



Vlaamse Vereniging
van Klinisch Psychologen



DE EERSTELIJNSPSYCHOLOOG

Eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis



Verslag Werkgroep Eerstelijnspsychologie WKP

Voorzitter: Prof. dr. Elke Van Hoof

13 maart 2015

De eerstelijnspsycholoog, eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis

Auteur: **Prof. dr. Elke Van Hoof**

- Experimentele en toegepaste psychologie, Faculteit Psychologische en Educatieve Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel
- Voorzitter werkgroep eerstelijnspsychologie, Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen
- Klinisch psychologe in de eerstelijns

Met inbreng van Katrien Melotte, Delphine Van Hevele, Daisy Mombeek, Elyn Smets, Annelies Verhoeven, Isabel Debuysere, Stefaan Plysier, Roland Sinnaeve, Koen Lowet, Nathalie Haeck, Els Heene, Tine Daeseleire en Katrien De Wilde.

Doelstelling en duiding van de nota

Deze nota werd geschreven als beleidsvoorbereidend werk voor de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. De inhoud van deze nota is gebaseerd op de gesprekken en discussies gehouden binnen de werkgroep eerstelijnspsychologie alsook op de vele publicaties opgesteld door de stakeholders op het werkveld, waaronder 'Together we change' (De Maeseneer et al., 2014), de nota van de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG) van 6 februari 2015 en de (tussentijdse) resultaten van het onderzoek van LUCAS naar de effectiviteit van de proefprojecten eerstelijnspsychologische functie (ELPF) . Daarnaast werd een verscheidenheid aan wetenschappelijke publicaties geraadpleegd. Centraal staan de ervaringen opgedaan vanuit de klinisch psychologen die momenteel in de eerstelijns functioneren.

Deze nota werd opgesteld binnen de werkgroep en goedgekeurd door de leden van de werkgroep. De nota werd doorgegeven aan het dagelijks bestuur van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen als advies. Het dagelijks bestuur en de Raad van Bestuur van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen kunnen deze nota als basis gebruiken voor hun beleidswerk. De bespreking binnen de Raad van Bestuur vindt plaats op 22 april 2015.

De nota is geen bindend advies. Het is het resultaat van een lange dialoog binnen deze werkgroep gericht op het verenigen van de bestaande en gekende visies én het bereiken van een duurzaam systeem dat ten goede komt aan de patiënt, de familie en/of context waarin deze patiënt leeft, de gezondheidsmedewerkers en ons gezondheidszorgsysteem.

Samenvatting

De eerstelijnspsycholoog (ELP) is geen nieuw gegeven. Al jaren werken klinisch psychologen in België binnen de eerstelijnszorg, met succes. In navolging van de proefprojecten in het leven geroepen door Minister Vandeurzen werd binnen de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) een werkgroep “eerstelijnspsychologie” opgericht om de eerstelijnspsychologen te verenigen en een dialoog te bewerkstelligen om het beleidswerk van de VVKP te ondersteunen.

De ELP is gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt binnen zijn of haar context en dichtbij huis. Het is een (vroegtijdige) klinisch psychologische begeleiding, generalistisch én kortdurend.

DE ELP werkt met kinderen, adolescenten, volwassenen, ouderen en kwetsbare groepen. Binnen de ‘groep van eerstelijnspsychologen kunnen zich specialisaties voordoen; bv. vooral gericht op kinderen en adolescenten of vooral gericht op ouders. De ELP kan gesitueerd worden binnen artikel 107 (functie 1), alsook binnen artikel 11. Het aanbod van de ELP vult andere vormen van psychosociale ondersteuning binnen de (geestelijke) gezondheidszorg aan. De organisatie waarbinnen de ELP opereert, verschilt enorm. Verschillende doelgroepen maken immers gebruik van verschillende structuren, mede bepaald door de “health literacy” van de patiënt.

Wanneer structureel ingebed binnen de eerstelijnszorg kan kortdurende begeleiding door de ELP leiden tot een vroegdetectie en –interventie, meer zelfredzaamheid van de patiënt en zijn of haar context, en (mede hierdoor) een verhoogde efficiëntie van de gezondheidszorg. De ELP leidt tot patiënt empowerment door het faciliteren van de organisatie van de zorg door de patiënt.

Inhoud van deze nota

1. Eerstelijnspsychologie
 - 1.1. Een definitie van de eerstelijnspsycholoog
 - 1.2. Definitie en uitdagingen van de eerstelijnszorg
 - 1.3. Doorverwijzing naar een eerstelijnspsycholoog
 - 1.4. De werkgroep eerstelijnspsychologie binnen de VVKP
 - 1.5. Kort overzicht van de visie op de eerstelijnspsycholoog vanwege de leden van de werkgroep
2. De kerntaken van een eerstelijnspsycholoog
3. Een visie op opleiding en vorming voor de ELP
4. Organisatorische structuren
5. Uitdagingen voor de toekomst
6. Voordelen van de eerstelijnspsycholoog

1. Eerstelijnspsychologie

1.1 Een definitie van de eerstelijnspsycholoog

De klinisch psycholoog die in de eerstelijns functioneert, of anders gezegd, de eerstelijnspsycholoog (ELP) is geen nieuwe functie in Vlaanderen of elders. Sinds de jaren '80 werken er immers klinisch psychologen in diverse settings die rechtstreeks toegankelijk zijn voor cliënten met diverse klachten. Wanneer men met zoekmachines op het internet op zoek gaat naar de definitie van de ELP vindt men de volgende definities terug:

*Een eerstelijnspsycholoog is een hulpverlener die u concreet helpt bij psychische problemen. Via gesprekken helpt de eerstelijns psycholoog u om **weer op eigen kracht verder te kunnen**. 'Eerstelijns' wil zeggen dat u, net als bij de huisarts, **zelf kunt bellen voor een afspraak**. U vindt een eerstelijnspsycholoog vaak **dichtbij huis**. De eerstelijnspsycholoog is er voor volwassenen, jongeren en kinderen. U kunt een eerstelijnspsycholoog inschakelen als u ergens mee zit of psychische klachten heeft. **Juist als u er vroeg bij bent, kan een eerstelijnspsycholoog u goed helpen**. Een eerstelijnspsycholoog kan helpen als bij tal van psychische klachten (**generalist**). In het eerste gesprek legt u uw **situatie en probleem** voor. De eerstelijnspsycholoog stelt daarna, eventueel met behulp van testdiagnostiek of nadere gesprekken, de (psycho)diagnose. Vervolgens werkt u samen aan een oplossing. Hoe komt het dat u er niet op eigen kracht uitkomt? Welke persoonlijke capaciteiten kunnen u helpen? De eerstelijnspsycholoog denkt met u mee en helpt u concreet om tot een oplossing te komen. **Vijf tot vijftien gesprekken** zijn meestal voldoende om op eigen kracht weer verder te kunnen. Eén gesprek duurt ongeveer 45 minuten. Bron: www.lve.nl.*

*Dit is een psycholoog uit de eerstelijnsgezondheidszorg. 'Eerste lijn' betekent hier dat deze psycholoog in principe toegankelijk is voor cliënten, **zonder dat deze een doorverwijzing** hoeven te hebben. Wanneer een verzekering de kosten van een eerstelijnspsycholoog vergoedt, heb je een doorverwijzing van de huisarts nodig. Een eerstelijnspsycholoog gebruikt meestal een **kortdurende behandeling** (ca. 10 sessies) en werkt voornamelijk **probleemgericht**. Ook zijn ze **niet gespecialiseerd in één specifieke richting**. (<http://www.encyclo.nl/lokaal/10706>)*

De centrale elementen die we in deze definities terugvinden zijn:

- Doelstelling is het verhogen van de zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt;
- Vrij consulteerbaar;
- Dichtbij huis;
- Vroegtijdige klinisch psychologische begeleiding;
- Generalistische klinisch psychologische begeleiding;
- Kortdurend;
- Gericht op de hulpvraag, probleem en context waarmee de patiënt zich aanmeldt;
- Werking binnen de eerstelijns.

1.2 Definitie en uitdagingen van de eerstelijnszorg

Een eerstelijnspsycholoog voorziet in eerstelijnszorg. Het “Expert Panel on effective ways of investing in Health” (dat de Europese Commissie adviseert) definieert de eerstelijnszorg als volgt:

“Eerstelijnszorg is het verstrekken van universeel toegankelijke, geïntegreerde, persoonsgerichte, integrale zorg voor gezondheid in de gemeenschap door een team van professionals die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze dienstverlening komt tot stand in een duurzaam “partnership” met patiënten en mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van de verzorging van een bevolking.

Volgens het decreet van 3 maart 2004 betekent eerstelijnsgezondheidszorg:

“zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod”.

De uitdaging voor de eerstelijnszorg is het opvangen van de fragmentatie. Verschillende disciplines, praktijkvormen en diensten bieden op een variabele en niet-transparante manier zorg aan. Bovendien is er binnen eenzelfde dienst of discipline ook een variatie van

verschillende aangeboden diensten. Voor mensen die hulp en zorg zoeken, maar tevens voor zorgverleners uit andere lijnen is de aanspreekbaarheid van de eerste lijn hierdoor onduidelijk en beperkt. Binnen de eerste lijn is er een uitgebreide waaier van professionelen actief. Het gaat hier over klinisch psychologen, huisartsen, verpleegkundigen, diensten voor gezins- en bejaardenhulp, kinesitherapeuten, diëtisten, tandartsen, apothekers, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en maatschappelijk werkers. Maar tevens over solopraktijken, groepspraktijken (van huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, etc.), georganiseerde diensten voor thuisverpleging en wijkgezondheidscentra. Ook de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's), Kind en Gezin, kinderkribben, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's), en Centra Algemeen Welzijn (CAW's) situeren zich op de eerste lijn omwille van de aard van hun aanbod en de rechtstreekse toegankelijkheid. Op enkele zeldzame uitzonderingen na (bijvoorbeeld de wijkgezondheidscentra of bepaalde, multidisciplinaire groepspraktijken) is deze professionele activiteit vooral verticaal (solo en/of groepspraktijken) georganiseerd. Dit wil zeggen sterk uitgebouwd, intradisciplinair, parallel en verticaal tussen de disciplines. Deze verticale organisatievorm staat echter haaks op de gedefinieerde kenmerken van een eerstelijnszorg, met name het aanbieden van globale, geïntegreerde, continue en gemeenschapsgerichte zorg. Elke eerstelijnspraktijk zou zich dermate dienen te organiseren en te structureren dat zowel eenvoudige als complexe zorgsituaties kunnen worden verzorgd.

De eerstelijnszorg is in continue verandering. Gedurende de laatste decennia heeft er een belangrijke verschuiving plaatsgevonden in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk van institutionalisering van ernstige en langdurige psychische ziekten naar desinstitutionalisering en vermaatschappelijking ervan. De gezondheidszorg wordt dichter bij huis gebracht, een fenomeen dat reeds in de meeste landen van Europa plaatsvond. Recent poogt men ook in België met artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, maar ook via het Kankerplan, bestaande residentiële middelen te flexibiliseren naar mobiele teams om op die manier het huidige aanbod in de geestelijke gezondheidszorg verder te diversifiëren (Onkelinx & Vandeurzen, 2010). In andere landen (bijvoorbeeld in Nederland) is de eerstelijnspsycholoog opgenomen in het

hulpverleningsteam, naast artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. In Vlaanderen daarentegen bestaat er nog geen gestructureerde eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en blijven bijgevolg heel wat problemen onbehandeld. Dit zou de hulpverlening nochtans direct toegankelijk, meer doelgericht en preventiever maken. Tevens biedt ze mogelijkheden tot betere vroegdetectie, instroom, doorstroom, ondersteuning en nazorg.

In de beleidsnota van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de heer Jo Vandeurzen, alsook in de beleidsnota van Federaal Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, mevrouw De Block, worden beleidsvoornemens geformuleerd die betrekking hebben op de uitbouw van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg met in het bijzonder een luik aangaande financiering.

1.3 Doorverwijzing naar een eerstelijnspsycholoog

In dit rapport spreken we niet over de eerstelijns psychologische functie, maar wel over de eerstelijnspsycholoog. Daarbij erkennen en verwelkomen de leden van de werkgroep ELP zeker de psychosociale ondersteuning van de andere collega's binnen de eerstelijns, doch de ELP kenmerkt zich toch door een set van unieke vaardigheden. De ELP is immers specifiek gericht op de klinisch psychologische begeleiding, niet te verwarren met de bredere psychosociale ondersteuning. Binnen het kader van een getrapte zorg dient de lichtst mogelijke vorm van ondersteuning eerst aangeboden te worden. Dit houdt in dat een psychosociale ondersteuning een klinisch psychologische begeleiding van de ELP kan voorafgaan.

Een overgang van de psychosociale ondersteuning naar een ELP zou men kunnen identificeren door 4 vragen (gebaseerd op een pragmatische keuze vanuit het werkveld)¹:

1. *Hoe was de afgelopen periode voor jou?*
2. *Zat je ergens mee vast?*
3. *Belemmert dit je in je dagelijks functioneren?*
4. *Heb je zelf al iets ondernomen om deze barrière op te vangen?*

¹ Vrije interpretatie van een app die voortvloeide uit de werking van het Oncologisch Studiecentrum Erika Thijs

Deze vragen peilen naar een probleem enerzijds en anderzijds naar de impact en de oplossingen die de patiënt reeds zelf probeerde te identificeren. Psychosociale problemen dienen immers niet gepseudologiseerd te worden. Niet elke uitdaging of probleem waar men als individu mee geconfronteerd wordt, vereist de begeleiding van een klinisch psycholoog. Wanneer de patiënt echter zelf al probeerde om oplossingen te vinden voor zijn uitdaging of problemen, al dan niet met hulp van een hulpverlener, en toch nog steeds vast zit binnen de problematiek én wanneer deze problematiek de persoon belemmert in zijn dagelijks functioneren, kan men een doorverwijzing naar een ELP overwegen.

Een vroegtijdige doorverwijzing leidt hier in vele van de gevallen tot het vergroten van het aantal perspectieven waarmee de patiënt alsnog zijn probleem kan opvangen of een doorverwijzing voor enerzijds uitgebreide(re) psychodiagnostiek of anderzijds een doorverwijzing naar psychotherapie. Een uitdaging voor de toekomst is de ondersteuning van de hulpverleners in de gerichte toewijzing naar de ELP. Veel hulpverleners immers voelen zich niet voldoende bekwaam om deze keuze, beslissing, toewijzing te maken. Via een toegankelijke en pragmatische ondersteuning (via bv. een goede beslisboom, een app...) kan aan efficiëntie gewonnen worden.

Ons inziens sluit een ELP de werking en steun van andere hulpverleners die psychosociale hulp bieden, niet uit.

1.4 De werkgroep eerstelijnspsychologie binnen de VKP

Er zijn op dit moment eerstelijnspsychologen werkzaam in de proefprojecten opgestart vanuit de Vlaamse overheid. Daarnaast zijn er heel wat klinisch psychologen al jaren werkzaam als eerstelijnspsycholoog. De VKP deed een oproep om de klinisch psychologen werkzaam in de eerstelijns te verenigen om onze ervaringen te bundelen en vanuit het werkveld (zoals binnen de lopende proefprojecten als zij die al langer in een gelijkwaardige functie werkzaam zijn) een visie op de eerstelijnspsycholoog te formuleren.

1.5 Kort overzicht van de visie op de eerstelijnspsycholoog vanwege de leden van de werkgroep

Specifieke elementen voor de ELP lijken ons²:

- Vertrekkend vanuit de klacht (nood en behoeften) van de patiënt
- Niet pathologie-gericht
- Sterke factor pluis versus niet-pluis, ruwe psychodiagnostiek
- Toegankelijk en drempelverlagend (zeker voor kwetsbare groepen waarbij nabijheid een belangrijke faciliterende factor blijkt)
- ELP werkt structurele kwetsbaarheden niet weg maar zet in op verhogen zelfredzaamheid (dus wel opvolging ism residentiële setting)
- Actiegericht
- Op coping en ontwikkeling gericht, in het hier en nu
- Overeenstemmend met het getrappt zorgmodel en het subsidiariteitsprincipe (lichtste vorm van ondersteuning eerst)
- Psycho-educatie, groepsaanbod, generalistisch
- Geen traject maar kortdurend
- Geen wachtlijst
- Nauwe samenwerking met huisarts en meer gespecialiseerde GGZ

Waarop inzetten om ELP in eerstelijns te consolideren?

- Visibiliteit
- Opleidingsvereisten (gesuperviseerde praktijk, navorming en supervisie)
- Kwaliteitsmonitoring binnen een aanmoedigingscultuur
- Gegevensuitwisseling faciliteren
- ELP als vast onderdeel van de universitaire opleidingen

Eigenschappen van ELP:

- Direct bereikbaar in de wijk
- Generalistisch

² De lijst is niet exhaustief en sluit overlap met andere disciplines en echelons niet uit.

- Verhogen zelfredzaamheid en autonomie
- Gericht op daling van de klachten door een focus op versterking via coping
- Verbindend
- Kortdurend en oplossingsgericht
- De lichtst mogelijke vorm van klinisch psychologische begeleiding

Er is volgens de leden van de werkgroep niet één zaligmakend theoretisch model voor de ELP. Integendeel, het is net de veelheid aan mogelijke interventies rond een probleem, het individu en de context die het verschil zullen maken. Drie elementen komen steeds terug (onder welke vorm dan ook): probleemanalyse, gedragsverandering en hervalpreventie.

2. De kerntaken van een eerstelijnspsycholoog

Er is al wat geschreven over de mogelijke kerntaken van een ELP. Bij de start van de proefprojecten van de ELP voorzag de Vlaamse Overheid dat een ELP zou voorzien in:

- Kortdurende, laagdrempelige en generalistische zorg bij niet-complexe psychische klachten. Tevens zou deze functie vlot toegankelijk en inzetbaar moeten zijn bij crisisinterventies.
- Een nauwe samenwerking met andere hulpverleners vanuit het model van de getrapte zorg. Hiertoe dient een netwerk uitgebouwd te worden op het niveau van de zorg.
- Vroegdetectie en vroeginterventie bij psychische problemen, detecteren van psychische problemen, diagnostiek, intake en indicatiestelling en waar nodig bevorderen van de doorstroming naar meer gespecialiseerde gezondheidszorg.
- Laagdrempelige opvolging van een chronische problematiek.

De Vlaamse Overheid heeft de lopende projecten verlengd.

Klinisch psychologische interventies die steeds terugkomen zijn de volgende: kortdurende therapieën, groepsbehandelingen, psycho-educatieve cursussen, zelfhulp zoals bijvoorbeeld bibliotherapie en computergestuurde behandelingen. Er zijn vier kwalitatief verschillende stappen: zelfhulp (geen therapeutische hulp nodig), begeleide zelfhulp en groepsbehandelingen (input van therapeut gaande van een tot twee uur per patiënt), kortdurende individuele behandeling (met een input van de therapeut van 6 uur per patiënt) en langdurende individuele behandeling (rond de 16 uur input per patiënt).

De werkgroep ziet voor de ELP ook een belangrijke taak weggelegd in het verlagen van de psychologische drempel om hulp te zoeken bij psychische klachten. Door samenwerking met de huisarts in diens praktijkruimte, in een wijkgezondheidscentrum of in een samenwerking in een netwerk tussen huisartsen en klinisch psychologen, wordt de zorg zo dicht mogelijk bij de dagelijkse levenssituatie aangeboden. We mogen hierbij niet vergeten dat klinisch psychologen in de eerstelijns reeds jarenlang samenwerken met huisartsen, elk in hun eigen praktijk.

De ELP kan een functie opnemen binnen artikel 107, functie 1.: promotie, preventie, vroegdetectie en vroeginterventie van de geestelijke gezondheidszorg. Ook binnen artikel 11 rond de hervorming van de GGZ kind en jeugd heeft de ELP een taak. Volgens de werkgroep dient men binnen de ELP elke mogelijke bottleneck te vermijden ten einde de efficiëntie te behouden. De ELP richt zich op kortdurende, niet-complexe psychische problematiek. Er dient dus een vlotte triage én doorstroming te gebeuren naar uitgebreide(re) psychodiagnostiek en andere meer psychotherapeutische ondersteuning indien nuttig en relevant. Op die manier kan de ELP zich richten op zijn kerntaken (tabel 1).

We hebben getracht de kerntaken van de ELP schematisch uit te werken en nodigen de andere stakeholders graag uit om dit samen verder uit te werken. De huidige beleidsverschuivingen en uitwerkingen binnen de eerstelijns zouden ons inziens niet mogen leiden tot enige vorm van 'territoriale' oorlog. Wanneer 1 op de 3 Belgen zal te kampen krijgen met psychische problemen in de loop van zijn leven, zullen er immers handen te kort zijn om al deze noden te lenigen. Psychische problemen zijn de uitdaging voor de toekomst waar elke vorm van ondersteuning zijn meerwaarde in kan vinden. De cijfers uit de Volksgezondheid en rapporten vanwege de Europese Commissie en de Wereldgezondheidsorganisatie wijzen uit dat het aantal chronische zieken stijgt en meer bepaald door het aantal psychische aandoeningen. Pragmatische keuzen van waaruit we kunnen samenwerken aan verfijning met alle stakeholders op het terrein, dringen zich dus op.

We willen graag enkele premissen voorop stellen:

- ELP is niet hetzelfde als een psychotherapie. Het is gericht op kortdurende, ontwikkelingsgerichte en specifieke klinisch psychologische begeleiding. De probleem-analyse staat niet centraal, wel de oplossing in het hier en nu voor een welbepaald en afgelijnd probleem voor een individu en binnen een welbepaalde context.

- Een ELP kan ingeschakeld worden in de opvolging van een chronische problematiek in samenwerking met meer gespecialiseerde zorg. En dit steeds met het oog op het faciliteren van de zelfredzaamheid. Niet elke patiënt die chronische zorg nodig heeft, wenst dit op te nemen binnen de gespecialiseerde zorg. In dit geval fungeert de ELP als case-manager, parallel met de opvolging die de huisartsen voorzien voor de opvolging van patiënten met een chronische problematiek. Bij herval en/of uitval kan dan onmiddellijk naar de gespecialiseerde zorg doorverwezen worden met efficiëntie op elke echelon als gevolg.
- Er zijn geen tegenstrijdigheden tussen de ELP en multidisciplinaire zorg.

Tabel 1 (blz. 17): Pragmatische indeling van de psychosociale kerntaken. Noot: De opdeling tussen de "eerstelijns" en de "ambulante GGZ" is arbitrair en heeft als enig doel een onderscheid te maken met de initiatieven die voortvloeien vanuit een meer psychotherapeutische traditie (bv. de initiatieven waarbij de residentiële settings een ambulante dienst zetten in de eerstelijns). Deze tabel is een samenvatting van de oefening die we binnen de werkgroep trachtte te maken inzake de differentiatie.

Eerstelijns		Ambulante GGZ	Residentiële GGZ
Psychosociale ondersteuning in de eerstelijns Praktijkassistent	ELP	Initiatieven waarbij residentieële settings een ambulante dienst opzetten CGG	
Screeningsgericht	Oplossingsgerichte-analyse	Probleemgerichte analyse	Probleemgerichte analyse
Psycho-educatie	Psycho-educatie	Psycho-educatie	Psycho-educatie
Generalistische zorg	Generalistische zorg	Specialistische zorg	Specialistische zorg
Screening	Vroegtijdige psychodiagnostiek (pluis versus niet-pluis); gericht op alerts Detectie en screening	Uitgebreide(re) psychodiagnostiek	Psychodiagnostiek
Screening	Screening en doorverwijzing	Motivationale trajecten, psychotherapeutische behandeling en doorverwijzing	Psychotherapeutische behandeling
	Kortdurende klinisch psychologische begeleiding gericht op zelfredzaamheid in het hier en nu zowel naar de persoon als de context Brugfunctie en consultfunctie		
	Crisisinterventie	Crisisopvang	
	Niet pathologie-gericht	Pathologie-gericht	Pathologie-gericht
	Laagdrempelig en toegankelijk		
	Werkhervatting ³	Reïntegratie ⁴	Reïntegratie
		Trajecten naar gespecialiseerde CGGZ en residentieële zorg	
	Internaliserende & externaliserende problematieken	Externaliserende en (ernstige-re) internaliserende problematieken	Externaliserende en (ernstige-re) internaliserende problematieken
Zeer lage intensiteit	Lage intensiteit	Matige intensiteit	Hoge intensiteit
Netwerk ⁵	Netwerk	Netwerk	Netwerk

³ “Kortdurende” afwezigheid van werk en werkhervatting waar geen bijkomende aanpassingen nodig zijn of waar geen complexe(re) problematiek aanwezig is.

⁴ Re-integratie in de maatschappij in zijn algemeenheid (vaak bij verminderde draagkracht, complexe(re) problematiek, (tijdelijke) stopzetting van participatie binnen de maatschappij en/of langdurige afwezigheid

3. Een visie op opleiding en vorming voor de ELP

Volgens de werkgroep strekt het tot aanbeveling dat een ELP aan volgende criteria voldoet:

- Opleiding tot klinisch psycholoog
- Registratie in het register voor klinisch psychologen
- Minstens 1 jaar klinische ervaring (onder supervisie, zie eerder)
- Vertrouwd met een brede waaier aan psychische problematieken
- Expert in (vroeg)detectie en screening
- Expert in beslissingsgericht werken met focus op kortdurende interventies
- Grondige kennis van de sociale kaart
- Vaardig in het interdisciplinair communiceren

Om ervoor te zorgen dat voldoende klinisch psychologen aan deze criteria voldoen worden drie pistes gevolgd. Ten eerste strekt het tot de aanbeveling om op basis van deze visietekst in gesprek gaan met de Vlaamse universiteiten (UGent, KULeuven en VUB), met de vraag om waar nodig de basisopleiding aan te passen zodat pas afgestudeerde klinisch psychologen beter voorbereid zijn om eerstelijnswork te doen. Ten tweede wordt er op dit moment een interuniversitair opleidingstraject uitgewerkt. De drieuniversiteiten, vormingscentra the Human Link en de KOPpeling en de WKP sloegen daartoe de handen in elkaar. Deze vorming zal als doel hebben de zelfstandige uitoefening van klinisch psychologische eerstelijnsinterventies bij kinderen en volwassenen te versterken. Het accent zal hierbij o.a. liggen op vroegtijdige detectie, psycho-educatie, triage en toepassing beslisboom, samenwerking en afstemming tussen diverse lijnen, werken met o.a. het KOP- en Prop-model in termen van klachtenhantering en doelen rond coping en zelfredzaamheid. De vorming vertrekt vanuit een generalistische trans-diagnostisch kader. Ten derde wordt er gedacht aan een breed toegankelijk, modulair aanbod zodat collega's die niet kunnen starten in de langdurige opleiding zich ook kunnen bijscholen.

⁵ Netwerk = deelname aan een overkoepelend netwerk (zoals huidige SELs en/of LMN) voor informatie-uitwisseling, delen van good-practices alsook het faciliteren van een performante en directe link naar de andere disciplines; ook anders genaamd de "eerstelijns-raad"

4. Organisatorische structuren

De organisatie waarbinnen de ELP opereert, verschilt enorm en dient ook te verschillen per doelgroep (kinderen versus volwassenen versus ouderen; kansarmoede, grootstad, multi – problem, algemene populatie, ...). De plaatsing van het aanbod gebeurt best daar waar mensen er vlot toegang toe kunnen hebben, in een vertrouwde omgeving en/of een vertrouwde context: privépraktijken, huisartsen(groepspraktijken), WGC, CAW, sociaal huis, huizen van het kind, ... met andere woorden vindplaatsgericht.

Vergeeten we inderdaad niet dat er al eerstelijnspsychologen werkzaam waren, lang voordat de proefprojecten van start gingen. Deze eerstelijnspsychologen leveren goed werk af en zijn al ingebed dichtbij de patiënt en de andere diensten. Het is van belang om geen enkele bottleneck te veroorzaken door compromissen te sluiten op de laagdrempeligheid en toegankelijkheid door een bepaalde structuur op te dringen. Verschillende doelgroepen maken immers gebruik van verschillende structuren. De ELP ziet er ook anders uit voor de verschillende doelgroepen, mede bepaald door de “health literacy” van de patiënt. Dit dient zich ook af te spiegelen in de organisatorische structuren.

We sluiten ons aan bij de stelling van de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg: “Het perspectief van *balanced care* stelt in essentie dat een ggz-systeem zowel componenten van gemeenschapsgeoriënteerde als ziekenhuisgeoriënteerde zorg dient te omvatten. Dit model onderscheidt verder drie ‘niveaus’ van zorgintensiteit. Lage-intensiteit-settings richten zich op het bevorderen van de herkenning en behandeling van mensen met ggz-problematieken binnen de eerste lijn. Midden-intensiteit-settings ontwikkelen ggz-dienstverlening op 5 vlakken: ambulante zorg, outreachende gemeenschapsgerichte ggz, acute zorg in opname, gemeenschapsgerichte residentiële zorg en tot slot tijdsbesteding/werk. Hoge-intensiteit-settings voorzien in sterk gespecialiseerde ggz-dienstverlening op dezelfde vijf vlakken.” Deze indeling komt (grotendeels) overeen met wat we als eerste draft uitwerkte in tabel 1. Ernstige (zich ontwikkelende) geestelijke gezondheidsproblemen vragen een doorgedreven multidisciplinaire aanpak. Daarover bestaat een grote consensus op het werkveld.

Fundamenteel is dat de ELP niet op een geïsoleerde wijze wordt benaderd maar binnen de bredere context wordt geplaatst van (eerstelijns) (geestelijke) gezondheidszorg en welzijn. Precies om die reden is een grondige monitoring van de mogelijk diverse effecten van de realisatie van een regelgevend kader en van eventuele terugbetalingsmodaliteiten dienaangaande van zeer groot belang. Ook hier bestaat tussen de stakeholders en actoren op het werkveld consensus.

Wanneer de kerntaken duidelijk zijn afgelijnd én een duidelijke financiering is geïdentificeerd, staat de organisatie of de gekozen structuur de efficiëntie niet in de weg. Een organisatie waarbij overlapping wordt tegengegaan en hiërarchische territoria worden afgebakend vormen de sleutel tot een efficiënte zorgintegratie. Hierbij is het van belang dat er geen gebieden “uit de boot vallen” en de zorgorganisatie maximaal op de gebiedsindeling en zijn kenmerken (doelgroepen) wordt afgestemd.

Een “eerstelijnspraktijk” is een operationele eenheid, verantwoordelijk voor het aanbieden van laagdrempelige generalistische zorg op het vlak van gezondheid en/of welzijn, vanuit een interprofessionele benadering, op een toegankelijke, continue en kwaliteitsvolle wijze, gericht op de noden van de persoon en de populatie. De praktijk richt zich zowel op de ambulante bevolking als op personen die in een thuisvervangend milieu wonen (woon-en zorgcentrum, ...).

De samenwerking veronderstelt het delen en gemeenschappelijk gebruik van het elektronisch patiëntendossier. Er dient een minimaal systeem van verwijzing en/of rapportering te zijn. In dat kader dient er zo snel mogelijk werk gemaakt te worden van de digitale ‘ontsluiting’ van de klinisch psychologen.

5. Uitdagingen voor de toekomst

Onder uitdagingen voor de toekomst lijsten we graag enkele werkpakketten op die in onze ogen belangrijk zijn voor de verdere verfijning van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. We zijn vragende partij om deze werkpakketten meer vorm te geven binnen een strategisch plan en gedurfde tijdslijn. De uiteindelijke doelstellingen is streven naar:

- Verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
- Het verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau;
- Het reduceren van de kostprijs van de zorg per individu.

Werkpakket 1: gerichte toewijzing

Ondersteuning van de hulpverleners in de gerichte toewijzing naar de ELP. Veel hulpverleners immers voelen zich niet voldoende bekwaam om deze keuze, beslissing, toewijzing te maken. Via een zeer toegankelijke en pragmatische ondersteuning (via bv. een goede beslisboom en/of een app) kan aan efficiëntie gewonnen worden. In de aanloop van een volgende eerstelijns symposium lijkt het interessant na te gaan wat de meerwaarde en impact kan zijn van deze app in de efficiëntie binnen de keuze, beslissing en toewijzing van de psychosociale ondersteuning naar de ELP.

Daarnaast dient gewerkt te worden aan de identificatie van de definities waar momenteel in de nota's van de verschillende stakeholders wordt geschermd: milde versus ernstige psychische problemen, screening versus uitgebreide(re) psychodiagnostiek, ... De keuze voor de test en de flow-chart dient pragmatisch uitgetekend te worden in samenwerking met alle stakeholders. Het is belangrijk om hierbij lessen te trekken uit landen waar men reeds hier ervaring mee heeft opgedaan.

Werkpakket 2: sensibilisatie

Inzetten op de visibiliteit van de ELP binnen het werkveld. Dit zou parallel kunnen uitgewerkt worden binnen de zorgregio's en de inspanningen die zelfstandig klinisch psychologen momenteel regionaal leveren om zichzelf zichtbaar te maken voor de andere hulpverleners.

Het stimuleren van klinisch psychologen om zich te organiseren in regionale kringen kan hiertoe bijdragen, zodat men zich beter kan kenbaar maken aan vb. de huisartsenkringen of andere actoren in de eerstelijns. Daarnaast dient ook gewerkt te worden aan de destigmatisering en het normaliseren van het inschakelen van vroegtijdige klinisch psychologische begeleiding. In het kader van “reculer pour mieux sauter” is het raadzaam om de ELP in te schakelen om erger te voorkomen. Goed opgezette informatiecampagnes (zoals vb. de “Black Dog” campagne in het VK) kunnen hier ook een bijdrage toe leveren.

Het kan niet de bedoeling zijn dat een tendens tot overdiagnosticeren op gang komt of versterkt wordt. We dienen erover te waken dat er ruimte is en blijft voor normaal psychisch onwelbevinden. Een shift van curatie naar preventie moet echter de drijfveer zijn en blijven van rechtstreekse en laagdrempelige toegang tot de ELP. In dezelfde lijn past het absoluut niet dat aan ziekenhuizen verbonden poliklinische diensten een ELP(F)-aanbod uitbouwen. Dit sorteert eerder ‘residentialiserende’ dan vermaatschappelijkende en ambulantisierende effecten. Het is tevens ook niet de bedoeling dat ELP(F)-aanbod zou gaan fungeren als (verkapte vorm van) crisis- of urgentiezorg, hoewel deze zeker een ondersteunende rol zouden kunnen spelen bij de huisartsen.

Werkpakket 3: financieringsmodellen

Open einde financiering is niet realistisch net als een enveloppe voorzien voor huisartsen. De ELP werken immers in verschillende settings. Dit is nodig om voor elke problematiek de grootst mogelijke impact te bewerkstelligen. Inderdaad, sommige personen hebben graag een ELP die niet in een huisartsenpraktijk zit; anderen dan weer wel. Voor kwetsbare groepen lijkt ons een imbedding binnen de CAW's⁶, de huizen van het Kind, ... uitermate relevant. Er lopen momenteel initiatieven om de financiering van de klinisch psycholoog te onderzoeken. Aftstemming tussen deze initiatieven en de verdere structurele inbedding van de eerstelijnspsycholoog is essentieel. De werkgroep pleit in ieder geval voor een financieringsmodel dat tegemoet komt tegemoet aan de check van criteria voor effectieve betalingssystemen voor zorgverstrekkers:

⁶ Dit zou een speciale regeling toelaten voor lage inkomens

Tabel 2. Checklist: criteria voor effectieve betalingssystemen voor zorgverstrekkers

- zij moedigen zorgverstrekkers aan en stellen hen in staat om procedures in de patiëntenzorg te gebruiken met een hoge kwaliteit, op een efficiënte en persoonsgerichte manier;
- zij ondersteunen zorgverstrekkers en moedigen hen aan om acties te ondernemen die leiden naar een verbetering van de efficiëntie, van de kwaliteit en van de resultaten op niveau van de patiënt, en dit aan gereduceerde kostprijs;
- zij ontmoedigen overbehandeling ; evenmin stimuleren zij het gebruik van onnodige dure interventies; zij moedigen geen onnodige hospitalisatie aan, ook niet re-hospitalisatie; zij vermijden de verstrekking van zorgverlening die leidt tot slechte resultaten voor de patiënt; zij vermijden inefficiënte zorgverstrekking; zij vermijden dat keuzes gemaakt worden op het vlak van dienstverlening die niet compatibel zijn met de wensen van de patiënt;
- zij moedigen onderbehandeling van patiënten niet aan; zij bevorderen niet de exclusie van patiënten met ernstige aandoeningen of multipale risicofactoren; zij belonen fouten van zorgverstrekkers niet; zij vermijden slechte uitkomsten van zorg;
- zij responsabiliseren zorgverstrekkers voor de kwaliteit en de kost voor zover deze binnen hun controle liggen, maar niet voor de kwaliteit en de kost waarop ze geen impact hebben;
- ze ondersteunen de coördinatie van zorg en moedigen deze aan, waarbij meerdere zorgverstrekkers worden betrokken en ontmoedigen zorgverstrekkers om kosten af te wentelen op andere zorgverstrekkers zonder voorafgaandelijk afspraken;
- zij moedigen keuzes van patiënten aan die bijdragen tot therapietrouw ten aanzien van aanbevolen zorgprocessen, verbetering van de resultaten en reduceren de kost van de verzorging;
- zij herleiden de administratieve kost tot het minimum voor de zorgverstrekkers bij het toepassen van de regelgeving op het vlak van de betaling.

Tabel 2: checklist uit "Together we change", p. 31

Het is geenszins de bedoeling om individuen jarenlang via de ELP te behandelen. Er dient dus ook gewerkt te worden aan de identificatie van een noodzakelijk aantal ELP's per regio (met o.a. een variatie aan settings en specificaties zoals bv. een expertise binnen (chronische) somatische klachten versus (chronische) psychische klachten. Wanneer het aantal gesprekken te laag is, wordt de ELP gereduceerd tot expert-verwijzers. De meerwaarde van de ELP is dan hoogst twijfelachtig.

Werkpakket 4: Opleiding

Een werkgroep met alle stakeholders dient na te denken over enerzijds de noodzakelijke aanpassingen nodig binnen de universitaire opleiding tot klinisch psycholoog en anderzijds de permanente vorming ELP. Wetenschappelijke vooruitgang gaat snel, zeker met de invoering van de neurowetenschappen binnen de klinische psychologie. De ELP dient op

elke moment up-to-date te zijn met de laatste wetenschappelijk onderbouwde technieken en tools. Een modulair systeem waar intervisie en (re-)accreditatie centraal staan lijkt ons dus van belang. Zoals boven reeds vermeld stond wordt er gewerkt aan een interuniversitaire permanente vorming. Daarnaast zijn gesprekken over de basisopleiding tot klinisch psycholoog en het uitwerken van een breed toegankelijk, modulair aanbod van belang.

Werkpakket 5: het elektronisch patiëntendossier

De samenwerking veronderstelt het delen en gemeenschappelijk gebruik van het elektronisch patiëntendossier. Er dient een minimaal systeem van verwijzing en/of rapportering te zijn. Om te komen tot een billijk en efficiënt financieringsmodel is het noodzakelijk dat men beschikt over adequate gegevens over de verstrekte zorgverlening, wie welke zorgen verstrekt, voor welke groepen patiënten, ... Op deze wijze kan de informatie bijdragen tot het documenteren van de relatie tussen het financieringsmodel en de kwaliteit. Registratie binnen een EPD voor de ELP lijkt dus noodzakelijk. Deze informatie kan dan ook gebruik worden als feedback naar de zorgverstrekkers. Hiertoe dient de overheid prioriteit te maken van toegang tot E – health voor de klinisch psychologen en de nodige stimulansen te voorzien om de psychologen te digitaliseren zoals ze dat bij de andere zorgverstrekkers ook heeft gedaan.

6. Voordelen van de eerstelijnspsycholoog

Er zijn verschillende duidelijke voordelen aan de ELP. Een eerste voordeel is dat de toegang tot de ELP **laagdrempelig** is. Er is immers geen selectie op grond van patiëntkenmerken en de ELP is direct toegankelijk. Dat is geen overbodige luxe, wanneer je weet dat de Belg gemiddeld 10 jaar wacht vooraleer hulp te zoeken voor psychische klachten (Itinera, 2013). Een verwijfsbrief is aangewezen, doch niet noodzakelijk.

Bovendien hanteert een ELP **doelgerichte diagnostiek die aansluit bij de klacht**, waardoor men snel complexe problematieken kan screenen en doorverwijzen naar de tweede of derde lijn. Op die manier wordt er **multidisciplinair** samengewerkt. Psychische problematiek kan daardoor tijdig opgespoord en behandeld worden.

Daarenboven gaat de hulpverlening **generalistisch** (gebruikmakende van een breed hulpaanbod en verschillende methodes voor diverse problemen) te werk. Hierdoor kan men aan cliënten een brede waaier aan interventies aanbieden.

Een vierde voordeel is dat de hulpverlening **kortdurend** is. Omwille van de organisatie en terugbetaling kan ook de lagere socio-economische klasse door de laagdrempeligheid genieten van de zorgverlening. Het bestaande systeem vanuit de aanvullende verzekering bij kinderen en jongeren heeft reeds de ervaring opgebracht dat een gedeeltelijke terugbetaling al een belangrijk, drempelverlagend effect heeft.

Een ELP kan tevens op de juiste manier doorverwijzen en op een adequate wijze mensen inlichten over bestaande hulpvormen. Zo kan de **aanspreekbaarheid van de eerste lijn** vergroot worden en kunnen patiënten een duidelijker zicht krijgen op het zorgaanbod. De patiënt kan hierdoor zelf veel beter zijn eigen zorg gaan organiseren.

Eerstelijnspraktijken kunnen monodisciplinair zijn, maar kunnen ook onder één dak functioneren als multidisciplinaire groepspraktijken of interprofessionele wijkgezondheidscentra. Een eerstelijnspraktijk kan ofwel een focus hebben op gezondheid (b.v. een

groepspraktijk met een diëtiste en een eerstelijnspsycholoog) of een focus op welzijn (een CAW, een OCMW,...) of op beide (wijkgezondheidscentrum met een ingebouwde dienst maatschappelijk werk).

Kortom, de eerstelijnspsycholoog is de eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis!!