

Het wel en wee van ELP: over eerstelijnspsychologische zorg bij volwassenen

Els Heene

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2022, 52(2), 153-160]

Inleiding

Niemand zal betwijfelen dat er op het vlak van geestelijke gezondheid een grote nood is aan laagdrempelige hulp die toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen. Vanuit het principe van zelfredzaamheid willen we allemaal patiënten opnieuw in hun kracht zetten, tot ze het punt bereiken waarop ze zelf kunnen doen wat ze dan willen doen. Soms is daarvoor langdurige zorg nodig, soms niet.

Op dat vlak is er heel wat aan het gebeuren. Zowel in Nederland als in België zijn formele stappen gezet om de geestelijke gezondheidszorg (ggz) minder intensief en meer toegankelijk te maken. Zo werd onder andere in januari 2014 in Nederland de ggz omgevormd tot een stelsel met een generalistische basis-ggz en een specialistische ggz. Het doel: de juiste behandeling op de juiste plaats, kort waar het kan en lang waar het moet. Patiënten met lichte klachten dienen geholpen te worden in de huisartsenzorg. Behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische stoornissen vindt plaats in de generalistische basis-ggz, terwijl patiënten met complexe stoornissen geholpen worden in de gespecialiseerde ggz. Bovendien werd per 1 januari 2022 in Nederland het 'zorgprestatie-model'¹ ingevoerd waarbij elke patiënt een specifieke zorgvraagtypering krijgt (de hoofdgroepen zijn: een psychische aandoening, een psychotische stoornis, een cognitieve beperking; de zwaarte loopt telkens van licht tot zeer ernstig of chronisch), waaraan de geleverde zorg gekoppeld wordt. Het doel is dat de transparantie voor de patiënt toeneemt en de administratieve belasting van de professionals afneemt, terwijl bij de verantwoording gelet zal worden op een gepast en doelmatig gebruik van de ggz.

In België werd in 2020 tussen de federale regering en de gewesten en gemeenschappen een protocolakkoord gesloten over een gecoördineerde aanpak ter versterking van het psychisch

zorgaanbod, in het bijzonder voor kwetsbare groepen die het zwaarst getroffen zijn door de COVID-19-pandemie. Dit protocolakkoord leidde in juli 2021 tot een nieuwe RIZIV²-conventie voor de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. In deze overeenkomst wordt een nog zwaarder accent gelegd op de functie ‘eerstelijnspsychologische zorg’, zowel voor kinderen, jongeren als volwassenen, inclusief aandacht voor een groepsaanbod en het gebruik van e-health.

Hoewel er nog heel wat vragen onbeantwoord blijven, is het klinisch werkveld dus volop in beweging. De eerdere veeleer anonieme ggz krijgt meer en meer een gezicht, terwijl de bespreekbaarheid van en de openheid over psychische problemen toenemen. Deze transformatie biedt grote voordelen en sluit aan bij de psychische noden van een grotere groep mensen. Het aanbieden van een meer toegankelijk hulpaanbod kan ertoe bijdragen dat meer patiënten met psychische klachten hulp ontvangen op het moment dat ze die nodig hebben, en dit ook zo ervaren.

De afkorting ELP staat voor eerstelijnspsychologische zorg, een term die zowel in Nederland als in Vlaanderen gebruikt wordt. Mijn klinisch werk (zowel korte als langer durende trajecten) verricht ik in Nederland, terwijl ik als supervisor en docent ook betrokken ben bij ELP in Vlaanderen. Tijdens een workshop op het congres *Klinische psychologie under review* heb ik, samen met de deelnemers, gereflecteerd over een aantal ELP-criteria die als leidraad kunnen dienen om al dan niet te kiezen voor kortdurende zorg. Daarnaast ben ik aan de hand van enkele stellingen ingegaan op het wel en wee van ELP. Waaraan dient ELP te beantwoorden? Voor wie is deze hulp nu bedoeld? Wil dit zeggen dat elke hulpvraag snel en kort opgelost kan worden? Is psychotherapie het ‘echte’ werk en ELP meer een doekje voor het bloeden? Of zegt dit meer iets over de voorkeur, het ongemak en de overtuigingen van de behandelaar zelf? Ik stond bovendien stil bij het belang van het werkplezier en de attitude van de behandelaar, afhankelijk van de setting en de eigen voorkeur. In wat volgt kunnen de interacties tijdens deze workshop niet worden weergegeven, maar wel worden uitgangspunten van en indicatiecriteria voor ELP beschreven, die mogelijk weer aanleiding geven tot nieuwe vragen.

Uitgangspunten ELP

Een traject bij een eerstelijnspsycholoog omvat een beperkt aantal sessies, dat soms over een langere tijd wordt gespreid, afgestemd op de behoeften van de patiënt. Hierbij zijn indicatiecriteria (zie infra), maar ook een goede casusconceptualisatie vanuit een algemeen *generalistisch denkkader* belangrijk. Zo veronderstelt het KOP-model (Klachten hebben altijd te maken met Omstandigheden x Persoonlijke stijl; Rijnders & Heene, 2020) dat iemand klachten krijgt als hij/zij het overzicht verliest en geen balans meer vindt in de eigen

hanteringsmogelijkheden. Vaak is men ook uitgeput (demoralisatie), omdat men lange tijd zelf heeft geprobeerd om iets aan de situatie te veranderen, met wisselend succes. Het is de eerste taak van de generalist om te normaliseren en daarmee overzicht, inzicht en hoop te creëren (remoraliseren).

ELP gaat uit van een *transdiagnostisch perspectief* (zie ook Van Heycop ten Ham et al., 2013) waarbij wordt verondersteld dat achter diverse stoornissen een aantal gemeenschappelijke factoren schuilgaan. Voorbeelden zijn: dezelfde symptomen of klachten (bijvoorbeeld: angstklachten, depressieve klachten, slaapproblemen), dezelfde gedragingen of copingstijlen (bijvoorbeeld: verslavings- of impulsief gedrag, vermijdingsgedrag, dwangmatig gedrag), dezelfde psychologische of cognitieve factoren (bijvoorbeeld: negatief zelfbeeld, aandacht en geheugen, perfectionisme, motivationele problemen). Er wordt tevens rekening gehouden met algemene beschermende factoren en aanwezige krachtbronnen (bijvoorbeeld: assertiviteit, flexibiliteit).

ELP gaat uit van het belang van *non-specifieke factoren* die de uitkomst van een behandeling in belangrijke mate mediëren (zie ook Lambert, 2013). De term 'non-specifieke factoren' (Frank, 1976; Keijsers, 2014; Wampold, 2001) slaat op die algemene onderdelen van het behandelproces die gemeenschappelijk zijn in alle psychologische interventies. Voorbeelden zijn: het bieden van een geloofwaardige rationale, *shared decision making*, het creëren van hoop, het herstellen van overzicht en controle, en het motiveren tot verandering.

ELP is niet psychopathologiegericht, maar richt zich van bij de start hoofdzakelijk op het *verhogen van de zelfredzaamheid* en het versterken van de veerkracht en autonomie van de patiënt (verschuiving van ziekte/specialistische zorg naar gezondheid/begeleide zelfhulp). Dat betekent ook dat er in korte tijd en met beperkte middelen veel kan worden gedaan binnen een generalistische context: risico's worden getaxeerd; hypothesen worden geformuleerd, gedeeld en getoetst; de patiënt wordt geïnformeerd en aangesproken op zijn zelfhelend vermogen en krachten. Uiteraard heeft men ook oog voor de aanwezigheid van kenmerken in het gedrag van de patiënt die kunnen duiden op (ernstige) psychopathologie of complicaties en die al dan niet een aanleiding vormen voor doorverwijzing.

ELP is *vrij toegankelijk* en wordt georganiseerd *dicht bij huis* (bijvoorbeeld in een huisartsenpraktijk, een Centrum Algemeen Welzijnswerk, een wijkgezondheidscentrum, een school, een algemeen ziekenhuis), rekening houdend met de interpersoonlijke context. ELP is drempelverlagend (ook vanwege de terugbetalingsregeling) en consulteerbaar zonder voorschrift of beperkende criteria qua diagnose of ernst van de klachten. Het aantal consulten is beperkt (in het aantal sessies, maar niet per se in de tijd) waardoor er meestal ook geen lange wachtlijsten ontstaan.

ELP is gericht op *preventie en het aanbieden van kortdurende interventies*. ELP biedt interventies, zoals gezondheidsvoorlichting (zie ook White, 2010), begeleide zelfhulp, oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering. ELP houdt hierbij rekening met *evidence-based practice* en nieuwe methodieken op het vlak van e-healthinterventies. Competenties zoals remoraliseren (zie supra), informeren (psycho-educatie) en motiveren staan centraal.

ELP beperkt zich niet tot een-op-eenconsulten, maar creëert een *groepsaanbod*, zowel op het vlak van psycho-educatie (bijvoorbeeld: omgaan met stress, slaapproblemen, piekeren) als het oefenen van vaardigheden. Samen met anderen werken aan sociale vaardigheden, assertiviteit, faalangst, emotieregulatie kan voor patiënten veel dynamischer zijn dan individuele gesprekken met een behandelaar. Groepsleden zijn vaak veel beter in metacommunicatie en kunnen elkaar ook versterken en ondersteunen.

Om de juiste hulp te krijgen is bovendien het principe van afgestemde zorg heel belangrijk: kort waar het kan, langer waar het nodig is, in samenwerking met de omgeving van de patiënt (*matched and collaborative care*). Dit betekent dus dat patiënten de minimale hulp krijgen die ze nodig hebben, afgestemd op hun behoeften, motivatie en hulpvraag. ELP is gericht op continuïteit en coördinatie van zorg. Bij een doorverwijzing is het belangrijk om dit zeer gericht te kunnen doen, rekening houdend met de sociale kaart, het belang van interdisciplinair communiceren en een goede afstemming tussen de lijnen (zowel een nauwe samenwerking met de nulde lijn, de huisarts als met meer gespecialiseerde zorginstellingen).

Indicatiecriteria ELP

ELP is dus gericht op *vroegtijdige detectie en vroeginterventies bij psychische problemen*, met vooraf triage en indicatiestelling, en waar nodig doorverwijzing naar meer gespecialiseerde gezondheidszorg. Signalerings- en assessmentinstrumenten kunnen in principe door alle eerstelijnszorgverleners gebruikt worden. De instrumenten kunnen ingezet worden ter ondersteuning van het diagnostisch proces, om het bestaan van psychische problemen bespreekbaar te maken met de patiënt, of om de ernst van de klachten van patiënten in de gaten te houden. Het is dus aangewezen om in eerste instantie gebruik te maken van eenvoudige screeningsinstrumenten en pas over te schakelen op complexere instrumenten als de eerste screening te veel vragen onbeantwoord laat.

Voor kortdurende behandelingen moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Er mogen namelijk geen al te grote psychologische, sociale en/of somatische belemmeringen

zijn die de overdracht van kennis en de ontwikkeling van zelfredzaamheid in de weg staan. Er moet in korte tijd een samenwerkingsrelatie en een consensus tot stand kunnen komen. Wat wil men bereiken met het behandeltraject? Is de hulpvraag gericht op het hier en nu of op het veranderen van onderliggende patronen? Is er behoefte aan concrete, snelle hulp of moet er een grondiger diagnostisch traject gestart worden?

Dit proces van indicatiestelling maakt geen gebruik van beschrijvende alles-of-niets-criteria waaraan moet worden voldaan. Eerder gaat het over een afweging van risico- en beschermende factoren op basis van klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl (zie ook de beslisboom in Rijnders & Heene, 2020). In Nederland werden door de jaren heen verschillende beslisbomen opgesteld met als doel om een onderscheid te maken tussen de eerstelijnszorg (basis-ggz) en de specialistische ggz. Hierbij wordt rekening gehouden met factoren zoals realiteitstoetsing, motivatie, kwetsbaarheid, werkbaarheid en complexiteit.

Wanneer we hierbij gebruikmaken van het KOP-schema, brengen we klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl in beeld. Elk van deze dimensies kan geplaatst worden op een continuüm: hoe groter de last op K en O en hoe meer rigiditeit op P, hoe groter de zorgbehoefte vaak is. Hierbij zijn drie soorten gegevens van belang: gespreksinfo, observatiegegevens en vragenlijsten. Ze bieden een kader om de communicatie tussen verwijzer, behandelaar en patiënt op dezelfde golflengte te brengen. Ze kunnen bovendien als basis dienen om de grenzen en voorwaarden van kortdurende behandelingen uit te leggen, vooral wanneer de patiënt eerder in aanmerking komt voor gespecialiseerde of meer intensieve hulp, maar hiervoor onvoldoende gemotiveerd is. Verwijzer, behandelaar en patiënt dienen tot een gedeelde probleemdefinitie te komen vanuit het principe van *shared decision making*.

Tot slot

De transformatie naar een beter toegankelijke en een efficiënter werkende ggz zal niet alle problemen in één klap de wereld uit helpen. Ze kan wel bijdragen aan een beter beheer en een betere beheersing van de problematiek. Kortere lijnen met de maatschappij, tussen diverse ggz-echelons en met verwijzers verbeteren de onderlinge afstemming. Hierdoor kan eerder en beter dan nu het geval is passende hulp geboden worden. Maar we zijn er nog niet.

De omslag naar een toegankelijker en efficiëntere ggz vraagt bovendien om een attitude-omslag in de ggz zelf. Bij mild tot matig ernstige klachten – volgens epidemiologisch onderzoek twee derde van de totale instroom in de ggz – passen globale procedures die in

minder tijd kunnen worden uitgevoerd. Dit houdt in dat de behandelaar in de eerste lijn denkt en handelt als generalist: vanuit gezondheid, actiebereidheid en zelfhelend vermogen. Bovendien is er op het niveau van de algemene populatie behoefte aan positieve gezondheidsdoelstellingen waarbij rekening wordt gehouden met goede onderzoeksvragen en dataverzameling. Preventie en vroegdetectie, zowel bij kinderen als volwassenen, zijn nodig en een laagdrempelig individueel en groepsaanbod dient hierbij aan te sluiten. ELP is hierbij geen eigen specialisme of een strikt afgebakend onderdeel binnen het geheel van de psychologische en therapeutische hulpverlening. Zij vindt plaats op een continuüm of spectrum waarbij afhankelijk van de hulpvraag en de problematiek geschoven kan worden van preventie tot zeer intensieve residentiële hulp. ELP vraagt bepaalde competenties waarbij een sterke werkrelatie, goede casusconceptualisatie en een selectie van doelen erg belangrijk zijn.

Naast vorm, onderzoek, aanbod en attitude zullen ook de randvoorwaarden moeten worden aangepast. De versnippering van middelen en de verschillende federale, Vlaamse en regionale initiatieven zorgen ervoor dat verwijzers soms door de bomen het bos niet meer zien. Er blijven veel vragen onbeantwoord, ook ten aanzien van de regelgeving vanuit de overheid. Dit zorgt voor vragen bij de verwijzers, maar ook bij de hulpverleners, met af en toe wrijving tussen verschillende partijen. Kortdurende of minder intensieve behandelingen lijken voor sommige behandelaren een negatieve bijklank te hebben, maar wie zijn wij om te denken dat een patiënt niet zonder ons kan? Dergelijke behandelingen kunnen zeker ook verdiepend zijn, gedragen door een sterke verbondenheid. En is het juist niet toe te juichen als er meer mensen sneller geholpen kunnen worden wanneer we kijken naar de wachtlijsten en de zorgen over het psychisch welzijn die onze samenleving, zowel in België als in Nederland, kenmerkt?

En natuurlijk is er veel te zeggen over de kwaliteit van de zorg die beïnvloed wordt door het marktdenken, een strakker wordend keurslijf van regelgeving en beperkende indicatie- en behandelcriteria. Meer zelfs, er is wrijving nodig. We moeten blijven strijden voor al die mensen die nog altijd tussen wal en schip dreigen te vallen, een stem geven aan de meest kwetsbare groepen die nu niet krijgen wat ze nodig hebben (onder andere door psychosociale en financiële kwetsbaarheid, taalbarrières, kansarmoede, enzovoort). Iemand die zich psychisch kwetsbaar voelt, wil maar één ding: weer mens worden. Mens word je door een samenleving die ook met jou begaan is. Voorbij alle indicatiestellingen en behandelrichtlijnen hebben we behoefte aan een plaats om goed samen te leven.

En we hebben die zorg en alertheid ook nodig voor onszelf, voor onze professionele identiteit en ons werkplezier. Het belang van het aangaan van een transparante, betekenisvolle behandelrelatie door de therapeut met de patiënt wordt door bijna niemand betwijfeld.

Hoe ziet dat er dan uit in onze beroepsgroep? Kunnen we nieuwsgierig blijven, vragen stellen aan onze patiënten, aan elkaar en ook aan de wetenschap, ongeacht de sector, het echelon of de lijn? Als wij, professionals in de ggz, wat meer nieuwsgierigheid/bereidheid zouden tonen om de onderlinge overeenkomsten te erkennen in plaats van vooral de verschillen te benadrukken, dan zouden de sterke kanten van ons vak waarschijnlijk meer gewaardeerd worden. Er zou minder verwarring zijn over wat ons vakgebied te bieden heeft, niet alleen als behandelvorm, maar ook als een manier van kijken, als mens- en wereldbeeld.

Er is nog veel te doen en er valt nog heel veel te verbeteren. Tegelijk mogen we niet blind zijn voor de grote positieve ontwikkelingen die zich in ons vak de laatste jaren, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch vlak, voordoen. Vanuit het principe van zelfredzaamheid willen we allemaal patiënten helpen hun eigen kracht terug te vinden, tot ze het punt bereikt hebben waarop ze zelf kunnen doen wat ze willen doen. Soms is daarvoor langer durende en meer intensieve hulp nodig, soms ook niet. Er blijven nog veel vragen onbeantwoord – gelukkig maar. We kunnen een houding kiezen en bewuster bepalen waarop we onze aandacht willen richten, waarnaar we nieuwsgierig willen blijven. Therapie gaat over het stimuleren van hoop en inzicht. Tussen de onmogelijkheid nu en de mogelijkheid later ligt het unieke behandelplan, met vallen en opstaan. Er zijn op dit moment geen definitieve antwoorden, en als die er al lijken te zijn, veranderen ze in de loop van de tijd. De grote vraag blijft dus: wat zijn voor nu de belangrijke vragen? Laten we die, in deze uitdagende tijden, elkaar vooral blijven stellen en echt contact maken. Of dat altijd het verschil maakt, weet ik niet. Soms wel. We moeten het alleszins blijven proberen.

Noten

1. Het zorgprestatie­model (<https://www.zorgprestatie­model.nl/>) is een model voor prestatie­bekostiging. De ‘prestaties’ bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt voor ggz of forensische zorg. Een prestatie is bijvoorbeeld een consult of een overnachting in de kliniek. Het model moet de diagnose-behandelcombinaties (dbc’s) vervangen.
2. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Literatuur

- Frank, J.D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In R.I. Spitzer & D.F. Klein (Eds.), *Evaluation of psychological therapies* (pp. 47-56). Johns Hopkins University Press.
- Keijzers, G. (2014). *The great psychotherapy debate* [Inaugurale rede]. Maastricht University Press.
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). Wiley.

- Rijnders, P., & Heene, E. (2020). *Handboek KOP-model*. Boom.
- Van Heycop Ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren: theorie en praktijk*. Boom.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Erlbaum Associates.
- White, J. (2010). Bringing the public on board: Health promotion and social marketing in deprived communities. In J. Bennett-Levy, D. Richards, & P. Farrand (Eds.), *Oxford guide to low intensity CBT interventions* (pp. 541-550). Oxford University Press.

Personalia

Els Heene, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is als hoofdbehandelaar werkzaam bij Mentaal Beter Zeeland. Zij rondde in 2003 een doctoraat af rond depressie en partnerrelaties. Ze werkt sinds 1996 eveneens aan de Universiteit Gent, als docent en als coördinator van de Permanente vorming Gedragstherapie en de Permanente vorming Eerstelijnspsychologische zorg.

E-mail: Els.Heene@UGent.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegegeeld.