.i. verder ondersteund te worden met wetenschappelijke kennis en opleidingsinitiatieven.

### 1.2.3 De doelgroep van de ELP

Volgens de aanvankelijke visie biedt de ELP kortdurende behandeling aan bij niet-complexe psychische klachten. Patiënten met een ernstige problematiek behoorden bijgevolg niet tot de doelgroep tenzij de drempel voor een verwijzing naar de tweede lijn te hoog is. In de praktijk krijgt de ELP echter veel mensen met een ernstige en langdurige psychische problematiek over de vloer en de ervaring leert dat kortdurende interventies ook in deze context een waardevolle plaats hebben.

Tijdens het onderzoek werd er geregeld geopperd dat de ELP, net als de huisarts, een generalist moet zijn die alle doelgroepen met een psychische problematiek voor zijn rekening neemt. Dit betekent dat ook kinderen en jongeren tot de doelgroep moeten behoren. Zoniet wordt er een onderscheid gecreëerd tussen kinder- en volwassenpsychologen, terwijl deze opdeling in de praktijk vaag en artificieel is en ook geen rekening houdt met de nood aan continuïteit in de zorg over leeftijdsfasen heen.

Zowel in de landelijke als in de stedelijke regio's focust de ELP zich in het bijzonder op kwetsbare doelgroepen. Hier worden in de eerste plaats kansarmen en allochtone groepen onder begrepen. In vergelijking met de reguliere GGZ-voorzieningen heeft de ELP naar eigen zeggen meer voeling met kwetsbare groepen en weet hij patiënten te bereiken die anders nooit in de GGZ zouden terecht komen. De onderzoeksresultaten tonen aan dat de Brusselse ELP meer in aanraking komen met kansarme en allochtone groepen dan de ELP uit de andere regio's. We stellen echter vast dat naast kansarme en

allochtone groepen ook andere bevolkingsgroepen een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor het ontwikkelen van psychische problemen (bv., ouderen en chronisch zieken).

Ook mensen met een ernstige en langdurige psychische problematiek kunnen baat hebben bij een kortdurende behandeling, zoals bijvoorbeeld motivationele gespreksvoering om een noodzakelijke behandeling te aanvaarden. Het CGG of het CAW zijn veelal beter geplaatst om mensen met blijvende psychosociale problemen langdurig op te volgen. Het is noodzakelijk om steeds opnieuw goede afspraken te maken samen met de huisarts en de andere betrokkenen over de rol die eenieder opneemt in de begeleiding van deze personen. Ook de ondersteuning van de mantelzorgers verdient in deze context extra aandacht.

Doordat het aanbod van de ELP momenteel niet in verhouding staat tot de grote vraag, zijn de ELP verplicht om de doelgroep af te bakenen en voorrang te geven aan personen met de grootste nood. In verschillende projecten krijgen huisartsen daarom de instructie om niet-kapitaalkrachtige patiënten naar de ELP door te verwijzen en kapitaalkrachtigen naar een privétherapeut. De prijs van een consultatie bij een privétherapeut is momenteel immers een veelvoud van het maximumtarief bij de ELP. Het mag echter niet de bedoeling zijn om met de ELP enkel in te spelen op de financiële drempel van een psycholoogbezoek. De ELP verlaagt veel andere drempels die ook kapitaalkrachtigen ervan weerhouden om naar een psycholoog te gaan. Idealiter moeten zowel niet-kapitaalkrachtigen als kapitaalkrachtigen bij de ELP terecht kunnen.

De inbedding van de ELP bepaalt welke doelgroep bereikt wordt. Zo bereikt een ELP die gehuisvest is in een WGC dat gesitueerd is in een wijk met veel kansarmen, een heel ander publiek dan een ELP die bv. ingebed is in een huisartsenpraktijk in een wijk waar deze doelgroep weinig aanwezig is.

Samengevat: de ELP is een generalist die van alle markten thuis is voor een aanbod van kortdurende behandeling, psycho-educatie of coaching, detectie en monitoring van psychische problemen in de eerste lijn. Hij is de GGZ expert die de huisarts en andere disciplines ondersteunt met wetenschappelijke kennis en met het overzicht van het netwerk, in zijn omgang met alle doelgroepen. Hij doet dat in een takenpakket dat complementair is met het aanbod in de regio waarin hij werkzaam is.

### 1.2.4 Problematieken voor de ELP

Hoewel de ELP volgens de oorspronkelijke visie enkel mensen met een niet-complexe problematiek zou behandelen, vertoont de feitelijke doelgroep ernstige psychische klachten. Uit de resultaten afkomstig van de BSI blijkt namelijk dat de patiëntenpopulatie klachten heeft die wat de ernst betreft vergelijkbaar zijn met de klachten die ook door een klinische steekproef gerapporteerd worden. De patiënten die zich bij de ELP aanmelden hebben dus geen milde klachten.

De resultaten van de BSI tonen tevens aan dat de klachten uiteenlopend van aard zijn. Patiënten komen niet enkel met een depressie naar de ELP. De meest voorkomende problemen zijn: aanpassingsproblemen (bij 47% van de patiënten), stemmingsproblemen (34%), relationele problemen (31%) en angstproblemen (27%). Met aanpassingsproblemen worden problemen bedoeld die het gevolg zijn van stress, burn-out, trauma, rouw, etc.

Ook mensen met ernstige en langdurige psychische problemen komen wel vaker bij de huisarts. Zij kunnen te maken krijgen met een tijdelijke heropflakking van hun problematiek of met nieuwe problemen die al dan niet te maken hebben met levenscrisisen. Uit het onderzoek bleek dat zij eveneens baat kunnen hebben bij het kortdurende aanbod in de eerste lijn. Wanneer de klachten toch te zwaar blijken voor een kortdurende behandeling of wanneer een herval van een ernstige

psychiatrische problematiek zich voltrekt, is een verwijzing naar de (vroegere hulpverleners in de) gespecialiseerde GGZ vaak passend. Ook dan is de ELP in samenwerking met de huisarts goed geplaatst om de verwijzing in goede banen te leiden en op te volgen.

### 1.3 Het functieprofiel van de ELP

We beschrijven hieronder het typische functieprofiel van de ELP en de opleidingsnoden die we in het onderzoek konden vaststellen.

#### 1.3.1 Het functieprofiel van de ELP

In het werkveld heerst er een grote eensgezindheid over de eigenschappen en de competenties waarover de ELP idealiter beschikt. De ELP:

- Is vertrouwd met de brede waaier aan psychische problemen van alle doelgroepen in de eerste lijn.
- Beschikt over communicatieve gespreksvaardigheden om alle doelgroepen tegemoet te treden op een vraaggerichte en respectvolle manier.
- Kan snel verbinding maken met patiënten, is meelevend, niet veroordelend, respectvol en begripvol.
- Is specialist in detectie en assessment van psychische problemen: hij kan de aard en de ernst van de problematiek goed inschatten.
- Is vertrouwd met de bestaande kortdurende interventies en in staat om in functie van de noden en de voorkeuren van de patiënt interventies toe te passen.
- Is vertrouwd met de bestaande mogelijkheden op het vlak van groepswerking en zelfhulp om de patiënt hierover op zijn maat te informeren en te motiveren.
- Kan groepssessies organiseren, leiden en opvolgen.
- Kan de sociale kaart van het aanbod in de regio goed overzien en kan een positieve samenwerking bewerkstelligen met de partners.
- Is flexibel ingesteld – de ELP werkt namelijk met veel cases tegelijk naast de vele andere taken (zoals bv. relaties met het netwerk onderhouden, informatie-uitwisseling met de huisarts, registratie en monitoring, etc.).
- Kan vlot omgaan met de onvoorziene situaties en vragen met betrekking tot psychische problemen die zich in de huisartspraktijk voordoen.
- Werkt zo efficiënt mogelijk om de grote vraag te kunnen beantwoorden.
- Kan zelfstandig werken. Op dit moment kan de ELP zich niet beroepen op collegae-ELP en moet hij voor zichzelf een werkkader uittekenen.
- Is een teamspeler (in de relatie met de huisarts) en een netwerker (in de relatie met het lokale aanbod).

#### 1.3.2 De opleidingsnoden

De voorbije jaren werd er fel gediscussieerd over het basisdiploma van de ELP. Initieel waren velen van mening dat de ELP een master in de psychologie moet zijn, met een vijftal jaar ervaring in de GGZ. Dit was tevens een van de selectiecriteria waarop de ELP werkzaam in de pilootprojecten werden aangeworven. Bijgevolg waren we niet in de gelegenheid om ELP met een ander basisdiploma zoals praktijkgerichte bachelor in de psychologie, onderzoeksmatig op te volgen. Ook het opleidingslandschap

kwam de afgelopen maanden in beweging. De psychologie-opleidingen werken aan aanpassingen van hun programma waardoor de toekomstige masters sterker voorbereid zullen zijn op het eerstelijnswork. Het lijkt ons bijgevolg voorbarig om nu reeds te stellen dat een master in de psychologie een exclusieve voorwaarde is om de functie van ELP naar behoren te kunnen uitoefenen. Welke criteria er dan wel moeten gelden is dan de volgende vraag.

Duidelijk is wel dat de specifieke competenties en de kennis die eigen zijn aan de ELP momenteel onvoldoende vervat zitten in zowel de master opleiding in de psychologie als de meeste postacademische psychotherapieopleidingen. De bestaande opleidingen vertrekken nu veelal vanuit het traditionele ziekte-genezingsmodel en zijn vooral gericht op het aanbieden van specialistische therapeutische behandelingen die eerder in de tweede lijn thuis horen. De ELP daarentegen gaat uit van een gezondheidsmodel en past kortdurende interventies toe. De monitoring van de resultaten van deze interventies maken deel uit van het assessment in de context van een getrapte zorg. We stellen vast dat momenteel verschillende basisopleidingen volop inzetten op het aanpassen van hun opleidingspakket in functie van de ELP en dat er ook een postacademische opleiding specifiek voor de ELP in de maak is. Vlaanderen telt ook een aantal gevestigde opleidingscentra die psychotherapeutische programma's aanbieden gericht op kortdurende behandeling en oplossingsgerichte therapie (bv., Korzybski Instituut, Interactie-Academie).

Tijdens het onderzoek werden een aantal belangrijke thema's naar voor geschoven waar de opleidingen op moeten inspelen:

- Detectie, assessment en monitoringsinstrumenten bruikbaar in de eerste lijn
- Kortdurende psychologische interventies
- Psycho-educatie individueel of in groep
- Samenwerken in een netwerk met professionele hulpverleners (huisartsen, GGZ) en informele zorgverstrekkers (mantelzorgers, vrijwilligers)
- Cultuursensitieve zorgmodellen
- Werken met kansarmen
- Online interventies

De ELP gaven aan dat ze grote nood hebben aan korte praktijkgerichte thematische vormingen. Naast vorming hebben de ELP ook behoefte aan supervisie en intervisie met andere ELP. Wanneer de ELPF in de toekomst verder in Vlaanderen wordt uitgerold, is het belangrijk om de nodige middelen uit te trekken voor bijscholing. Voorts zou het zinvol zijn om een beroepsgroep met intervisiemogelijkheid op te richten en een platform voor good practices te creëren.

### **1.4 De situering van de ELP in het netwerk**

De ELP zou in het netwerk een laagdrempelig aanbod moeten voorzien en snel beschikbaar en vlot bereikbaar moeten zijn. Daarnaast zou de ELPF binnen de getrapte zorg een duidelijke plaats moeten innemen binnen "de netwerken vermaatschappelijking GGZ" (zogenaamde artikel 107). We beschrijven hieronder onze conclusies en aanbevelingen in dit verband.

#### 1.4.1 De ELP: laagdrempelig, snel beschikbaar en vlot bereikbaar

De onderzoeksresultaten tonen aan dat de ELP om verschillende redenen voor patiënten laagdrempelig en toegankelijk is, meer bepaald:

- Hij is gehuisvest op locaties die centraal gelegen en goed bereikbaar zijn;
- werkt in een niet-psychologische setting waardoor patiënten minder stigma ervaren;
- is binnen de 2 weken beschikbaar voor een gesprek;
- werkt kortdurend (gemiddeld 5 gesprekken);
- werkt nauw samen met de huisarts waarmee mensen doorgaans een sterke vertrouwensband hebben;
- hanteert een laag tarief of werkt gratis;
- biedt indien nodig een passend aanbod aan patiënten die behoren tot cultureel of etnische minderheidsgroepen, bijvoorbeeld door het inschakelen van een tolk.

Deze randvoorwaarden dragen ertoe bij dat de ELPF mensen zeer laagdrempelig toegang biedt tot psychologische interventies. Dat de stap naar de ELP in een vroeger stadium gezet wordt, draagt ertoe bij dat erger voorkomen wordt. Ook de zelfredzaamheid van de personen met psychische problemen en hun omgeving worden versterkt. Heel wat problemen kunnen door deze benadering een oplossing vinden en een verwijzing naar de tweede lijn komt er enkel voor die personen waarbij de kortdurende interventies niets of onvoldoende opleveren.

Hoewel de ELP nu reeds zeer toegankelijk is, kan de drempel nog verder verlaagd worden door consultaties na de werkuren en vrije consultaties zonder afspraak mogelijk te maken. In de meer landelijke regio's kan het creëren van meerdere antennepunten een oplossing bieden voor het probleem van de bereikbaarheid. Om de ELP laagdrempelig te houden is het absoluut noodzakelijk dat het aantal beschikbare ELP in verhouding staat tot de vraag. Laagdrempelig betekent dat patiënten snel – bij voorkeur binnen de 2 weken – bij de ELP terecht kunnen.

Een grote laagdrempeligheid heeft ook een keerzijde. Het leidt onvermijdelijk tot meer “no shows” en “drop out”: mensen die niet komen opdagen voor een afspraak of doorheen het behandeltraject afhaken. Door een professioneel uitgevoerd overleg door de huisarts waarin alle mogelijke opties worden voorgesteld (dus ook de optie om helemaal niet naar een hulpverlener/ELP te gaan om aan de problemen te werken) zal het aantal drop outs of no shows naar verwachting afnemen. Ook een herinnering per sms of telefoon kan hierop inspelen. En verder dienen ELP over voldoende flexibiliteit te beschikken om met dit soort situaties constructief om te gaan.

#### 1.4.2 De situering van de ELPF in een getrapte zorg

Getrapte zorg binnen de GGZ staat voor een weloverwogen inzet van behandelcapaciteit, waarbij interventies gerangschikt worden naar intensiteit over de verschillende settings heen. In functie van de kenmerken van de patiënt, kiest men voor de minst intensieve en minst restrictieve behandeling. Er wordt gestreefd naar minimale zorg waar mogelijk en maximale zorg waar nodig (Everaerts, 2007; Meeuwissen & Donker, 2004; Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). Aan patiënten met een hulpvraag biedt men in de eerste plaats de minst intensieve interventie aan die past bij de aard en de ernst van de klachten (De Maeseneer et al., 2014). Pas wanneer dit onvoldoende blijkt, wordt er overgeschakeld naar meer gespecialiseerde zorg.

Concreet betekent dit dat de huisarts en de ELP deel uitmaken van de eerste schakel in de GGZ zorgketen. Zij bieden samen met andere partners zoals het CAW de eerste opvang aan patiënten met psychische klachten, maken een eerste inschatting van de ernst en de aard van de problematiek en bieden psycho-educatie en kortdurende behandeling aan. Wanneer deze interventies niet volstaan, zorgt de ELP voor een gerichte verwijzing. Binnen projecten verwees de ELP iets meer dan de helft van de patiënten (56%) door naar meer gepaste zorg. Bijna de helft van de patiënten is dus verder geholpen met kortdurende generalistische zorg. Partners waar de ELP naar verwijst zijn zeer divers, gaande van psychosociale hulpverlening door andere eerstelijnsactoren zoals het CAW, OCMW, opvoedingswinkels of meer gespecialiseerde hulpverlening in 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn, zoals het CGG, psychiaters, privétherapeuten, organisaties die loopbaan- en trajectbehandeling aanbieden, mobiele teams, kinesitherapeuten, slachtofferhulp, pijnklinieken, relatietherapeuten, etc.).

In geval van een ernstige en langdurige problematiek zal de huisarts ook vaak op lange termijn de patiënt volgen in de verschillende levensfasen en fasen van zijn ziekte. De positieve samenwerking met de ELP op zich, biedt een onderbouwing van de deskundigheid van de eerstelijns-ggz-rol van de huisarts. Door de taken die de ELP opneemt krijgt de huisarts een op psychologische kennis gebaseerd overzicht van de inhoud en de resultaten van het traject van de patiënt, kan hij de aanpak in iedere fase samen met de ELP plannen, uitvoeren en monitoren en wordt zijn rol in het netwerk sterker. De huisarts krijgt door de samenwerking ook een beter zicht op de beschikbare voorzieningen en kan gerichter verwijzen.

De ELP is dus een spilfiguur tussen de eerste en de tweede lijn – hij versterkt het contact tussen de hulpverleners op de verschillende lijnen. Hierdoor geeft hij vorm aan getrapte zorg.

In de praktijk echter belemmeren twee factoren een goede afstemming van de eerste en de tweede lijn. Ten eerste beschikken bepaalde regio's over een beperkt en/of verzaaid GGZ-aanbod. Voorzieningen kampen met wachtlijsten en/of hanteren exclusiecriteria, waardoor verwijzing moeilijk verloopt en gespecialiseerde zorg op korte termijn niet altijd mogelijk is. De ELP voelen zich soms verplicht om deze wachtperiode te overbruggen en patiënten langer in behandeling te nemen. Ten tweede is het uitbouwen van een goed netwerk noodzakelijk enerzijds om een goede afstemming met lokale actoren mogelijk te maken zodat overlap in het zorgaanbod vermeden wordt; en anderzijds opdat de ELP een goede kennis ontwikkelt van de sociale kaart in de regio. Dit is van cruciaal belang om een goede verwijzing van patiënten te realiseren. Kennismaking en overleg met andere klinische partners is hiertoe een vereiste. Door de grote vraag naar individuele consultaties blijft er nu voor veel ELP geen tijd over om zijn netwerk sterker uit te bouwen. Bij een bredere uitrol is het daarom belangrijk om ook hier tijd en middelen voor uit te trekken.

We concluderen dat de ELP het potentieel heeft om getrapte zorg in de praktijk mogelijk te maken, mits de tweede lijn voldoende beschikbaar is en mits voldoende tijd en middelen voor netwerking worden voorzien.

### 1.4.3 Plaats in de zorgnetwerken van Artikel 107

In het kader van Artikel 107 wordt de GGZ in België grondig hervormd ([www.psy107.be](http://www.psy107.be)). Kort samengevat houdt deze hervorming het volgende in:

- Een verschuiving van financiële middelen vanuit de residentiële zorg naar (ambulante) alternatieve zorgvormen.
- Het versterken van de samenwerking tussen verschillende partners uit de eerste, tweede en derde lijn die werken met mensen met een psychische problematiek.

- Een herstelgerichte visie op zorg die het persoonlijke herstelproces van de patiënt centraal stelt.
- Een meer evenwichtige verdeling tussen ambulante, outreachende en residentiële zorg in een getrappt zorgmodel binnen werkingsgebieden.
- Een netwerk van partners dat zorgt voor een efficiënte opvolging van patiënten, continuïteit van zorg en een betere kwaliteit van zorg.

Concreet betekent dit dat een zorgregio 5 sleutelfuncties moet invullen:

- Functie 1 heeft betrekking op alle activiteiten inzake preventie en promotie van geestelijke gezondheid en vroegdetectie, screening en diagnosestelling.
- Functie 2 heeft betrekking op de ambulante mobiele behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen.
- Functie 3 heeft betrekking op de revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.
- Functie 4 gaat over intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.
- Functie 5 is van toepassing op specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

De ELPF maakt deel uit van en geeft invulling aan functie 1 van Artikel 107. Voor beide functies behoren vroegdetectie, screening en verwijzing tot de te realiseren opdrachten. Groepslessen in psycho-educatie horen duidelijk thuis bij geestelijke gezondheidspromotie en door problemen zeer vroegtijdig aan te pakken met psycho-educatieve interventies en tips, wordt hierdoor ook preventief gewerkt.

Samenvattend en vooral op grond van de ervaringen en evaluatie in het project Kempen en project Poperinge, kan men stellen dat de ELP in het netwerk een rol heeft in functie 1 van Artikel 107. Het is dan ook belangrijk dat de bestaande netwerken 107 hun aanbod en werking afstemmen op de ELPF. We benadrukken dat de ELPF meer is dan een verwijzingsfunctie en niet gelijk gesteld mag worden met het aanmeldingsteam van het hele GGZ netwerk.

### **1.5 De samenwerking van de ELP met de huisarts**

Huisartsen ervaren de ELP als een belangrijke toegevoegde waarde. Dankzij de ELP is er op de eerste lijn een expert aanwezig op het vlak van psychische problematieken en GGZ. Dit is immers een domein waarin veel huisartsen nog steeds een grote nood ervaren en een tekort aan competentie rapporteren. De samenwerking tussen de ELP en de huisarts verliep in alle projecten constructief. Beide actoren zien de competenties van de ELP als een complementaire aanvulling op de competenties van de huisarts. Voor de ELP is de huisarts ook meer dan een verwijzer – hij is een samenwerkende partner met duidelijke verwachtingen. Omgekeerd, is de ELP – net als de diëtist en de kinesist – een belangrijke partner voor de huisarts.

Daarnaast rapporteren huisartsen dat ze dankzij de coachende rol van de ELP veel bijleren over psychische problemen en meer vertrouwd worden met het bestaande netwerk van zorgorganisaties in de regio. Huisartsen zijn in de mogelijkheid om het nodige advies te vragen aan de ELP en ook de terugkoppeling van informatie van de ELP naar de huisarts werkt verrijkend. Dit alles stelt huisartsen in staat om psychische problemen beter te herkennen en gaandeweg patiënten met lichte psychische problemen zelf verder te helpen. Zo geven huisartsen aan dat ze minder geneigd zijn om slaapmedicatie of antidepressiva voor te schrijven, doordat psychologische interventies nu meer binnen handbereik liggen.

De ELP koppelt voor het merendeel van de patiënten (95%) informatie terug naar de huisarts, meestal (56%) via mail of per brief. In verschillende projecten maken de ELP gebruik van het Medibridge meditoel systeem om de verslaggeving naar de huisarts door te sturen. Het verslag komt zo rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier van de patiënt terecht.

De informatie die de ELP terugkoppelt is eerder beperkt. De ELP wisselen vooral identificatiegegevens van de patiënt uit en informatie over de aanvankelijke klachten. Huisartsen geven echter aan dat ze ook informatie wensen te ontvangen over de gestelde diagnose of de probleemdefiniëring, het verloop van de behandeling of behandeling, het uiteindelijke resultaat van de behandeling en de gemaakte vervolgspraken. Het is belangrijk dat de huisarts op deze informatie kan terugvallen wanneer zich bij de patiënt een nieuwe episode voordoet. De huisartsen ervaren de uitwisseling van dit soort informatie niet alleen als leerrijk. Bij mensen die een langdurige problematiek ontwikkelen zal het overigens in de toekomst belangrijk zijn om te kunnen reconstrueren wat er in het verleden al aan interventies heeft plaatsgevonden en met welk resultaat. De huisarts kan op deze wijze ook in de toekomst zijn rol als spilfiguur in de eerstelijnsgezondheidszorg beter opnemen.

De huisarts heeft binnen de ELPF drie belangrijke taken. Ten eerste, bepaalt hij of een patiënt baat heeft met een kortdurende behandeling of beter rechtstreeks in de tweede lijn wordt aangemeld. Ten tweede, informeert hij de patiënt over de rol van de ELP: uitleggen waar de ELP gehuisvest is, dat een consultatie betaalbaar is en dat de ELP slechts een korte wachttijd heeft. De huisarts maakt ook duidelijk dat het niet de bedoeling is om langdurig bij de ELP in behandeling te gaan, maar dat de ELP enkel kortdurend behandelt en er bij ernstige klachten voor zorgt dat de patiënt bij de juiste hulpverleningsorganisatie terecht komt. Ten derde, motiveert hij de patiënt om de stap naar de ELP te zetten en legt hij idealiter een eerste afspraak voor de patiënt vast. In veel projecten werkt de ELP met een online agenda, waar huisartsen rechtstreeks een afspraak kunnen inplannen. Dit werkt voor patiënten drempelverlagend, maar houdt wel het risico in van no show. Dit probleem kan bijvoorbeeld opgevangen worden door een eerste afspraak online vast te leggen maar voor de tweede afspraak het initiatief te laten bij de patiënt. Ook een herinnering per mail, telefoon of sms behoort tot de mogelijkheden.

Het zou interessant zijn voor de samenwerking huisarts - ELP om te voorzien in gezamenlijke opleidingen van de huisartsen en de ELP, zodat beide beroepsgroepen al van tijdens de studie jaren op elkaar zijn afgestemd en elkaar zien als samenwerkende partners.

## **1.6 De organisatie en financiering van de ELPF**

In deze zesde rubriek behandelen we zeven topics met betrekking tot de organisatie, de financiering en de verdere uitrol van de ELPF in Vlaanderen: het aantal ELP, de aanmeldingsprocedure, de werkplaats, de inbedding, de structurele omkadering, de registratie en monitoring en de terugbetaling.

### **1.6.1 Aantal ELP in Vlaanderen**

Het lijkt geen twijfel: in alle projecten is de ELPF een groot succes. Er is veel vraag naar behandeling – in die mate zelfs dat de meeste ELP de grote vraag niet kunnen beantwoorden, met alle gevolgen van dien:

- Sommige ELP zien zich genoodzaakt om met wachtlijsten te werken om zo het hoofd te bieden aan de overbevraging. Wanneer de wachttijd echter oploopt tot 3 à 4 weken, haken veel



patiënten af. In de eerste lijn mag er geen wachtlijst zijn – mensen moeten er snel terecht kunnen voor een eerste advies. Zoniet schiet de ELP zijn doel voorbij.

- De ELP zelf geraakt chronisch overbelast wat soms aanleiding geeft tot burn-out.
- De ELP wordt gedwongen om uitsluitend in te zetten op individuele behandelingen, waardoor de andere opdrachten, die eveneens belangrijk zijn, naar de achtergrond verschuiven.

We concluderen dat de grote vraag de reële nood aan een ELPF in Vlaanderen weerspiegelt. De ELPF is duidelijk een succesformule, maar het aantal ELP staat momenteel niet in verhouding tot de grote vraag. Het is van cruciaal belang om het aantal ELP af te stemmen op de noden van de regio. De ELP zou in principe even bereikbaar moeten zijn voor patiënten met psychische problemen als de huisarts voor patiënten met medische problemen. Het aantal huisartsen per regio is bijgevolg een eerste, belangrijke parameter voor de concrete inschatting van het aantal ELP dat voorzien moet worden per regio. Aangezien er in sommige regio's een tekort aan huisartsen is, weerspiegelt een schatting van het optimale aantal huisartsen beter de reële nood per regio dan het feitelijke aantal huisartsen. Daarnaast vormen ook de kenmerken van de ruimere GGZ-context in de regio enerzijds en de grootstedelijke context anderzijds relevante parameters voor het inschatten van de regionale noden (cf onderzoek over de programmatie van de GGZ).

#### 1.6.2 De aanmeldingsprocedure

In de pilootprojecten was de huisarts tot nu de belangrijkste aanmelder van patiënten – de meeste projecten maakten deze keuze vooral om het aantal aangemelde patiënten te bewaken. De meesten zijn het erover eens dat in de praktijk de huisarts de hoofdaanmelder van patiënten moet zijn. Hij is voor veel mensen laagdrempelig, goed geplaatst om psychische problemen te herkennen en in de positie om patiënten nadien op te volgen. Maar daarnaast vinden sommige betrokkenen het belangrijk om ook de andere toegangspoorten tot de ELP open te houden: andere eerstelijnspartners (OCMW, VDAB, CAW, etc.) moeten patiënten kunnen aanmelden. In het project in Poperinge konden naast de huisarts ook andere voorzieningen patiënten aanmelden. Indien mogelijk werd de huisarts daar op de hoogte gebracht. Aangezien de huisarts een belangrijke opvolgfunctie heeft, is het aan te bevelen dat de huisarts geïnformeerd wordt over de aanmelding bij de ELP.

Wanneer een klinische partner een patiënt naar de ELP verwijst, legt deze idealiter zelf de eerste afspraak met de ELP vast. Dit werkt drempelverlagend: op deze manier gaat de patiënt meteen al met een datum en een uur naar huis. De aanmeldingen gebeuren best via een centraal nummer of een online agenda, zodat de ELP tijdens de consulten niet wordt gestoord. Het is ook een meerwaarde wanneer de aanmelder een korte verwijsbrief opstelt.

Belangrijk: mogelijke aanmelders moeten goed op de hoogte zijn van het beschikbare ELPF-aanbod en de aanmeldingsprocedure.

#### 1.6.3 De werkplek van de ELP

Of de ELP binnen een huisartsenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum, een huisartsenwachtpost of het sociaal huis werkt, is voor patiënten doorgaans minder van belang. Het is voor patiënten wel belangrijk om goed bekend te maken, waar de ELP zijn consultatie aanbiedt en hoe ze de ELP kunnen contacteren. Het is voor patiënten van het grootste belang dat de ELP zijn consultatie aanbiedt op een neutrale locatie die hun privacy ten volle respecteert. De locatie moet bovendien goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer en/of over een parking beschikken – dit werkt drempelverlagend. Een onthaal waar de patiënt

terecht kan voor het maken van een afspraak of om de weg te vragen, is een pluspunt. Er moet ook op gelet worden dat de consultatieruimten voldoende geluidsdicht zijn – dit was nu niet altijd het geval.

Over het al dan niet onderbrengen van de ELP in een huisartsenpraktijk bestaan verschillende meningen. Globaal genomen: het is niet omdat de ELP en de huisarts samenwerkende partners zijn op de eerste lijn, dat de ELP zijn gesprekken in de huisartsenpraktijk moet organiseren. Voor sommige patiënten is de huisartsenpraktijk een veilige en vertrouwde plek, maar voor de grote meerderheid voldoen andere locaties even goed. Het feit dat de huisarts de hoofdaanmelder is, maakt dat mensen die hier nood aan hebben sowieso bij de ELP terecht komen. De ELP in een huisartsenpraktijk vestigen, verhoogt voor externe huisartsen bovendien de drempel om patiënten door te verwijzen. Huisartsen zijn immers weinig geneigd om hun patiënten naar een andere praktijk door te verwijzen. Het huisvesten van de ELP in de huisartsenpraktijk is geen noodzakelijke voorwaarde voor een goede samenwerking tussen beide actoren. Ook in projecten waar de ELP zijn werkplaats buiten de huisartsenpraktijk had, verliep de samenwerking tussen beide partners goed.

Kortom, er zijn verschillende mogelijkheden qua huisvesting en het is een goed idee om deze verschillende opties open te houden. De ELP in meerdere settings plaatsen zorgt tevens voor een grotere bereikbaarheid. Vooral in landelijke regio's met een gering GGZ-aanbod en beperkt openbaar vervoernetwerk is het noodzakelijk om de ELP op zoveel mogelijk verschillende plaatsen te huisvesten.

### 1.6.4 De organisatorische inbedding

Een inbedding in een bepaalde voorziening wil niet noodzakelijk zeggen dat de ELP ook daar gehuisvest is en er feitelijk werkzaam is om patiënten te zien. De ELP kan structureel ingebed worden in een bestaande gezondheids- of welzijnsvoorziening (een huisartsenkring, een CGG, een CAW, een provinciale groep, een SEL, etc.) en vervolgens gedetacheerd worden naar een andere locatie (een huisartsenwachtpost, een wijkgezondheidscentrum, een medisch huis, etc.) om daar patiënten te zien. Dergelijke formule heeft veel voordelen. De ELP:

- heeft een vaste thuishaven;
- heeft collega's om mee van gedachten te wisselen;
- kan eventueel beroep doen op de inhoudelijke expertise van de organisatie;
- kan rekenen op administratieve, logistieke, communicatieve en IT-ondersteuning.

### 1.6.5 De structurele en administratieve omkadering

Om de ELPF naar behoren te kunnen uitvoeren, ontbrak het volgens de ELP en de betrokken klinische partners aan de nodige structurele omkadering. De projecten hebben nood aan:

- Secretariaats- en logistieke ondersteuning om het telefonische onthaal te verzorgen en de afspraken met de patiënten in te plannen.
- Intervisie en supervisie om casussen te bespreken en ervaringen uit te wisselen.
- Een eenvoudig registratiesysteem om relevante patiëntgegevens te bewaren en op een veilige manier te delen met andere zorgverstrekkers.
- Meer richtlijnen en sturing vanuit de overheid om de uitwerking van de ELPF tot een goed einde te brengen. Het is nu onduidelijk waar de prioriteiten voor de overheid liggen en wat de verwachtingen zijn inzake case load en takenpakket.
- Een professionele leidinggevende kracht om de projecten aan te sturen.
- Een stuurgroep bestaande uit relevante zorgactoren uit de regio.

### 1.6.6 De registratie en de monitoring van patiëntinformatie

De behoefte aan een eenvoudig systeem om patiëntgegevens te registreren werd de afgelopen jaren veelvuldig besproken. Een aangepast systeem is noodzakelijk om patiëntgegevens te bewaren en op een veilige manier te delen met huisartsen of andere zorgverstrekkers. Vroeg of laat gaat de patiënt terug naar de huisarts en moet deze op de hoogte zijn van belangrijke zaken zoals:

- De voornaamste klachten van de patiënt
- De kortdurende interventies die de ELP heeft toegepast
- De voortgang van de patiënt
- Eventuele verwijzing naar een andere voorziening

Bij gebrek aan beter, maken veel ELP nu gebruik van het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de CGG om patiëntgegevens te registreren en te delen. Echter, het EPD is eigenlijk te uitgebreid om in de eerste lijn te gebruiken. Andere ELP maken gebruik van een papieren registratiesysteem. Het is uiteraard van cruciaal belang dat er eenvormigheid en eenduidigheid komt betreffende de registratie van patiëntgegevens.

Tijdens de klankbordgroep werden de vereisten van een goed registratiesysteem voor de ELP uitgebreid besproken:

- Het systeem is ingebed in een bestaand registratiesysteem zoals Vitalink of het EPD.
- De hoeveelheid informatie die geregistreerd wordt, staat in verhouding tot het kortdurende tijdbestek van de interventies van de ELP.
- Het systeem moet in staat zijn om op een veilige manier informatie te delen met andere zorgverstrekkers en dan vooral met de huisarts.
- Het kan een meerwaarde zijn om enkele eenvoudige online vragenlijsten in het systeem op te nemen (bv., de SCID online). Dit laat toe om patiënten vlug te screenen en geeft de ELP feedback over het therapeutisch proces wat de werkefficiëntie kan verhogen.

De patiënt zelf moet goed weten welke informatie er geregistreerd wordt, wie toegang heeft tot deze gegevens en hoe lang deze bewaard blijven. Eventueel kan de ELP met een informed consent werken. Registratie mag echter geen voorwaarde zijn om zorg te krijgen – anders haken bepaalde doelgroepen af.

### 1.6.7 Terugbetalingssysteem

Het is belangrijk om een minimaal terugbetalingssysteem voor de ELPF uit te werken met de mogelijkheid om dit op termijn bij te sturen. Voor veel mensen is een hoge kostprijs immers de voornaamste reden om geen therapeutische behandeling op te starten.

In het kader van het pilootproject werden nu twee verschillende tarieven toegepast. Standaard betaalt een patiënt 9 EUR per consult, terwijl voor kansarme patiënten 0 EUR wordt aangerekend. In de afgelopen jaren werd het 0 EUR tarief bij een kwart van de patiënten (28%) toegepast, met grote verschillen tussen de projecten onderling. Zo werd het 0 EUR tarief vaker toegepast in Brussel, Poperinge, en de Kempen dan in Turnhout, Maasmechelen en het Pajottenland. Veel ELP gaven echter aan dat voor kansarme groepen een 4 EUR tarief beter geschikt is. Ook patiënten die het minder breed hebben, hechten belang aan hun eigenwaarde en betalen daarom graag een deel van de behandeling zelf. Tegelijk leidt een 4 EUR tarief tot meer inzet en therapietrouw dan de gratis consulten.

Volgens de klankbordgroep is een forfaitair terugbetalingssysteem het meest haalbaar. Binnen een dergelijk systeem wordt de ELPF overal in Vlaanderen op dezelfde wijze forfaitair gefinancierd, ongeacht de voorziening waarbinnen de ELPF is ingebed. Dit systeem heeft als voordeel dat ook niet-patiëntgebonden activiteiten vergoed kunnen worden en dat alle kosten vooraf worden ingeschat en dus niet onverwacht kunnen oplopen. Men verkiest een forfaitair systeem boven een systeem van financiering per prestatie.

Naast de ELP uit de pilootprojecten zijn er momenteel in Vlaanderen veel zelfstandige psychologen werkzaam in de eerste lijn. Zij kunnen de rol van vrijgevestigde of zelfstandige ELP opnemen, mits ze aan een aantal welomschreven voorwaarden voldoen. Met het oog op de doelstellingen van de ELPF, is het cruciaal dat deze vrijgevestigde ELP het juiste functieprofiel hebben en hetzelfde takenpakket vervullen als de gesubsidieerde ELP. Ook zij moeten samenwerken met de verwijzende huisarts en goed ingebed zijn in het regionale zorgnetwerk.

Tijdens de klankbordgroep werd er gesuggereerd dat de terugbetaling van zelfstandige ELP eveneens nodig is, zodat ze voor iedereen betaalbaar en toegankelijk zijn. Zoniet wordt de behandelkloof, waarbij kwetsbare patiënten enkel terecht kunnen bij gesubsidieerde voorzieningen terwijl de meer gegoede patiënten ook op eigen kosten naar een privéhulpverlener kunnen gaan, in stand gehouden. De terugbetaling van de zelfstandige ELP wordt mogelijk door de erkenning van het beroep van klinisch psycholoog als gezondheidswerker (deze wet werd op 2 april 2014 gestemd en treedt vanaf 1 september 2016 in werking). Bovendien kan de terugbetaling van zelfstandige ELP bijdragen tot een grootschalige uitrol van de ELPF in Vlaanderen.

## **1.7 De globale evaluatie van de ELPF**

### **1.7.1 Het perspectief van de patiënten**

Vanuit het perspectief van de patiënten is de ELPF een grote meerwaarde. Patiënten zijn vooral blij dat ze snel bij de ELP terecht kunnen met hun problemen – wanneer de nood hoog is. De ELP luistert naar de problemen van mensen, helpt hen om deze te begrijpen, toont begrip, zoekt mee naar oplossingen, leert hen om op een andere manier naar de situatie te kijken en geeft bruikbare tips en advies. Patiënten leren bij de ELP wat hun werkpunten zijn en om meer voldoening te halen uit de zaken in hun leven die goed gaan. Dit geeft mensen weer de nodige veerkracht om verder te gaan.

Bovendien werkt de ELP aan een tarief dat financieel haalbaar is. Dit verlaagt de drempel. Mensen zijn doorgaans geneigd om een bezoek aan de psycholoog uit te stellen omwille van de hoge kostprijs. Pas wanneer de problemen onhoudbaar zijn, zetten mensen de stap. Problemen zijn tegen dan soms zodanig verergerd dat ze een langdurigere en meer intensieve behandeling vereisen.

Ook het feit dat de ELP op bekend terrein actief is en dat er contact is tussen de ELP en de huisarts, ervaren patiënten als een meerwaarde. Veel mensen zijn niet vertrouwd met de GGZ en staan hier sceptisch tegenover. De ELP is voor hen een goede manier om kennis te maken met psychische hulp. Doordat de ELP goed zicht heeft op de bestaande hulpverleningsinstanties, kan hij mensen ook goed informeren en ondersteunen bij het nemen van beslissingen over meer gespecialiseerde zorg.

Toch is een behandeling bij de ELP niet voor alle patiënten even geschikt. Sommige patiënten ervaren het beperkte aantal sessies als negatief. De behandeling blijft naar hun gevoel te algemeen, ze kunnen de ELP niet alles vertellen en krijgen niet op alle vragen een antwoord. Daarnaast zijn er ook patiënten die het moeilijk hebben wanneer ze worden verwezen en bij een nieuwe hulpverlener terecht komen.

### 1.7.2 Het perspectief van de partners

Ook de klinische partners (huisartsen, projecthouders, andere zorgverstrekkers waar de ELP mee samenwerkt) zijn het erover eens dat de ELPF een absolute meerwaarde is. Het feit dat de ELPF snel werd ingeburgerd zonder veel weerstand in het werkveld toont dat hier in Vlaanderen een grote nood aan is. Vernieuwing leidt bij actoren in het veld immers vaak tot verzet.

Klinische partners (vooral huisartsen) geraken er ook steeds meer van overtuigd dat een kortdurende generalistische behandeling in de eerste lijn voor veel psychische problemen volstaat. Vroeger waren huisartsen weinig vertrouwd met generalistische geestelijke gezondheidszorg, waardoor ze meer geneigd waren om patiënten naar gespecialiseerde hulp door te verwijzen. Met de komst van de ELP is een kwaliteitsvol GGZ-aanbod in de eerste lijn beschikbaar, waardoor tweedelijnszorg voor veel patiënten vermeden kan worden. Een overheid kan bijgevolg kosten besparen door een meer efficiënte eerstelijnszorg te installeren in Vlaanderen en aldus een structurele bijdrage te leveren in het proces van vermaatschappelijking van de GGZ (zie functie 1, Artikel 107).

De ELP is ten slotte goed geplaatst om de noden in de samenleving op het vlak van geestelijke gezondheid te detecteren. Net als de huisarts komt de ELP in contact met een divers publiek waardoor hij als geen ander weet wat er bij mensen speelt. Vanuit zijn verwijzende rol, heeft de ELP ook goed zicht op de sterktes en de tekorten in het GGZ-aanbod.

## 2 Aanbevelingen

1. Kortdurende psychologische interventies in de eerstelijns zijn een belangrijke schakel in getrapte zorg en dienen verder ontwikkeld, onderbouwd en geïmplementeerd te worden.
2. De ELP dient (zoals de huisarts) een generalist te zijn die een eerste aanzet tot antwoord biedt op psychologische vragen en problemen in de eerste lijn voor alle doelgroepen.
3. Het competentieprofiel van de ELP ziet eruit als volgt:
  - Is vertrouwd met de brede waaier aan psychische problemen van alle doelgroepen in de eerste lijn.
  - Beschikt over communicatieve gespreksvaardigheden om alle doelgroepen tegemoet te treden op een vraaggerichte en respectvolle manier.
  - Kan snel verbinding maken met patiënten, is meelevend, niet veroordelend, respectvol en begripvol.
  - Is specialist in detectie en assessment van psychische problemen: hij kan de aard en de ernst van de problematiek goed inschatten.
  - Is vertrouwd met de bestaande kortdurende interventies en in staat om in functie van de noden en de voorkeuren van de patiënt interventies toe te passen.
  - Is vertrouwd met de bestaande mogelijkheden op het vlak van groepswerking en zelfhulp om de patiënt hierover op zijn maat te informeren en te motiveren.
  - Kan groepsessies organiseren, leiden en opvolgen.
  - Kan de sociale kaart van het aanbod in de regio goed overzien en kan een positieve samenwerking bewerkstelligen met de partners.

- Is flexibel ingesteld – de ELP werkt namelijk met veel cases tegelijk naast de vele andere taken (zoals bv. relaties met het netwerk onderhouden, informatie-uitwisseling met de huisarts, registratie en monitoring, etc.).
  - Kan vlot omgaan met de onvoorziene situaties en vragen met betrekking tot psychische problemen die zich in de huisartspraktijk voordoen.
  - Werkt zo efficiënt mogelijk om de grote vraag te kunnen beantwoorden.
  - Kan zelfstandig werken. Op dit moment kan de ELP zich niet beroepen op collegae-ELP en moet hij voor zichzelf een werkkader uittekenen.
  - Is een teamspeler (in de relatie met de huisarts) en een netwerker (in de relatie met het lokale aanbod).
4. De taken in groepssessies, psycho-educatie en crisisinterventie zijn relatief nieuw en roepen momenteel nog vragen op. Wel zien we koplopers en opleiders die hier als goede rolmodellen fungeren. Deze beloftevolle eerstelijnsbenaderingen vragen nog wat tijd om voet aan de grond te krijgen en hun vaste plaats en definiëring te vinden. Dit proces dient verder opgevolgd, onderbouwd en ondersteund te worden.
  5. De implementatie van de ELPF vereist aanpassingen in de opleiding en nascholing van psychologen.
  6. Voor de programmatie van het aantal ELP moet rekening worden gehouden met het reeds bestaande aanbod in de eerste lijn. Het aantal huisartsen kan hierbij een indicator zijn evenals het aantal FTE in de CAW en de geraamde noden en vragen in de populatie. In dit verband verwijzen we naar het onderzoek over de programmatie van de GGZ van het SWVG (Meys, Hermans, Bruffaerts & Van Audenhove, 2014). Hieruit blijkt dat de grootste unmet need kan vastgesteld worden in de grootstedelijke gebieden (mede omwille van de sterkere vertegenwoordiging van kansengroepen in de bevolking). Tevens is de groep van jongvolwassenen de doelgroep die in Vlaanderen het meest ongelenigde noden zou hebben. Of deze doelgroep typisch in de huisartsenpraktijk terecht komt, is zeer de vraag. Wel verdient hij extra aandacht omwille van het potentieel om preventief op te treden en ernstige psychische problemen vroegtijdig te behandelen (cfr., ook het rapport van ADOCARE, voorzien december 2015).
  7. Bij de uitbouw van de de ELPF is het noodzakelijk om ook aandacht te besteden aan registratie en monitoring. Gegeven de continue rol van de eerste lijn en de huisarts in het bijzonder in de opvolging van mensen met langdurige psychische problemen, is het van belang dat de interventies en hun effecten goed geregistreerd worden zodat ze indien nodig in latere stadia kunnen geraadpleegd worden om beslissingen te nemen bij patiënten met langdurige en ernstige psychische problemen. Doet men dit niet, dan dragen de vele opeenvolgende interventies door de jaren bij tot een spiraal van hopeloosheid voor mensen waarbij naar hun beleving “niets werkt”.
  8. De ELPF vereist een eenvoudig en uniform registratiesysteem waarvan de tijdsbesteding in verhouding staat tot de meerwaarde maar ook tot de kortdurende tijd die in de ELPF voorzien is. Op langere termijn is het wenselijk dat de zorgbehoeften, de interventies en de resultaten van de interventies kunnen gemonitord worden. Een instrument zoals de BelRAI Community Mental Health Care is voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen een goed hulpmiddel voor zorgcoördinatie en zorgcontinuïteit. Tevens draagt het bij tot benchmarking en inschatting van zorgzwaarte.

9. De ELPF moet geïntegreerd worden in het netwerk GGZ (Artikel 107) en op die manier mee invulling geven aan functie 1 (vroeginterventie). Dit houdt onder meer in dat de zorg op elkaar wordt afgestemd en dat de ELP beroep kan doen op de expertise van de GGZ-partners binnen het netwerk.
10. Tot de kerntaken van de ELPF behoren: het aanbieden van een kortdurende behandeling aan patiënten met een psychologische problematiek, het uitbouwen van een lokaal netwerk en het coachen van huisartsen en andere eerstelijnsverleners.
11. Het globale takenpakket in de ELPF wordt omschreven in een vast profiel dat richtinggevend is voor het beleid en de evaluatie van de nieuwe functie. Maar uit de pilootprojecten blijkt duidelijk dat het wenselijk is de verhouding tussen de verschillende kerntaken mee te laten bepalen door de noden en de behoeften van de regio en om het nieuwe aanbod uit te bouwen in complementariteit met het reeds bestaande eerstelijns GGZ aanbod.
12. De ELP rapporteren een grote nood aan inhoudelijke ondersteuning (supervisie en intervisie) en korte praktijkgerichte vormingen over bruikbare psychologische interventies in de eerste lijn. Het is belangrijk om hiervoor middelen en faciliteiten te voorzien.
13. Het is voordelig om de ELPF in te bedden in een bestaande gezondheids- of welzijnsvoorziening, zodat de nodige structurele omkadering voorzien kan worden. Dit wil echter niet zeggen dat de ELP ook op deze locatie actief moeten zijn. Veel locaties komen in aanmerking om consultaties aan te bieden. Formeel kan deze inbedding geregeld worden door de ELP in loondienst van een voorziening te laten werken, maar ook een samenwerkingsovereenkomst tussen een zelfstandige ELP en een voorziening behoort tot de mogelijkheden, mits het profiel van de ELPF en de ELP gerealiseerd wordt.
14. Om de effecten van de ELPF op langere termijn na te gaan is wetenschappelijk onderzoek nodig. We verwachten dat de invoering van de ELP op grote schaal op middellange termijn zal bijdragen tot een betere toegankelijkheid van de GGZ. Dit is een belangrijk verbeterpunt in onze sterk uitgebouwde gezondheids- en welzijnszorg. De te verwachten effecten situeren zich vooral in:
  - minder lange wachttijden voor gespecialiseerde GGZ dankzij de meer doeltreffende verwijzing van mensen die het echt nodig hebben,
  - minder overgebruik van medicatie,
  - meer mental health literacy, zelfhulp en empowerment door toegenomen psycho-educatie,
  - vroegere behandeling van ernstige psychische problemen met op termijn minder langdurige psychische problemen,
  - en indirect wellicht ook een reductie van suicidecijfers in Vlaanderen.





## Referenties

- Boetvink, W., 2009. De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. *Trimbos Instituut*.
- Callebert, A., & Van Audenhove, Ch. (2012). Euthanasie bij ondragelijk psychisch lijden. *Acco*.
- Coppen, R., & Verhaak, P.F.M., 2007. Indicatoren in de eerstlijns GGZ; een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars. *Nivel*.
- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J.P., & Van Audenhove, Ch. (2015). Adolescent mental health care in Europe: State of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network.
- De Beurs, E. (2006). Brief Symptom Inventory Handleiding. *NCS Pearsons*.
- De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., & Devroey, D., 2014. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! *Brussel: ICHO*.
- De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I., & Billings, M. (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network.
- De Maeseneer, J., Wittevrongel, L., Vincke, A., Herman, E., Desmyter, F., & Decroos, V., 2009. Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog. *Leuven Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- DeSmet, A., Hermans, K., Verlinde, E., Willems, S., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, Ch., 2010. Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag? *Leuven Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove (2007). Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. KU Leuven: LUCAS.
- Koeske, G.F., Kirk, S.A., Koeske, R.D., & Rautkis, M.B., 1993. Measuring the Monday blues: validation of a job satisfaction scale for the human services. *Social Work Research*, 18, 27-35.
- Konings J., 2010. Samenwerken in de eerste lijn: een handreiking voor zorgverleners. *Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- Lamers, E., 2006. Handboek psychologie in de eerste lijn: kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen. *Harcourt Book Publishers*.
- Meeuwissen, J. & Donker, M. (2004). Minder is meer: Stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904-915. Methorst, G.J., Hoogduin, C.A.L., Van Der Velden, K. (1997). Richtlijnen bij kortdurende ambulante behandeling in de Geestelijke Gezondheidszorg. *Bohn Stafleu Van Loghum*.
- Meeuwissen, J. & van Weeghel, J. (2003). Modulenboek bij het stepped-care programma voor depressie. *Utrecht: Trimbos – Instituut*.
- Rijnders, P., & Heene, E. (2010). Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. *Uitgeverij Boom, Amsterdam*.

Rijnders, P., & Heene, E. (2015). Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ. *Uitgeverij Boom, Amsterdam*.

Rock, I. (2013). Je wordt wat je denkt. De weg naar een positiever leven in 9 stappen. *Lannoo*.

Rogiers, R., & Van den Abbeele, D. (2013). Loslaten. Ik pieker als ik niet tegenwoordig ben. *Academia Press*.

Scholte, M., & Brink, C. (2008). Transparant aanbod EPZ: Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening. *Movisie*.

Tiemens, B., Hutschemaekers, G. & Kaasenbrood, A. (2004). Getrapte zorg als beslismodel. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 59*, 916-930.

Van Audenhove, Ch., & Scheerder, G. (2010). Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg: eindrapport werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg.

Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H., 1999. De vragenlijst "Visie op Zorg": een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek Wijzer, 1*, 13-25.

Zwaanswijk, M., & Verhaak, P. (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening. *Nivel*.

## **Bijlagen**

Bijlage 1: Interviewleidraad

Bijlage 2: Tevredenheidsbevraging ELP

Bijlage 3: Tevredenheidsbevraging betrokken partners

Bijlage 4: Tevredenheidsbevraging patiënten

Bijlage 5: Registratiefiche

Bijlage 6: Brief Symptom Inventory

Bijlage 7: Procesevaluatie afname brief Symptom Inventory