

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 kapitaalkrachten 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 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).
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 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).

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.